

SAM 4220 CLINIQUE DES CAS DIFFICILES

RECUEIL DE TEXTES

Sous la direction de
Yves Lecomte



SAM 4220

CLINIQUE DES CAS DIFFICILES

RECUEIL DE TEXTES

Sous la direction de
Yves Lecomte

Université TÉLUQ
Université du Québec
Québec (Québec) Canada
2016

Direction pédagogique	Yves Lecomte
Conception et rédaction	Yves Lecomte Grégoire Tremblay
Révision linguistique	Louise Blouin Marcelle Caron
Conception graphique	Christian Gélinas

Ce document est utilisé dans le cadre du cours *Clinique des cas difficiles* (SAM 4220) offert par l'Université TÉLUQ.

Tous les droits de reproduction, de traduction et d'adaptation, en tout ou en partie, par quelque moyen que ce soit, sont réservés.

© Télé-université, Université du Québec, 2016

ISBN 978-2-7624-2554-3

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Édité par :

Université TÉLUQ
Université du Québec
 455, rue du Parvis
 Québec (Québec) G1K 9H6
 Canada

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
TEXTE DE BASE	5
Tremblay, G. (2015). Problématique des cas difficiles.	7
TEXTES COMPLÉMENTAIRES.....	25
Théorie	
Texte 1 Bouchard, S., Tremblay, G., Lecomte, Y. (2015). Théories et clinique des patients difficiles selon les professionnels de la santé mentale.....	27
Contexte Organisationnel	
Texte 2 Caballero, R. (2001). <i>Entre psychiatrie et prison.</i> <i>Réprimer ou soigner?</i>	29
Texte 3 Lepage, M. (2012). <i>Les jeunes adultes souffrant</i> <i>de troubles mentaux au cœur de la psychiatrie légale :</i> <i>expertise et traitement spécialisé</i>	75
Intervention	
Texte 4 Bottéro, A. (2007). Patients difficiles : la leçon des échecs	91
Texte 5 Roth, E. M. (2007). Corps et psychose en unité pour malades difficiles	97
Texte 6 Kapsambelis, V. (2012). Accueillir les patients psychotiques les plus gravement perturbés.....	107
Texte 7 Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A. et Team P.E.E.R. (2013). Perceptions of treatment planning in a forensic mental health hospital: A qualitative, participatory action research study	121
Texte 8 Le Fort, V. (2011). <i>Prendre soin du patient difficile</i> <i>en psychiatrie : Une revue de littérature étoffée</i>	135
Pathologie	
Texte 9 (Non daté). Syndrome Gilles de la Tourette.....	149

Mécanismes De Défense

- Texte 10 Ruszniewski, M. (2011). *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave* 171
- Texte 11 Bazex, H., Combalbert, N. (2009). Les mécanismes de défense d'une équipe soignante d'une unité d'hospitalisation sécurisée pour les détenus 177

Échelles Psychométriques

- Texte 12 Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression 189
- Texte 13 Brochu, H. (2009). *L'OAS, Overt Aggression Scale, un outil d'évaluation clinique de la violence à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal* 197

INTRODUCTION

Depuis les années 60, se développent des méthodes thérapeutiques de plus en plus efficaces pour soulager la souffrance des personnes et traiter les troubles mentaux que vivent celles d'entre elles. Malgré de remarquables avancées pharmacologiques et psychosociales, l'efficacité des nouvelles modalités de traitement s'accompagne de la création d'une nouvelle catégorie de patients réfractaires, c'est-à-dire qui ne répond pas positivement à ces traitements, et dont le nombre varierait entre 15 et 30 % des patients qui consultent (Schafer et Nowlis, 1998; Jackson et Kroenke, 1999). Ces personnes sont affublées de l'étiquette « cas difficiles ». Bien que le terme suscite des critiques vu son caractère possiblement stigmatisant¹, il est généralement adopté et utilisé dans une gamme variée de pathologies psychiatriques, mais également physiques (cardiaques, dermatologiques, oncologiques, chirurgie plastique, dentisterie, etc.)².

Dans le cours SAM 4220, nous étudions le traitement des patients qui sont désignés de ce terme dans un milieu hospitalier psychiatrique « qui répond à certaines normes de sécurité » (Pouliot et Millaud, 2014, 18), milieu où les cas sont souvent plus lourds, plus compliqués et où l'intervenant est parfois l'objet d'attaques de la part de certaines personnes souffrantes.

Le cours vise à mettre en relation des notions théoriques, les connaissances issues de la pratique clinique et/ou de l'intervention psychosociale auprès de ces personnes, autour d'un cas clinique. En ce sens, le cours développe et définit une méthode et des connaissances afin de les appliquer à un cas clinique. Autrement dit, le cours présente des données cliniques authentiques, recueillies dans un hôpital psychiatrique, et vous demande d'analyser ces données à la lumière de la méthode et des connaissances décrites dans les documents du recueil de textes.

Les données cliniques concernent un résidant hospitalisé depuis de nombreuses années à l'Institut Philippe-Pinel. Le parcours hospitalier du résidant est chaotique sous plusieurs aspects pourrait-on dire, et il provoque des réactions transférentielles et contre-transférentielles d'une rare intensité. Vu les difficultés rencontrées dans ce traitement, il nous est apparu un cas typique qui se prête bien à la finalité du cours.

Pour réaliser l'analyse du cas, nous avons prévu quatre étapes qui correspondent aux dates de remise des travaux du guide d'étude. La première étape aborde la notion de cas difficile et vise à découvrir à travers les diverses données cliniques les critères qui permettent d'affirmer que le cas analysé est un cas difficile. Elle a pour titre : *Qu'est-ce qu'un cas difficile?*

La deuxième étape consiste à analyser les différents paramètres en cause dans le traitement du résidant. Ils sont au nombre de cinq : 1) les caractéristiques personnelles, familiales et sociales du résidant, 2) sa psychopathologie, 3) les caractéristiques de l'intervenant, 4) l'interaction patient-intervenant, 5) le système organisationnel dans lequel le traitement se réalise. Le titre de cette étape est *Analyse intégrative*.

1 Corrigan, P. W. (2006), Language and stigma: Comment. *Psychiatric Services*, 57(8), 1218.

2 Peteet, J. R., Meyer, F. L. et Miovic, M. K. (2011), Possibly impossible patients: Management of difficult behavior in oncology outpatients, *Journal of Oncology Practice*, 7(4), 242-246; *Contemporary Review*, Mar/Apr 2013, Journal Club. A Contemporary Review of the Management of the Difficult Patient; J. Sykes, MD; H. Javidnia, MD; Stress management in the difficult patient encounter, *Dental Clinics of North America*, 52(3), 579-603.

La troisième étape est celle de la progression du traitement : est-ce que la condition du résident s'améliore, stagne ou se détériore? Cette étape se nomme *Évolution longitudinale*.

Enfin, la quatrième étape consiste à planifier le traitement en fonction des limites et des forces du résident, mais également sur celles de l'équipe de soins. On nomme cette étape *Planifier la suite*.

Il nous reste à vous souhaiter bonne chance et à espérer que ce cours vous permettra de mieux comprendre la nature des cas dits difficiles et de les aider dans votre travail clinique.

TEXTE DE BASE³

³ Texte original produit pour ce cours. Il a été principalement écrit par Grégoire Tremblay, psychologue.

Problématique des cas difficiles

Le présent essai introductif éclaire et circonscrit d'abord cette notion de cas difficiles et la nature de l'intervention auprès d'eux, pour ensuite l'aborder plus spécifiquement sous l'angle de la relation entre l'intervenant et les personnes en besoin d'aide en milieu psychiatrique.

Définition

Précisons que l'usage du qualificatif « difficile » pour désigner certains patients ne renvoie pas à un groupe homogène et bien défini d'individus. Au contraire, il s'avère relativement ardu de décrire et de caractériser les patients difficiles en tant que groupe (Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers, 2006). De manière générale, l'adjectif « difficile » qualifie la collaboration souvent laborieuse entre un professionnel, ou une équipe traitante, et l'individu qui reçoit des soins. Malgré une offre thérapeutique conforme aux standards habituels, ces individus résistent en n'observant pas le traitement pharmacologique, en ratant leurs rendez-vous, en faisant le contraire de ce qui avait été convenu et en sabotant le plan d'intervention. Leur mode relationnel compliqué irrite, énerve, épuise et désarçonne (Stigler et Quinche, 2001). Dès lors, l'étiquette « patient difficile » peut être envisagée comme le jugement explicite que pose un professionnel de la santé mentale sur un patient, en comparant ce dernier à ce qu'est un patient modèle ou idéal. Il s'agit en quelque sorte d'une évaluation négative signifiant qu'il n'aime pas le patient ou quelque chose à son sujet.

Il ne s'agit donc pas d'une nouvelle configuration de signes ou de manifestations cliniques observables ni d'une nouvelle catégorie diagnostique du DSM. La littérature scientifique sur le sujet indique que les individus ayant reçu un diagnostic de trouble psychotique qui sont porteurs d'un trouble sévère de la personnalité, notamment les troubles de la personnalité limite, antisociale et narcissique ou dont la présentation des problèmes est inhabituelle ou atypique, seront surreprésentés parmi les patients dits difficiles. Mais qu'est-ce donc?

Le concept de « patient difficile » est une notion souvent partiellement définie, car les auteurs ayant écrit sur le sujet ont souvent ciblé certaines clientèles spécifiques et exclus toute tentative de définir globalement cette notion de « cas difficile » ((Fisch et Schlanger, 2005; Dewan, et Pies, 2001; Henggeler et Santos, 1997).

■ Préliminaires

Tout cas clinique peut représenter un défi, sinon un problème sur plan de l'intervention. Mais cela n'en fait pas pour autant un « cas difficile ». De même qu'il ne faut pas confondre une séance difficile (ou un contact difficile) avec un patient et le fait d'être en relation avec un cas de patient difficile. Dans le premier cas, lorsque la crise est passée, l'intervenant reprend souvent sa zone de confort et peut travailler à son aise. Dans le second cas, l'intervenant est presque toujours, sinon souvent, déstabilisé par le client, ses proches ou la situation. Cela peut créer une impasse clinique, conduire l'intervenant à vivre des émotions pénibles

voire, dans le pire des scénarios, à agir de façon inappropriée (par exemple, une explosion de colère, le rejet du patient de façon impulsive).

Un cas perçu comme étant difficile à cibler ou à traiter par un intervenant pourrait ne pas nécessairement l'être par un autre intervenant. Cela peut être dû à l'expérience de l'intervenant, à son orientation théorique, à sa façon personnelle d'intervenir, etc. Ainsi, de façon générale, les cas difficiles en santé mentale ne peuvent pas simplement être décrits selon des paramètres objectifs et indépendants de tous les acteurs en scène.

Mais qu'est-ce qui fait qu'un cas est difficile ou le devient, comparativement à un autre cas dit facile à gérer?

Pour comprendre la notion de cas difficile, il peut être utile d'examiner les difficultés rencontrées dans les trois étapes du traitement : établir un diagnostic, identifier la problématique; orientation et intervention qui surviennent après-coup.

Dans un premier temps, un cas peut être difficile strictement du point de vue du diagnostic. En effet, plus que jamais, beaucoup de personnes traitées en santé mentale présentent des difficultés multiples. Citons l'exemple d'une personne qui se présente à l'urgence d'un centre hospitalier pour un trouble d'anxiété, auquel s'ajoute un problème de consommation de drogues (double diagnostic sur l'axe I du DSM-IV)⁴. Qui plus est, à l'analyse du cas, on diagnostique aussi un trouble de personnalité dépendant, ainsi qu'un quotient intellectuel se situant à un niveau de fonctionnement limite (double diagnostic sur l'axe II du DSM-IV). Si on ajoute à cela un problème d'apnée du sommeil (Axe III du DSM-IV) ainsi qu'une séparation en vue avec le partenaire de vie (Axe IV du DSM-IV), on se rend vite compte qu'il devient plus que difficile pour le diagnosticien de bien cerner ce qui cause quoi dans le portrait clinique. La première tâche qui lui incombe est de parvenir à faire le diagnostic différentiel. Car plus le diagnostic est précis et rendu rapidement, plus l'orientation du traitement et son intervention peuvent s'ensuivre rapidement et avec plus d'efficacité. C'est pourquoi, d'ailleurs, les cliniciens et les chercheurs ont déployé des efforts continus au fil des ans pour établir des critères diagnostiques (par exemple, les critères diagnostiques de Kernberg sur les organisations de la personnalité), améliorer les critères du DSM et produire des instruments de mesure toujours plus raffinés. Suivant le diagnostic, la difficulté d'un cas peut avoir trait à l'observance du traitement du point de vue pharmacologique. En effet, plusieurs personnes vont se soustraire à la médication, selon : qu'ils ne croient pas tellement aux effets bénéfiques des médicaments, qu'ils croient savoir mieux que le médecin comment se soigner eux-mêmes, qu'ils ont l'impression de ne plus avoir besoin du médicament ou encore pour éviter des effets secondaires indésirables. Nul besoin de dire que cela cause fréquemment des « maux de tête » aux médecins, alors qu'ils constatent assez souvent que la condition de leurs patients ne s'améliore pas. Enfin, il faut aussi considérer le fait qu'après la prescription de plusieurs médicaments, certains médecins ne savent plus « où donner de la tête », ayant épuisé l'ensemble de leur arsenal thérapeutique. Dès lors, le patient peut être considéré comme un cas difficile à traiter du point de vue strictement médical.

4 Au moment d'écrire ces lignes, le DSM-IV était en vigueur. Depuis ce temps, le DSM-5 a été adopté. Même s'il ne prône plus l'axe II, nous avons décidé de ne pas modifier le texte original car il a pour finalité d'illustrer les propos présentés, et non d'illustrer comment utiliser le DSM-5.

Dans un deuxième temps, un cas difficile à traiter peut l'être quant à l'orientation et à l'intervention sociale. Dans certains cas complexes, il peut être difficile, par exemple pour un intervenant social, de trouver une ressource appropriée pour une personne dont les difficultés sont lourdes (diagnostics multiples, traits antisociaux) ou qui ne correspondent pas aux critères de sélection de tel et tel autre type de ressources. Par ailleurs, dans certains cas, il y a des personnes qui peuvent être trop « demandantes », toujours insatisfaites ou rebelles quant à l'intervention, ce qui vient compliquer le travail de l'intervenant, qu'il soit travailleur social, ergothérapeute voire simple préposé d'une unité psychiatrique. La difficulté d'un cas peut aussi avoir trait aux membres de la famille d'un proche ou de son entourage. En effet, il peut parfois être plus difficile de traiter avec les demandes de l'entourage qu'avec la personne elle-même. Des attentes irréalistes, des deuils non faits peuvent créer des obstacles à l'intervention, voire saboter le travail effectué auprès de la personne.

Dans un troisième temps, un cas difficile à traiter peut aussi être le fait de l'intervenant qui s'engage dans un processus de psychothérapie avec la personne. Dans ce cas-ci, la difficulté porte surtout sur la relation thérapeutique, les caractéristiques des acteurs (expertise de l'intervenant, motivation de la personne) et la mise en place et l'atteinte d'objectifs thérapeutiques réalistes. Très souvent, le psychologue ou le psychothérapeute fera face à des résistances importantes de la part de la personne.

■ Perception des intervenants

La perception d'un cas difficile peut être **subjective** ou **objective**. La perception subjective d'un cas difficile à traiter peut provenir d'informations indirectes ou antérieures (par exemple, le dossier médical, des rumeurs, des informations provenant d'un tiers, des préjugés) au contact direct avec le patient. En contraste, la perception objective d'un cas difficile à traiter proviendrait plutôt de l'attitude ou de comportements inappropriés (par exemple, violence, menaces, non-respect des règles) affichés par la personne dans le contact direct avec l'intervenant. Pour compliquer les choses, on pourrait certes s'imaginer l'entremêlement de perceptions subjectives et objectives de la part de l'intervenant dans l'appréciation de la difficulté que peut représenter un cas à traiter.

■ Difficile? Pour qui? En quoi?

Les difficultés se retrouvent chez l'intervenant et le patient, et elles se divisent entre des facteurs involontaires et volontaires (*cf.* tableau 1).

Tableau 1
Difficultés selon l'interlocuteur

FACTEURS	INTERVENANT	PATIENT
Involontaires	Les erreurs ou les incompréhensions peuvent être involontaires (p. ex., ne pas être au fait de certaines différences culturelles, croyances religieuses, mauvaise compréhension clinique, manque d'expérience, etc.).	Les difficultés propres à la personne qui n'a pas, à priori, de mauvaises intentions (p. ex., accumulation de difficultés diverses d'ordre médical, psychologique, interpersonnelle, etc.).
Volontaires	L'intervenant peut être contaminé par ses propres besoins ou motifs personnels (p. ex., contre-transfert) et vouloir par exemple punir la personne qu'il traite selon qu'elle ne cadre pas bien avec ses attentes.	La personne prononce délibérément un discours ou pose des actes destructeurs avec l'intention de nuire (p. ex., agression, menaces).

Ces facteurs liés à l'intervenant et à la personne en demande d'aide peuvent être regroupés selon deux dimensions, à savoir les variables liées à la personne (intrinsèques) et les variables non liées à la personne (extrinsèques).

Tableau 2
Variables intrinsèques et extrinsèques au patient

VARIABLES	DESCRIPTION
Intrinsèques	La nature des difficultés de la personne, ses motifs internes, le niveau de motivation quant à l'aide et au changement, ainsi que la capacité de la personne à produire les changements désirés.
Extrinsèques	Le manque de personnel, le manque de ressources dans la communauté, le niveau d'expérience et les réactions de l'intervenant, le degré de coopération des proches de la personne.

Comme on peut le constater, un cas difficile à identifier ou à traiter en santé mentale peut être l'amalgame de plusieurs facteurs (p. ex., erreurs involontaires + nature de la maladie + pas de coopération de la part de la personne + etc.).

■ Vers une définition opérationnelle

Que signifie alors l'expression de « cas difficile » en santé mentale? Dans une certaine mesure, un bon nombre de cas cliniques peut représenter un défi pour

ce qui est de poser un diagnostic ou d'intervenir auprès de la personne. Mais qu'est-ce qui fait qu'un cas est plus difficile à identifier ou à gérer par opposition à un autre cas dit plus facile? De façon générale, un cas difficile à identifier ou à gérer en santé mentale peut être défini comme :

tout cas (c'est-à-dire le patient et/ou ses proches, voire la situation entourant le patient) qui déstabilise un intervenant (ou une équipe d'intervenants) en l'empêchant de travailler adéquatement ou d'atteindre les objectifs visés...

que ce soit de poser un diagnostic précis, de trouver une ressource d'aide adéquate pour la personne, de traiter avec ses proches ou, encore, de traiter directement avec la personne dans un contexte de relation d'aide. Cette déstabilisation ne constitue pas seulement une mauvaise rencontre avec la personne (ou son entourage), mais un modèle de difficultés qui s'étire dans le temps.

Caractéristiques des patients difficiles

D'après Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), les patients difficiles se distinguent des autres selon quatre caractéristiques : 1) leur retrait et la difficulté de les rejoindre, 2) leurs demandes et leurs revendications, 3) leur recherche d'attention et leurs conduites manipulatoires et 4) leur agressivité et leur dangerosité. À partir de ces caractéristiques, ces auteurs ont pu identifier trois sous-groupes de patients difficiles.

Le premier groupe, celui des évitants, est composé d'individus souffrant de troubles mentaux sévères qui ne se considèrent pas comme malades et qui maintiennent à distance les intervenants en santé mentale. Ils vivent en retrait, sont difficiles à rejoindre et réagissent souvent de manière agressive aux tentatives d'intervention. Le deuxième groupe, les ambivalents, est constitué d'individus souffrant de troubles mentaux chroniques moins sévères et de troubles de la personnalité, mais dont la particularité est de présenter de sérieux problèmes de comportement qui les empêchent de maintenir une relation stable avec les intervenants. Ces individus dépendants, aux comportements autodestructeurs, demandent et exigent des soins. Enfin, le troisième groupe, les revendicateurs, est formé d'individus ayant souvent un trouble sévère de la personnalité qui ne requièrent pas de soins à long terme, mais des aides ponctuelles en réponse à des besoins précis. Ces individus agressifs, chicaniers et destructeurs recherchent l'attention et leur demande d'aide comporte souvent une dimension manipulatoire.

Émergence et impact des patients difficiles

Des facteurs géopolitiques, économiques et socioculturels seraient en cause. Par exemple, si durant une bonne partie du 20^e siècle l'intervenant en santé mentale n'avait habituellement à se soucier que de soigner un symptôme ou un trouble de santé mentale unique, de nos jours ce même intervenant est appelé à travailler avec une clientèle toujours plus nombreuse à présenter plusieurs problèmes de santé mentale. Les diagnostics multiples sont en hausse, la comorbidité est élevée.

Parmi les autres facteurs analysés, on peut citer la rapidité des changements

technologiques et industriels qui pose un problème d'adaptation continue dans la population, et qui accentue le niveau de stress et d'épuisement. L'éclatement des familles affaiblit également le réseau de soutien dont dispose l'individu (par exemple, l'isolement, le manque de soutien). L'arrivée d'immigrants avec des valeurs culturelles et religieuses différentes au cours des dernières décennies vient ébranler nos modes usuels de compréhension et d'intervention. Cette déstabilisation des repères identitaires a pour effet d'engendrer des sentiments de confusion, voire de frustration, tant chez les personnes immigrantes que chez les accueillants. Enfin, l'augmentation de la consommation d'alcool et de drogues est un autre facteur à considérer dans l'accroissement des patients difficiles à traiter. Il est estimé que 80 % des personnes itinérantes qui présentent un trouble de santé mentale consomment ou ont consommé de l'alcool et/ou des drogues. Ce taux est nettement supérieur à ce que nous pouvons retrouver dans la population générale (Oudens, 2007).

La présence d'un nombre élevé de patients difficiles pose divers types de problèmes. Par exemple, le nombre croissant de demandes de services épuise les ressources en place, car ces patients font plus de demandes de tout acabit : visites médicales, prescriptions, analyses médicales, références pour des services d'aide, etc. (Schafer et Nowlis, 1998).

D'autres facteurs ajoutent à ces problèmes dont certains sont associés à l'individu. Mentionnons premièrement la chronicité des troubles mentaux qui rend certains patients très dépendants des institutions psychiatriques. À elle seule, cette situation est suffisante pour que l'étiquette « patient difficile » soit apposée. L'évolution parfois extrêmement lente et frustrante de ces patients risque d'induire des réponses assimilables à une démission thérapeutique chez les intervenants. Deuxièmement, la dépendance excessive de certains patients envers l'équipe de soins peut compliquer singulièrement la relation d'aide. Certains d'entre eux s'agrippent aux intervenants, alors que d'autres exigent et revendiquent des soins sous un mode manipulateur, teinté de menaces à peine voilées. Des luttes de pouvoir risquent de s'engager entre les équipes de soins et ces patients qui seront alors décrits comme égoïstes, non raisonnables et incapables d'apprécier l'aide qui leur est offerte (Wright et Morgan, 1990). Troisièmement, certains patients sont dits difficiles en raison de la pathologie sévère de leur caractère qui vient brouiller sérieusement leur capacité à entrer en relation avec les intervenants. Enfin, les patients considérés difficiles se caractérisent par leur manque de capacité réflexive ou de mentalisation, ce qui fait qu'ils apprennent parfois peu de leurs expériences.

Ces problèmes posent de sérieux défis aux cliniciens, tant sur le plan personnel que professionnel, et sont d'ailleurs une des raisons qui amènent des psychothérapeutes chevronnés à poursuivre une supervision afin de : « pouvoir réfléchir aux enjeux intersubjectifs de psychothérapie de patients difficiles qui soulèvent en eux des émotions pénibles⁵ ».

5 *Psychologie Québec*, 32(4), 34.

L'intervention

Comme la notion de patients difficiles est étroitement liée à la relation existant entre le professionnel, ou l'équipe traitante, et le patient qui reçoit des soins, il va de soi que des facteurs interpersonnels de nature transférentielle ou contre-transférentielle sont impliqués. Les intervenants identifient généralement les patients difficiles à partir d'un ensemble de sentiments négatifs, tels que la colère, l'impuissance, la culpabilité, le dégoût et le découragement, que ces derniers induisent en eux. Les patients difficiles seraient particulièrement habiles à confondre les perceptions des intervenants à leur endroit et à susciter des attitudes parfois opposées. Ces dernières pourront aller de la bienveillance surprotectrice jusqu'au rejet des patients selon qu'ils sont perçus comme des victimes impuissantes ou des délinquants qui méritent d'être corrigés et punis. Comment intervenir?

D'après Koekkoek van Meijel et Hutschemaekers (2006), les façons d'intervenir avec les patients difficiles ne sont pas vraiment différentes de celles utilisées habituellement en psychiatrie, mais ces auteurs font néanmoins remarquer que cette clientèle sera particulièrement attentive aux attitudes et aux comportements des professionnels. D'autres auteurs mentionnent que l'attitude thérapeutique doit tenir compte de la compétence préservée de ces patients et de leur capacité à se responsabiliser (Stigler et Quinche, 2001). D'après eux, le cadre de l'intervention ne saurait être le même avec des patients difficiles souffrant de schizophrénie et d'autres ayant des troubles de la personnalité. Toutefois, quels que soient les patients difficiles à traiter, il n'y aurait pas de stratégie-choc. Il s'agit avant tout d'un travail de longue haleine, d'une question de mesure et de dosage à fournir ce qu'ils appellent le « minimum optimal » au niveau de l'objectif, du cadre, de l'intensité relationnelle et de la durée des interventions (Stigler et Quinche, 2001). L'objectif ultime demeure la responsabilisation de l'individu.

L'intervention repose tout de même sur certains critères de base à savoir, par exemple, la nature du diagnostic (Axes I et II), le degré de dangerosité du patient (intervention en milieu ouvert ou fermé), la motivation et l'engagement du patient relativement au traitement, de même que sa capacité à reconnaître ses difficultés (introspection, autocritique, insight). Selon l'évaluation effectuée, certains patients pourront bénéficier de thérapie individuelle et/ou de groupe, de programmes spécialisés en toxicomanie, de services d'ergothérapie et sociocommunautaires (préparation au travail, entraînement aux habiletés sociales, gestion des symptômes, etc.). De nouveau, selon les résultats d'une évaluation initiale et continue, certains patients pourront bénéficier de plusieurs services à la fois, à court et à moyen terme, alors que pour d'autres le cheminement sera plus progressif et au long cours. Par ailleurs, en fonction des difficultés multiples que pose le patient difficile, il devient presque illusoire qu'un seul intervenant soit appelé à régler tous les problèmes à la fois. Il s'agit donc dans la majorité des cas de créer des équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires afin de maximiser l'efficacité de l'intervention. Cette façon de travailler en groupe et de façon concertée a l'avantage d'aider les intervenants à prendre une saine distance relativement au patient difficile, à mieux travailler les aspects transférentiels de même qu'à identifier et à travailler les difficultés ponctuelles qui nuisent à l'intervention (situation de crise, perte de travail ou de logement, laisser-aller quant à la médication, rechute au niveau de la toxicomanie, etc.).

En dépit de ces considérations, le traitement des cas difficiles s'avère tout aussi pénible pour le patient que pour l'intervenant appelé à travailler auprès de cette clientèle. En ce qui concerne le patient, celui-ci ne trouve pas souvent son compte dans les services qui lui sont offerts, il se sent incompris et voit sa souffrance autant que ses demandes perdurer. En ce qui a trait à l'intervenant, trop fréquemment, celui-ci se sent vite dépassé par la problématique et vit des malaises importants qui peuvent le conduire vers un épuisement professionnel entraînant, par le fait même, des coûts supplémentaires au point de vue des ressources économiques et humaines.

Le phénomène transférentiel dans la relation d'aide

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les cas dits difficiles à traiter sont susceptibles de faire vivre de part et d'autre, tant chez l'intervenant que la personne qui consulte, des réactions et des sentiments divers, réactions et sentiments qui nuisent au processus d'intervention. Ces réactions et sentiments peuvent être engendrés par ce qu'on appelle le phénomène transférentiel. Il existe d'ailleurs une littérature abondante concernant les difficultés transférentielles que comporte l'intervention auprès d'une population difficile à traiter (Bowers et Allan, 2006; Rosenbluth, 1991; Lewis et Appleby, 1988; Kernberg, 1984). Précisons maintenant quelques notions.

■ Le phénomène transférentiel

À l'origine de sa découverte, Freud s'est demandé un jour ce qu'il pouvait bien faire, dans ses rencontres avec ses patients, pour que certains d'entre eux agissent envers lui de façon différente de ce à quoi il pouvait s'attendre. Tantôt, une patiente pouvait tenter de le séduire, tantôt encore, un patient pouvait réagir envers lui comme s'il était son père. Freud s'est alors rendu compte du phénomène que constitue le transfert. C'est dire que les patients qu'il voyait avaient tendance à reproduire avec lui une façon d'être, apprise plus tôt dans leur vie vis-à-vis de figures significatives. Plus tard, Freud réalisera que lui-même pouvait agir de façon particulière avec certains patients selon qu'il se sentait séduit ou attaqué. Il réalisait que lui aussi, face à certains patients, pouvait répéter une façon de faire apprise plus tôt dans sa vie. Ainsi naissait le phénomène transférentiel constitué du transfert et du contre-transfert.

On peut définir le phénomène transférentiel comme un échange inconscient d'expériences émotives; ces expériences actuelles s'appuyant sur des expériences interpersonnelles antérieures.

Le phénomène transférentiel peut se jouer entre deux personnes ou entre plusieurs. Dans le premier cas, on peut facilement s'imaginer une personne développer un transfert négatif vis-à-vis d'un intervenant qui, par le biais d'associations symboliques inconscientes, lui rappelle son père qu'il percevait comme un homme très castrant. S'il ne fait pas attention à cette résistance, l'intervenant pourrait, sans s'en rendre compte, repousser la personne et, donc, manifester son contre-transfert de façon inadéquate. Dans le second cas, on pourrait s'imaginer un transfert dit collectif où, par effet de contamination, un groupe de personnes en thérapie pourrait se liguier contre un individu perçu comme autoritaire, inadéquat, etc. De l'autre côté, un groupe d'intervenants

pourrait, collectivement, agir sur leur contre-transfert face à une personne qui démontre une personnalité des plus désagréables.

Transfert / contre-transfert : aperçu historique

C'est à Freud que l'on doit la découverte du transfert. En effet, l'histoire pourrait commencer lorsque Freud a observé que des éléments érotiques venaient contrecarrer le travail de Breuer avec le cas d'une patiente nommée Anna O. (voir *Études sur l'hystérie*). Quelque temps plus tard, Freud lui-même vivait la même expérience alors qu'une de ses patientes (le cas Dora) se jetait dans ses bras après une séance d'hypnose. Se disant que son pouvoir séducteur n'était peut-être pas en cause, il réalisa que l'hypnose bloquait l'apparition de ce transfert et décida de mettre fin à cette technique afin de mettre à jour le transfert et pouvoir mieux travailler cette résistance au traitement (voir Steiner, 2008). Le terme (transfert) lui-même, reconnu dans son acceptation plus officielle, n'est venu que plus tardivement dans l'œuvre de Freud (*Constructions in Analysis*, 1937d, cité dans Denis, 1988).

Le transfert comme résistance est lié à la compulsion de répétition, au passage à l'acte et à la perlaboration. Freud a réalisé avec le temps qu'il ne s'agit pas simplement de mettre au jour le transfert pour le supprimer, mais qu'il devait être travaillé encore et encore à partir d'interprétations. De fait, le transfert peut être vu comme une forme de communication et il importe d'en saisir toujours plus le sens afin d'amener la personne à graduellement abandonner certains vestiges du passé.

Pour Freud, le transfert était vu comme le report d'expériences passées d'une personne avec ses objets extérieurs dans la vie actuelle. C'est toutefois Melanie Klein qui a davantage mis en évidence le rôle des objets internes (représentations d'objets fantasmés) dans le transfert. En d'autres mots, les travaux de Klein ont permis de reconnaître que ce qui est transféré n'est pas tellement un objet extérieur du passé, mais un objet qui existe dans le présent, comme un objet interne fantasmatique qui est projeté dans la situation analytique (Steiner, 2008).

À la suite des travaux de Freud, beaucoup d'auteurs ont travaillé sur les concepts de transfert/contre-transfert si bien que beaucoup a déjà été écrit sur le sujet. Retenons ici les propos de Greenson (1967; cité dans Denis, 1988) qui mentionnait que toutes les relations humaines consistent en un mélange de réalité et de transfert/contre-transfert. Il n'y aurait pas de réaction transférentielle, peu importe son caractère fantastique ou démesuré, sans un germe de réalité. Tout autant, il n'y aurait pas de relation réelle sans une trace de fantaisie transférentielle. Ce qui fait que les relations réelles et transférentielles seraient interdépendantes.

Le transfert ne peut être compris sans que l'on mette en évidence les mécanismes de défense tels que le refoulement, l'introjection, le déni, le clivage, la projection et l'identification projective, pour ne nommer que ceux-là. Tous ces mécanismes visent à protéger le moi contre l'apparition d'angoisses qui, au fond, renvoient aux pulsions de mort. Ainsi le transfert porte toujours en lui les signes de la peur et du besoin de maîtrise de soi, de la maîtrise de l'autre et du monde. Il en est de même du contre-transfert qui se veut le reflet en miroir du transfert. Ainsi, chaque fois qu'il y aurait contre-transfert de la part d'un intervenant, c'est notamment la peur et/ou le besoin de maîtrise de ce dernier qui agiraient. Winnicott (1949), Kernberg

(1965), Giovacchini (1975) et Searles (1979) ont tour à tour souligné l'importance d'utiliser le contre-transfert dans le travail thérapeutique (voir Talbot, 1989) afin d'aider le client à être plus conscient de ses compulsions à la répétition. À ce sujet, les travaux de Kernberg (voir Levy, Clarkin, Yeomans et al., 2006) ont permis de développer la Thérapie focalisée sur le transfert.

D'autres travaux reposant sur l'approche psychodynamique se sont efforcés d'opérationnaliser davantage les concepts psychodynamiques (voir Bergeret, 1974; Kernberg, 1977). Cela a permis de construire des échelles de mesure afin d'objectiver davantage ces concepts clés. Pensons seulement aux travaux de Lerner et Lerner (1980) et de Bond et Perry (2004) traitant des mécanismes de défense; aux travaux de Dymetrisin et al. (1997) sur les représentations d'objets et les travaux de Normandin (1989), Bouchard et al. (1995) sur le contretransfert.

Normandin et Bouchard (1993, voir Lecours, Bouchard et Normandin, 1995) ont réalisé une étude dans laquelle ils ont construit une échelle (CRS : countertransfenceratingscale) visant à comparer entre elles les réactions écrites de psychologues juniors (moins de un an d'expérience) et de psychologues seniors (10 années ou plus d'expérience) relativement à deux vignettes cliniques. Tous les psychologues participants à l'étude étaient d'orientation psychodynamique. Les résultats de leur étude ont démontré que le CRS décrivait trois grands types d'état mental : le contre-transfert objectif/rationnel consiste en une position de détachement, d'observation et de non-participation; le contre-transfert réactif est une réaction défensive inconsciente dans laquelle le thérapeute est un acteur non conscient alors que le contre-transfert réflexif est une position de participation consciente où la subjectivité de l'intervenant est reconnue. Les auteurs ont noté que les thérapeutes juniors se situaient davantage dans la position réflexive par opposition aux psychologues seniors qui se montraient plutôt réactifs. En ce qui concerne l'effet du sexe des participants, les auteurs ont trouvé que les femmes se montraient généralement plus réflexives alors que les hommes, dans l'ensemble, étaient plus objectifs/rationnels.

a) Le transfert

La définition classique est celle de Hesnard (1965, cité dans Lalonde et al., 1999, p. 31) qui définit le transfert comme un « report de sentiments que le patient éprouvait jadis à l'égard de ses parents sur la personne actuelle de l'analyste ». Plus simplement, on peut dire que le transfert est une répétition inconsciente des conflits infantiles et de la relation aux figures parentales dans le rapport au thérapeute (Bélair, Béland et Séguin, 1994). En guise d'exemple, on pourrait illustrer le cas de l'enfant qui, en thérapie, en vient à appeler son intervenant papa du fait qu'il retrouve en l'intervenant une figure paternelle tant souhaitée. L'enfant se créera ainsi une réalité illusoire qui vise à combler un manque important en lui. Cependant, cette illusion fera en sorte de retarder le deuil de l'enfant de cette figure paternelle idéalisée.

Ainsi, suivant cet exemple, on peut voir le transfert comme une résistance au traitement. De fait, cette résistance se veut un moyen inconscient de ne pas revivre certaines choses du passé; ces choses qui permettraient de dépasser la résistance et de faire progresser la personne dans sa perception et dans sa compréhension d'elle-même et du monde, tout autant que dans sa façon d'agir et de réagir au quotidien.

b) Le contre-transfert

C'est à Freud (1912b) que revient le mérite d'avoir le premier défini le contre-transfert. En effet, dans *Conseils aux médecins sur le traitement analytique*, Freud écrira que le contre-transfert peut être décrit comme étant « l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste ».

Le contre-transfert est l'image en miroir du transfert. Il se définit comme la transposition, par l'intervenant, de ses propres besoins inconscients dans une relation de pouvoir et de séduction avec le patient. L'intervenant est aux prises avec ses propres conflits, ses valeurs et ses émotions : désir, amour, indifférence, colère, etc. C'est en prenant compte de ce qui l'habite et en travaillant cela que l'intervenant sera plus objectif et plus apte à aider le patient.

Les types de transfert / contre-transfert

Freud (1912a, b) a décrit deux types de transfert/contre-transfert :

1. positif (par exemple : confiance, collaboration, amitié, érotisme);
2. négatif (par exemple : méfiance, non-coopération, haine, agressivité).

Les modalités du transfert / contre-transfert

Le phénomène transférentiel peut survenir à partir des informations sensorielles directes ou indirectes et même trouver son origine à partir de l'imaginaire.

- Visuel (par exemple : apparence de la personne, regard intimidant ou séducteur...).
- Auditif (par exemple : le ton de voix de l'intervenant, son accent, etc.).
- Toucher (par exemple : la personne nous touche, poignée de main...).
- Odeur (par exemple : l'odeur corporelle naturelle ou parfumée...).
- Goûter (par exemple : la personne nous offre un café imbuvable qui nous rappelle...).
- Informations indirectes (par exemple : lecture de dossier, visionnement d'une vidéo, se faire des idées à partir de rumeurs).

Réactions contre-transférentielles possibles

Le contre-transfert peut s'exprimer de façon directe (par exemple, les mots, les actions) ou indirecte (par exemple, les maux, la maladie). Des fantasmes de maternage aux envies de détruire l'autre, des maux de ventre aux sentiments de triomphe, le contre-transfert peut prendre toutes sortes de formes. Il importe ainsi de porter attention à ce qui se joue en nous au point de vue émotionnel, et ce, d'autant plus si l'on se sent pressé d'agir ou de réagir relativement à une situation quelconque. Dans le doute, il convient de prendre une distance ou un temps de réflexion, voire d'échanger avec un collègue, pour mieux évaluer ce que l'on peut être en train de vivre ou de vouloir mettre en scène sans s'en rendre compte.

■ Réactions contre-transférentielles selon la pathologie

Comme nous l'avons précédemment mentionné, il manque d'études pour connaître les réactions contre-transférentielles des « cas difficiles », les auteurs ayant plutôt étudié ces réactions selon des critères diagnostiques correspondant

au DSM. Malgré cette lacune, ce choix fournit tout de même beaucoup d'indices sur ces diverses réactions contre-transférentielles que nous pouvons utiliser pour comprendre ces réactions en présence de cas difficiles.

Les études sur les 10 troubles de personnalité du DSM sont très illustratives. Souvent qualifiés de cas difficiles, en particulier les troubles limite, antisociaux et narcissiques, beaucoup d'études ont tenté de comprendre la dynamique relationnelle entre le patient et le thérapeute. Le tableau 3 fournit des exemples de réactions contre-transférentielles (positives, négatives et travaillées) pour chacune des grandes organisations de la personnalité.

Tableau 3
Types de contre-transferts possibles⁶

TYPOLOGIE : ORGANISATIONS PSYCHOTIQUES L'épreuve de réalité est rompue. Il y a une perte de distance entre soi et autrui. L'identité est diffuse. Le ça envahit le moi. La peur fondamentale est celle de morcellement, de perte de soi.		
CONTRE-TRANSFERT POSITIF	CONTRE-TRANSFERT NÉGATIF	CONTRE-TRANSFERT TRAVAILLÉ
<ul style="list-style-type: none"> • Fascination, intérêt quant à l'étrangeté telle que de regarder un film surréaliste. • Savoir ce qui est bon pour la personne et promouvoir cela. • Se sentir comme l'expert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peur, confusion. • Maux physiques. • Perte de repères entre soi et l'autre. • Doute quant à sa propre santé mentale. • Se sentir comme un objet face à l'autre. • Colère, rejet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à mieux s'agripper à la réalité. • Réduire l'aliénation, normaliser. • Réduire les peurs. • Procurer du soutien. • Aider la personne à mettre des mots sur des émotions.

6 CT positif et CT négatif et effets du contre-transfert travaillé selon les trois grandes organisations de la personnalité (psychotique, limite et névrotique).

TYPOLOGIE : ORGANISATIONS LIMITES

Le problème de fond est surtout relationnel. Peur de l'abandon et du rejet. L'épreuve de réalité est préservée, mais il peut y avoir des désorganisations transitoires.

L'identité est diffuse et le ça, le moi et le surmoi sont en constante chamaille.

GROUPE A	CONTRE- TRANSFERT POSITIF	CONTRE- TRANSFERT NÉGATIF	CONTRE-TRANSFERT TRAVAILLÉ
A – Schizotypique Peut apparaître comme marginal, excentrique, sort franchement des normes propres à sa culture.	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt, curiosité, fascination. • Être dans la position d'un savant qui expérimente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distant. • Maux physiques. • Se sentir incompetent. • Non investi. • Peur, rejet et colère. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à être plus confortable avec elle-même et autrui. • Diminuer l'aliénation, normaliser. • Viser un fonctionnement minimal.
A – Schizoïde Peut apparaître timide, passif, effacé dans la relation, soumis ou alors fuyant.	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressé. • Curieux. • En position de pouvoir. • Croire que l'on sait ce qui est bon pour la personne. • Maternage. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perdu. • Triste. • Distant. • Ennuyé. • Irrité. • Rejetant . 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à être plus confortable dans la relation, à trouver une distance rassurante. • Diminuer la crainte de l'autre. • Encourager un fonctionnement minimal. • Aider à l'expression des sentiments.
A – Paranoïde <ul style="list-style-type: none"> • Distance. • Méfiance. • Défensif. • Agressivité. • Contrôlant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressé. • Fasciné par le récit. 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusion. • Mentalement paralysé. • Incompétent. • Attaqué. • Persécuté. • Fantaisies d'agression, de rejet. • Maux physiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à douter de ses perceptions, à les confronter davantage. • Aider la personne à être consciente des conséquences de ses actions. • Aider la personne à trouver des alternatives aux idées vengeresses.

GROUPE B	CONTRE-TRANSFERT POSITIF	CONTRE-TRANSFERT NÉGATIF	CONTRE-TRANSFERT TRAVAILLÉ
B – Limite <ul style="list-style-type: none"> • Humeur changeante. • Demandant. • Manque de retenue quant à l'expression des émotions. • Passages à l'acte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressé • Maternage. • Se sentir le bon parent qui sait ce qui est bon. • Se sentir idéalisé tel un sauveur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dévalorisé. • Attaqué. • Exaspéré. • Incompétent. • Inquiet. • Désir de punir, de rejeter l'autre. • Manque d'empathie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à être plus consciente de ses contradictions. • Aider à mieux gérer les émotions. • À être moins extrême dans les perceptions. • Aider à mieux tolérer la détresse et à trouver des alternatives aux actes destructeurs.
B – Antisociale <ul style="list-style-type: none"> • Arrogance. • Vantardise. • Manipulateur. • Colère, rage. • Revendication. • Violence. • Mensonges. • Menaces. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressé ou fasciné par le spectacle, le récit. • Désir de toute puissance tel que l'exhibe la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Peur. • Maux physiques. • Cauchemars. • Désir de rejeter. • Se sentir attaqué. • Peur paranoïde. • Manque d'empathie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à considérer qu'un meilleur contact avec les autres peut mieux la servir. • Qu'il est possible pour la personne de combler ses besoins tout en respectant les règles. • Aider à minimiser l'exploitation des autres.
B – Narcissique <ul style="list-style-type: none"> • Arrogance. • Envie. • Vantardise. • Condescendant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Être important. • Idéalisé. • Se sentir charmé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dévalorisé. • Incompétent. • Peu empathique. • Désir de rejet. • Être humilié. • Se sentir attaqué dans son estime. • Désir d'humilier l'autre. • Besoin de se prouver et de prouver à l'autre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à être plus consciente des besoins de l'autre. • Démontrer plus d'empathie. • Donner de la reconnaissance à la personne quant à ses peurs infantiles.

B – Histrionique <ul style="list-style-type: none"> • Actif. • Nerveux. • Réactif. • Émotionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amusé. • Séduit. • Position de spectateur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ennui quant au récit superficiel. • Désir de rejet. • Minimisation de la souffrance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à se sentir importante. • Être capable d'avoir de l'attention sans devoir impressionner. • Aider la personne à moins réagir devant des stress mineurs. • Favoriser la structure intérieure.
---	--	--	--

GROUPE C	CONTRE-TRANSFERT POSITIF	CONTRE-TRANSFERT NÉGATIF	CONTRE-TRANSFERT TRAVAILLÉ
C – Évitante <ul style="list-style-type: none"> • Anxieux. • Phobique. • Humilié. • Fuyant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir tel un sauveur. • Parent omnipotent. • Maternage. • Réassurance. • Directif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrité, ennuyé. • Sentiment de perdre son temps. • Sentiment de devoir provoquer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à confronter ses perceptions. • Augmenter la confiance en soi. • Aider la personne à être plus en contrôle quand elle est en public.
C – Dépendante <ul style="list-style-type: none"> • Obéissant. • Passif. • Symbiose, collant. • Peur quant à l'autonomie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Position de sauveur. • Maternage. • Idéalisé. • Tout-puissant. • Influencer la personne à faire ce qu'on croit qui est bon. • Directif. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrité. • Ennui. • Désir de rejet. • Provoquer l'autre. • Pousser l'action même si la personne n'est pas prête. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la personne à être plus autonome sans trop diriger. • Reconnaître les bons coups de la personne et encourager.
C – Obsessif-compulsif <ul style="list-style-type: none"> • Rigidité. • Ennui. • Sur le mode intellectuel. • Surcontrôle. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir intelligent. • Intéressé par le récit plus profond par rapport à l'histrionique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Irrité et ennuyé par trop de lenteur, de détails. • Impuissance. • Désir de rejet. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrichir l'imaginaire. • Favoriser plus de flexibilité et de spontanéité chez la personne. • Aider la personne à mieux identifier ses émotions et à les exprimer de façon moins intellectualisée

ORGANISATIONS NÉVROTIQUES			
Rigidité, inhibition, le surmoi est très demandant. Les conduites et le fonctionnement sont rigides et stéréotypés. L'identité est bien intégrée. L'épreuve de réalité est préservée. La bataille fait rage entre le surmoi et le ça. La peur de la castration domine.			
	CONTRE-TRANSFERT POSITIF	CONTRE-TRANSFERT NÉGATIF	CONTRE-TRANSFERT TRAVAILLÉ
Obsessif-compulsif	Voir groupe C Obsessif-compulsif	Voir groupe C Obsessif-compulsif	Voir groupe C Obsessif-compulsif
Hystérique	Voir groupe C Histrionique	Voir groupe C Histrionique	Voir groupe C Histrionique

■ Le contre-transfert en milieu psychiatrique : considérations pour réduire la vulnérabilité au contre-transfert

Le cas difficile, qui est l'objet d'étude dans le cours SAM 4220, réside dans un hôpital psychiatrique ayant des normes de sécurité. Cela pose le problème de l'influence du milieu sur les relations contre-transférentielles. Nous vous offrons ici diverses manifestations contre-transférentielles qu'on peut y trouver.

1. **Les passe-droits dans les situations ordinaires.** Il peut arriver qu'une personne à l'interne demande des faveurs que l'on n'accorderait pas de prime abord à d'autres patients. Parfois, le passe-droit est accordé parce que la personne est des plus gentilles avec le personnel. Il se peut aussi que la faveur soit accordée parce que la personne sème la terreur autour d'elle.

La règle à suivre est de se demander pourquoi accorder tel privilège à cette personne plutôt qu'à une autre? Ce moment de recul peut permettre de voir la situation sous un autre angle et de réaliser pleinement ce qui est en train de se jouer entre les acteurs.

Par ailleurs, il faut se rappeler que les vraies urgences sont assez rares. Donc, devant une situation nébuleuse, prenez la demande de la personne en considération avant de l'accorder d'emblée. Parlez-en avec des collègues au besoin.

2. **La prise de conscience de soi.** Tentez d'être au fait de ce que vous vivez au jour le jour. Il peut arriver certains jours que l'on soit fatigué, distrait ou simplement de bonne ou de mauvaise humeur. Prenez conscience de ce que vous vivez afin d'être moins pris par surprise.
3. **Le manque de personnel.** Vous n'avez pas à combler pour le manque de personnel si cela peut entraîner un tort sérieux, soit pour vous, soit pour les personnes hospitalisées. Questionnez-vous sur les motifs qui vous amèneraient à en faire plus que nécessaire.
4. **Les conflits entre intervenants relativement à un patient.** Se rappeler que lorsqu'un conflit survient entre intervenants, cela cache souvent des aspects contre-transférentiels. Il est souvent souhaitable de demander rapidement une rencontre afin d'ouvrir la communication. Ceci, pour éviter que la situation ne dégénère encore plus.

5. **La contamination.** Il peut arriver parfois qu'un intervenant puisse réagir face à une personne hospitalisée avec une attitude déjà « toute faite », même s'il ne l'a jamais rencontrée auparavant. Cela peut correspondre aux commentaires qu'il a entendus d'autres intervenants concernant cette personne. Il faut se rappeler qu'on pourrait être biaisé au départ dans notre intervention.
6. **Le refus de l'évidence (phénomène de déni, de minimisation).** Parfois, certaines menaces ou certains actes agressifs (voire aussi des actes à caractère sexuel) sont minimisés ou font carrément l'objet d'un déni de la part de certains intervenants devant une personne hospitalisée. Cela peut avoir pour effet d'aggraver la situation, voire de mettre sa propre sécurité ou celle des autres à risque. La tolérance zéro devrait être le principe de base des interventions dans des situations potentiellement dangereuses ou à risque. Tout autant, le délai dans les interventions peut aussi s'avérer néfaste.
7. **L'union fait la force.** Dans certains cas, il peut être avisé de rencontrer certaines personnes en couple ou en groupe afin de diluer le contre-transfert. Cela peut s'avérer efficace dans des cas où la personne représente un risque de passage à l'acte agressif.

Références bibliographiques

- Bélair, C., Béland, O. et Séguin, M. H. (1994). Transfert, contre-transfert et objectivité. Cours PSY 6082, Université de Montréal.
- Bowers, L. et Allan, T. (2006). The attitude to personality disorder questionnaire: Psychometric properties and results. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 281-293.
- Denis, P. (1988). L'avenir d'une désillusion : le contre-transfert, destin du transfert. *Revue française de psychanalyse*, 52(4), 829-842.
- Fisch, R. et Schlanger, K. (2005). *Traiter les cas difficiles : Les réussites de la thérapie brève*. Paris : Seuil.
- Freud, S. (1912a). La dynamique du transfert. Dans *De la technique psychanalytique* (p. 50-60). Paris : PUF, 1953.
- Freud, S. (1912b). Conseils aux médecins sur le traitement analytique. Dans *De la technique psychanalytique* (p. 61-71). Paris : PUF, 1953.
- Henggeler, S. W. et Santos, A. B. (dir.) (1997). *Innovative Approaches for Difficult-to-treat Populations*. Washington (DC) : American Psychiatric Press.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven : Yale University Press.

Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organisation. Dans P. Hartocollis (dir.) *Borderline personality disorders* (p. 87-121). New York : I.U.P.

Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. *et al.* (1999). *Psychiatrie clinique : Une approche bio-psycho-sociale. Tome I : Introduction et syndromes cliniques*. Montréal : Gaëtan Morin.

Lecours, S., Bouchard, L. et Normandin (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: experience and gender differences among psychoanalytic oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12(2), 259-279.

Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. *et al.* (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.

Lewis, G., Appleby, L. (1988). Personality disorder: The patients psychiatrists dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.

Mantosh, J. D. et Pies, R. W. (dir.) (2001). *The Difficult-to-Treat Psychiatric Patient*. Washington (DC) : American Psychiatric Publishing.

Rosenbluth, M. (1991). New uses of countertransference for the inpatient treatment of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 280-284.

Steiner, J. (2008). Transference to the analyst as an excluded observer. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 39-54.

Talbot, J. (1989). Le patient agressif en milieu psychiatrique : le contre-transfert et les problèmes de management. *Santé mentale au Québec*, XIV(2), 183-190.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

Pour approfondir les notions auxquelles vous aurez recours dans vos travaux, pour éclairer certains facteurs en cause dans le traitement des « cas difficiles » et pour illustrer les outils psychométriques utilisés, le contexte du traitement, etc., nous proposons les textes suivants.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

THÉORIE

Texte 1

Bouchard, S., Tremblay, G., Lecomte, Y.
(2015)

Théories et clinique des patients difficiles selon les professionnels de la santé mentale

À consulter dans
S. Bouchard et Y. Lecomte (dir.), *Cas difficiles en santé mentale* (p. 17-79).
Montréal : Éditions Santé mentale et société.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

Texte 2

Caballero, R.
(2001)

Entre psychiatrie et prison. Réprimer ou soigner?
(avant-propos; 1-4; 37-71)

Rennes : ENSP.

Avant-propos

Avant-propos

Un des points de départ : une situation "de terrain"

Dans le quartier se côtoient différentes populations particulières. Une partie d'entre elles, à l'implantation la plus ancienne, est plutôt vieillissante. Le quartier constitue depuis plusieurs années une zone traditionnelle de travail pour des populations d'origine étrangère. Le travail clandestin y est devenu un phénomène récurrent. Tandis que la prostitution, la consommation et le trafic de drogue s'y développaient, c'est devenu un lieu d'attrait important pour une population errante et/ou en grande précarité.

Eric¹, un jeune homme de 24 ans, non connu du quartier, sans domicile fixe, se présente spontanément au commissariat. Il souffre. La police représente pour lui à la fois, un lieu et des personnes liées à la coercition, à la prison qu'il abhorre et qu'il a déjà connu, mais aussi un endroit et des rapports humains qu'il connaît. C'est précisément là qu'il choisit de venir tenir des propos agressifs et violents.

Renseignements pris, il s'avère qu'à deux reprises il a commis un viol. Le premier de ces crimes l'a conduit en prison pour plus de trois ans, le second, de nouveau en prison, et de là en psychiatrie dans une unité pour malades difficiles². Il en était sorti pour être transféré dans le service de psychiatrie correspondant à l'adresse où il avait un moment habité dans une commune de périphérie de cette ville d'importance. Plusieurs mois après sa sortie de l'hôpital, avec un traitement qu'il n'avait pas suivi, il avait commis un cambriolage qu'il avait amené de nouveau en prison pour plusieurs mois. A la suite d'une tentative de suicide particulièrement spectaculaire pendant cette détention, Eric est de nouveau transféré dans le service de psychiatrie "classique" qui l'avait précédemment suivi, d'où il était sorti plusieurs mois après.

Après cette intrusion spectaculaire dans le commissariat du quartier, il est accompagné aux urgences de l'hôpital local. Sur la base de l'avis du psychiatre de permanence, il est adressé en hospitalisation d'office³ dans le service de psychiatrie correspondant au secteur. Eric y arrive donc pour la première fois. Les structures d'hospitalisation complète de ce service

¹ Pour une confidentialité maximum le prénom de cette personne, dont le cas est réel, a été modifié.

² UMD, nous donnerons plus loin, au chapitre 5.2. de cette première partie, p. 29, des précisions sur ces unités.

³ Hospitalisation d'Office, HO, loi du 27 juin 1990. Sera évoquée à plusieurs reprises dans ce travail, et en particulier dans la partie traitant du cadre réglementaire, paragraphe 4.1. de cette première partie, p. 22.

Avant-propos

sont implantées dans un établissement psychiatrique, situé à trois quarts d'heure de transport du quartier, secteur géographique de référence.

La règle en pareil cas veut que l'établissement où se situe le service qui l'avait accueilli la première fois soit de nouveau le lieu de prise en charge. Un transfert est à organiser. Le service et l'établissement "d'origine" ont des souvenirs douloureux du dernier passage d'Eric, du fait d'un comportement souvent violent. Ils refusent de le reprendre. Il restera donc dans ce nouveau service d'accueil, où la règle habituelle de fonctionnement, même avec des patients hospitalisés sous contrainte, est l'ouverture. La fermeture se veut être l'exception. Face à sa violence, la chambre d'isolement, seul lieu réellement contenant pour lui, sera à plusieurs reprises utilisée. Après cette première hospitalisation dans ce service, s'ensuivront d'autres, la plupart du temps sous contrainte, mais pas toujours, et le plus souvent à la suite de violence sur la voie publique.

A l'égard d'Eric, les soignants sont plutôt divisés. Il est manipulateur, insultant, ne semble comprendre que les rapports de force. Seuls les représentants de la loi institutionnelle que sont le médecin-chef, le cadre supérieur infirmier, et le cadre de l'unité où il est pris en charge, trouvent grâce à ses yeux, et ce dans cet ordre décroissant. En fait, plus ceux qui sont face à lui ont un pouvoir important dans l'institution et plus facilement Eric obtempère. Il a souvent une attitude insupportable avec les femmes du service, surtout si elles sont jeunes. C'est le cas de la majorité des infirmières de l'unité. Les responsables évoqués plus haut sont des hommes.

Eric présente des comportements pervers, étant capable de racketter tel ou tel patient qu'il juge, la plupart du temps avec pertinence, en situation de fragilité. Il profite de toutes les failles de l'institution pour s'adonner à divers trafics, alcool, drogue, au sein même de l'établissement. Certains des séjours suivants se dérouleront à sa demande, en hospitalisation libre¹, alors qu'il présente une souffrance psychique manifeste. Pour limiter, dans ces cas là les bénéfices secondaires potentiels liés à ses trafics possibles, le contrat sera strict, chambre d'isolement fermée "librement consentie", ou sortie.

Il présente par moment des manifestations d'angoisse qui ne sont pas toujours le fait de refus éventuels. Par ailleurs, la moindre des frustrations peut mettre Eric dans un état de violence qu'il donne le sentiment de ne pas dominer. A d'autres moments il est plongé dans un état de tristesse à priori authentique, qui peut provoquer tout à la fois compassion et

¹ Hospitalisation Libre, HL, loi du 27 juin 1990. *Idem* note 2 page précédente

Avant-propos

méfiance. Les hospitalisations, plus ou moins longues, sont émaillées d'insultes, de coups, rares mais spectaculaires, de bris de matériels divers, de menaces, de vols.

Il provoque chez les soignants, à la fois crainte pour certains, exaspération pour d'autres, intérêt mêlé souvent de désillusion pour d'autres encore. Eric semble fermé à toute culpabilité. Son attitude méprisante teintée de peur avec les femmes est d'autant plus difficile à supporter, particulièrement pour les infirmières, qu'il entretient avec les viols qu'il a commis une attitude ambiguë. Il en parle relativement facilement, faisant mine par moment d'en éprouver quelques remords qui ressemblent fort, à d'autres, à de la fierté machiste. C'est dans ces moments là qu'un point de vue soignant pensant que sa place en prison serait plus cohérente est le plus fortement exprimé. Surtout qu'il serait sous le coup d'une autre condamnation qu'il devrait purger à un moment ou à un autre.

De fait, depuis son dernier séjour en prison, trois ans auparavant, et malgré ses nombreux actes délictueux, toutes les comparutions devant la justice ont été par l'enchaînement des événements ou systématiquement écartées, ou les condamnations non effectuées. Dans ses moments de forfanterie théâtralisée, il ne manque pas de le faire remarquer, mais jamais devant quelqu'un présentant un pouvoir institutionnel quelconque.

Au décours de la troisième hospitalisation, Eric semble pour la première fois prendre en compte la gravité du dernier viol qu'il a commis. Ce changement psychologique suscite quelques espoirs chez les soignants plus spécifiquement référents. Il déclare, en fait, avoir acquis la certitude qu'il est sans doute père. Il dit vouloir retrouver sa victime (qu'il ne nomme pas ainsi) dans l'espoir qu'elle pourrait vivre avec lui. Cet épisode confortera les soignants dans leur attitude à son égard, un rejet encore plus fort pour les uns, une désillusion supplémentaire pour les autres. Son parcours thérapeutique dans le service est chaotique. Les tentatives de mise en place d'un suivi ambulatoire sont plus ou moins opérantes. Les hospitalisations semblent toutefois, à la longue, moins conflictuelles.

Quelques mois après l'une d'entre elles, il se présente un soir au Centre d'Accueil et de Crise du service, installé sur le quartier. Eric connaît cette structure, mais elle n'a jamais été utilisée comme dispositif dans sa prise en charge, étant jugée inadaptée pour lui. Il présente un état de nervosité et d'angoisse important. Au cours de l'entretien infirmier d'accueil, il finit par relater le délit multiple qu'il vient de commettre : agression d'un automobiliste, vol de son véhicule, tentative de suicide en percutant une autre voiture, délit de fuite, à pied, devant des témoins stupéfaits, abandonnant l'autre automobiliste sans savoir si ce dernier n'est pas blessé, voire pire.

Avant-propos

Son premier réflexe est donc de se présenter sur un lieu interface qui n'est ni le squat dans lequel il vit actuellement (et où il aurait pu se réfugier alors qu'il n'est connu par aucun des témoins de "l'accident") ni au commissariat de police où il serait directement confronté aux foudres de la loi. Après évaluation, par l'équipe infirmière accueillante, et avec le médecin-chef et le cadre supérieur infirmier par téléphone, il est décidé de le garder pour la nuit. Le problème éthique qui se pose à l'équipe soignante est le suivant : La survenue de ce délit multiple sur lequel personne ne porte le moindre doute ne peut rester sans signalement à la justice. Toutefois, sa démarche volontaire vers une unité du service, liée donc aux hospitalisations sous contrainte qu'il y a connues, est perçue comme un mouvement pouvant marquer une rupture significative dans son rapport à la loi. Il semble nécessaire de préserver la singularité de cette modification potentielle et de ne pas lier les soignants d'accueil avec une nouvelle première démarche vers la justice. Enfin, le risque toujours possible d'un retour hétéro agressif, quelques temps plus tard, vers un de ces soignants isolés sur le territoire du secteur est toujours à craindre. Le lendemain Il est donc conduit à accepter son accompagnement par le cadre supérieur infirmier auprès du commissaire du quartier, qui préalablement prévenu par téléphone, attend les deux hommes.

Ce commissaire, après vérification des faits qui s'avéreront rigoureusement exacts, engage cette fois-ci, après discussion avec le cadre infirmier et Eric, la procédure de façon à ce que ce dernier puisse être déféré devant un juge.

Quelques jours plus tard, il est de retour en hospitalisation d'office dans le service. La procédure n'est pas allée jusqu'à son terme. Mais l'espoir que ce retour à une confrontation avec la justice ait pu faire sens pour lui, n'est peut-être pas pour les soignants, et en l'occurrence également pour Eric, infondé.

Introduction

Introduction

Genèse du questionnement

Il n'est pas toujours facile de bien comprendre ce qui fait la vraie motivation à choisir de traiter tel ou tel sujet. En tous cas, outre les nécessités de la commande pédagogique, la rencontre que constitue la situation présentée en début de ce travail a joué un rôle dans notre désir d'approfondissement d'un des délicats problèmes qui lient la santé mentale et la justice.

L'épisode présenté survient dans une histoire institutionnelle déjà longue, faite de plusieurs hospitalisations, entre-coupées de sorties et de séjours en prison. Cette personne présente des comportements violents, hors institutions, et dans l'(les) institution(s) qui la "prend (prennent) en charge".

Ce cas soulève des questions liées au soin. Il illustre un phénomène qui serait de plus en plus prégnant en psychiatrie, induisant une violence particulière.

Contexte

Cette forme de violence, d'après notre vécu professionnel en psychiatrie, ne provoquerait pas nécessairement une recrudescence importante de coups, d'agressions physiques, d'accidents de travail ou de drames spectaculaires. Mais les conditions spécifiques de son émergence, le profil des personnes qui en sont les vecteurs, provoqueraient une tension moins bien acceptée par les équipes de terrain. Cette violence mettrait ces équipes en plus grande difficulté que celle des psychotiques, dont la souffrance délirante rend leur agressivité potentielle (*parfois beaucoup plus dévastatrice*), sinon plus "acceptable", en tous cas plus compréhensible par les soignants.

Le comportement de ces personnes, durant leur hospitalisation, serait globalement de deux ordres. D'une part, pas ou peu de phénomènes délirants, une souffrance psychique qui semble plutôt réactionnelle à l'hospitalisation, une relation à l'environnement relativement donc normalisée, si ce n'est ces moments de violence itératifs.

Ce premier aspect rendant parfois discutable, aux yeux des équipes soignantes, la justification thérapeutique de l'hospitalisation.

D'autre part, une affectivité globalement pauvre, en lien avec un sentiment de culpabilité par rapport aux actes délictueux et souvent criminels perpétrés quasi-inexistant, et une difficulté

Introduction

évidente à supporter la frustration. Ce qui rend certaines conditions de la contrainte de l'hospitalisation, encore plus difficiles pour eux, générant une violence réactionnelle.

Au total, ces deux ensembles d'éléments descriptifs accréditent chez les soignants l'idée que la prison serait un lieu plus adapté pour ces personnes.

Or, concomitamment, ces derniers mois, dans la presse, dans des ouvrages de témoignage, *tel que celui du Dr Véronique Vasseur¹ par exemple* ou dans les rapports des commissions parlementaires² sur le sujet, il apparaîtrait de plus en plus souvent qu'en prison, des détenus présenteraient des troubles manifestes de souffrance psychique importante. Face à cette situation se développerait l'idée, entre autre au sein de l'institution pénitentiaire, que ces détenus auraient au contraire beaucoup plus leur place en psychiatrie.

Problématique

N'y aurait-il pas de façon correspondante, "à front renversé", chez les professionnels de chacune de ces institutions, un discours sur l'autre institution "*partenaire*", attestant l'idée que celle-ci serait mieux armée qu'elle-même, et sa mission plus en adéquation avec la prise en charge de ces individus ?

Il semblerait bien qu'un certain nombre de ces patients/ détenus soient fréquemment, comme dans le cas présenté, les mêmes, "renvoyés" d'une institution à l'autre.

Ce qui caractériserait ces individus, non pas du point de vue de leur profil mais quant à leur rapport à ces deux institutions, c'est qu'ils mettraient en danger leur bon fonctionnement, provoquant chez les deux groupes de professionnels, malaise, angoisse, et un niveau abaissé d'acceptation de leur violence.

Des deux côtés ces personnes seraient inclassables. Elles remettraient en cause ces deux institutions, car leurs comportements feraient que les opérateurs sociaux, que sont les agents de la pénitentiaire ou ceux du soin, de la psychiatrie, ne leur trouveraient de places acceptables ni d'un côté, ni de l'autre. Et chacune serait, avec ces personnes, face à son propre échec à mettre en acte sa mission, que ce soit le soin pour l'une ou la contention et la régulation et/ou la réinsertion pour l'autre.

¹ Véronique Vasseur, *Médecin-chef à la prison de la santé*, Le cherche midi éditeur, Paris 2000

² Assemblée Nationale : *La France face à ses prisons*, commission d'enquête Président et Rapporteur Ms Mermaz et Floch, juin 2000. Sénat : *Prisons, une humiliation pour la république*, commission d'enquête Président et Rapporteur Ms Hyst et Cabanel, juillet 2000. Editeur des deux rapports : La documentation française, Paris

Introduction

Chacune de ces institutions échoue à donner un sens aux comportements de ces personnes. L'une échoue à leur faire établir, un tant soit peu, un lien entre l'acte délictueux qu'elles ont commis et la détention, l'autre échoue à contribuer à ce qu'elles soient actrices de la thérapie, à leur faire s'approprier, à minima, les nécessités du soin.

Hypothèses

En filant cet aspect du problème nous pensons pouvoir faire l'hypothèse que ce qui déstabilise ces opérateurs sociaux, de la psychiatrie et de la pénitentiaire, c'est que ces patients/ détenus remettent, de fait, en cause les fondements même de leur action professionnelle respective.

Phénomène qui serait à relier, dans un processus de "boule de neige", à la conviction des professionnels que le patient/ détenu n'aurait rien à faire dans l'institution où il est "pris en charge", sentiment générateur d'une mise à distance, voire d'une forme d'exclusion de l'individu, elle-même induisant un renforcement des phénomènes de violence.

La question

La psychiatrie a comme mission générique de prendre en charge toutes les populations en souffrance psychique quelle qu'elles soient, où qu'elles vivent sur le territoire de compétence concerné, qu'elles s'adressent spontanément à elle ou qu'elles lui soient, dans le cadre prévu par les textes, adressées de façon contrainte.

La question centrale que nous nous proposons d'étudier est la suivante :

Dans le cadre des prises en charge de ces patients dont la mise à l'écart de la société est prescrite par la loi, par l'hospitalisation sous contrainte à l'hôpital ou par la détention en prison, qu'est-ce qu'un Infirmier Général, Directeur de Service de Soins d'un établissement psychiatrique, peut contribuer à mettre en place s'il désire...

- aider et soutenir les équipes de soins de son établissement confrontées à ce type de situation, et ...
- après avoir analysé ce que devrait éventuellement être la nature d'un renforcement de la collaboration entre les deux institutions, pénitentiaire et hospitalière, en déduire des propositions concrètes d'action en matière d'organisation des soins.

*Introduction****Pour aborder cette question...***

Et tenter de la confronter avec les hypothèses que nous formulons, nous tenterons tout d'abord d'approfondir les données qui constituent le contexte de cette recherche.

Ainsi dans une première partie **"contexte, données théoriques et dispositifs"**, nous aborderons la question de cette violence qui est au cœur de notre champ de travail. Ce qui nous amènera à réfléchir sur un des profils de personnalité le plus souvent vecteur de cette violence, le psychopathe, et sur ce qui constitue les conditions spécifiques de sa présence contrainte en institution, l'enfermement. Il sera alors nécessaire de faire une rapide présentation des dispositifs qui constituent la légalité et l'organisation de cet *enfermement* à l'intersection de la prison et de la psychiatrie, de la répression et des soins.

Dans une seconde partie, **"la recherche, méthodologie et enquête"**, nous présenterons notre recherche proprement dite, la méthode d'investigation que nous avons choisie, et l'analyse que nous pouvons en tirer.

Enfin dans la dernière partie, **"principes et propositions"**, nous présenterons dans un premier temps les principes que nous comptons défendre à la suite des enseignements issus tout particulièrement de ce travail. Dans un second temps nous tenterons sur la base de ces positions de proposer un certain nombre de dispositifs en rapport avec cette question si complexe, propositions que nous serions susceptibles d'initier dans le futur exercice professionnel qui va être le nôtre, dans les limites de la réalité à laquelle nous serons confronté.

Mais au préalable, donc, quelques interrogations qu'il convient de travailler et qui constituent le contexte de notre recherche...

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Pour effectuer tous ces entretiens il a fallu réfléchir à la façon dont nous allions les mener. Ils ne furent pas de même nature en fonction de ceux auprès de qui ils étaient conduits.

II) Les entretiens

2.1) Avec les acteurs "objets" de notre recherche

2.1.1) Selon quels principes ?

C'est en fonction de ce que nous recherchions à propos de "nos" opérateurs non-spécialistes (*les infirmiers psychiatriques et les surveillants de la pénitenciaire*) que nous avons construit nos entretiens.

Nous cherchions à vérifier nos hypothèses. La première d'entre elle a un rapport avec l'idée qu'ils se font de leur mission. La seconde, avec les pratiques qui sont les leurs, en particulier avec les patients concernés, et en lien avec les situations qu'ils peuvent vivre avec eux.

En l'occurrence d'avoir pris comme "support" une personne particulière, sorte de fil rouge pour l'entretien, avait l'avantage de ne pas avoir à poser ex-nihilo, directement, les questions de fond qui étaient les nôtres. Les réponses à ces questions, nous espérions les trouver par l'analyse, pas explicitement dans le discours des personnes que nous interviewions. En tous cas sûrement pas dans celui de ceux qui sont au centre de notre recherche.

Nous avons pratiqué avec eux un entretien que nous pouvons caractériser de semi-directif. A savoir qu'il y avait quatre grands thèmes que nous avons cherchés à systématiquement balayer, même si nous avons pris bien soin de laisser l'interviewé exprimer ce qu'il souhaitait. Nous relançons dans un sens ou un autre, en fonction des thèmes restant à approfondir, respectant l'ordre choisi par l'interviewé lui-même au décours de l'entretien.

2.1.2) Quatre thèmes

Même si nous ne sommes pas, stricto-sensu dans une analyse stratégique, nous avons emprunté à cette approche les thèmes que nous avons parcourus avec nos interlocuteurs.

Le premier grand type de questions abordées étaient celles portant sur la nature de leur travail. Nous les avons laissé parler sur ce qui leur tenait à cœur sur le sujet. Nous avons cherché à savoir ce qu'était particulièrement la nature de leurs tâches à propos de la personne nous servant de fil rouge, mais également à propos de ce type de patients/détenus en général. Nous avons tenté de comprendre ce qui pouvait être spécifique à **cette** personne, à **ce type** de personnes, ce qui différenciait cette pratique, et pour quelles raisons, de celle s'appliquant aux autres patients ou détenus.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Le second type de questions abordées portaient sur leurs perceptions au cours de ce travail auprès de ces personnes, le rôle qu'ils s'y voyaient jouer, la nature de leur mission en fonction des tâches à accomplir, en fonction également de la perception qu'ils en avaient. Contrairement à l'analyse stratégique, il n'y a pas eu nécessairement lieu de leur poser des questions en terme de satisfactions ou d'insatisfactions, ce, ni à la prison ni à l'hôpital. Manifestement les relations avec ces patients/ détenus ou à leur propos, étaient suffisamment fortes (*dans tous les sens du terme*), pour ne pas avoir besoin de leur demander de qualifier ces perceptions. De plus cela aurait probablement nuit à la neutralité indispensable de l'interview sur la "scène du service" (*surtout à l'hôpital¹*).

Un troisième ensemble de questions a porté sur leurs relations de travail. Tout d'abord entre eux, autour et à propos de cette (ces) personne(s), mais également avec les autres corps professionnels. A l'hôpital cela a concerné entre autre les médecins et les cadres. A la prison cela a porté sur les gradés et les professionnels de psychiatrie travaillant dans les murs, au SMPR. Cela a porté également sur l'institution "partenaire", la prison pour les infirmiers psychiatriques de l'hôpital, et inversement. La plupart du temps, à part pour les cadres, ils avaient en réalité peu de contacts avec cette autre institution, mais pourtant bien des choses à en dire. C'est d'ailleurs dans ces moments là que nous avons pu glaner des éléments importants à confronter à notre problématique et aux hypothèses que nous en avions tirées.

Le quatrième groupe de sujets que nous avons abordés avec eux a porté sur leur stratégie personnelle. Cette question n'a jamais été ainsi, directement et explicitement posée. Le but de ce groupe de questions visait à comprendre comment ils se tiraient de certaines situations. Cela nous permettait entre autre de conforter ou pas, ce que nous comprenions de leurs perceptions, de l'image qu'ils avaient de leur propre mission.

Là encore il y a une petite différence avec l'analyse stratégique dont le sujet est la compréhension du fonctionnement d'un service hospitalier ou en l'occurrence d'un quartier pénitentiaire si cela devait être le cas. Nous n'avons pas particulièrement cherché à connaître ce qu'était leur projet professionnel spécifique. Sauf bien-sûr, *et c'est arrivé*, s'ils souhaitaient en parler. La question de la façon dont fonctionnait le service ou le quartier, et donc l'intérêt du projet individuel de chacun comme un des éléments explicatifs de la stratégie personnelle d'un de ses membres, n'était pas notre sujet.

¹ Du fait même de notre propre statut, que les interviewés connaissaient parfaitement puisque nous nous étions précisément identifié.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

De plus, à l'occasion de l'entretien préalable que nous avons eu, tant avec les deux infirmières générales des hôpitaux concernés, qu'avec les membres des directions des établissements pénitentiaires, cette question fit explicitement l'objet, à chaque fois, d'une sorte de négociation¹.

Ces opérateurs non-spécialistes sont donc au centre de notre recherche. Au-delà de ce premier cercle, il y avait, à priori pour nous, tous les autres intervenants jouant un rôle plus ou moins direct lié à cette question.

2.2) Avec les autres opérateurs

Dans un premier temps nous avons donc considéré tous les autres professionnels des SMPR, des UMD, et l'expert médico-judiciaire, comme étant de façon indifférenciée des opérateurs d'un cercle plus large.

La nature des entretiens que nous avons conduits avec eux devait être sensiblement différente de ceux que nous avons avec les professionnels dont nous nous proposons d'étudier les conditions d'exercice professionnel auprès de ces patients/ détenus.

Le but de ce second type d'entretien était de donner un complément d'information sur ce que vivaient les opérateurs du premier cercle. Après la première phase d'approfondissement, entre autre sur le dispositif en place, le SMPR, l'UMD et d'une certaine façon également l'expert, nous étaiant apparus comme des protagonistes auxquels les institutions faisaient d'une manière ou d'une autre appel lorsqu'il y avait une difficulté pour les opérateurs "classiques". Leur point de vue extérieur sur ces difficultés pouvait donc nous apporter des éléments de compréhension de la situation "en interne".

Dans ce second type d'entretien, les questions sur ce que vivent d'après nos interlocuteurs les opérateurs du premier cercle, ont pu être plus explicitement posées. Ce n'est pas tant les jugements de pairs qui nous intéressaient, qu'un autre point de vue sur tel ou tel point concret des pratiques communes aux deux entités.

Par exemple, la différence des pratiques autour de l'isolement, entre les infirmiers psychiatriques d'unités classiques et leurs collègues d'UMD, étaient susceptibles d'éclairer sur ce que vivent les premiers. Ou bien encore, la façon dont en SMPR les opérateurs

¹ Ce, à la demande de nos interlocuteurs. Ce qui nous donna, d'ailleurs, confirmation que la question tant en prison, qu'à l'hôpital, était sensible. Là encore, passer par le cas d'un patient/ détenu "utilisé" comme fil rouge, après la levée des questions liées à la confidentialité, a permis une plus grande ouverture des deux institutions. S'il s'était agi d'une enquête sur, directement, les modes de fonctionnement des organisations à propos de ce problème, cela aurait été probablement plus délicat d'obtenir leur collaboration.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

pratiquent avec la question des demandes de tabac, par exemple, pouvait également donner des éléments sur la réalité vécue par les surveillants en quartier non spécifique.

C'est de façon pragmatique, en fonction de nos possibilités matérielles, que se sont déroulés ces différents entretiens. Bien nous en a pris, car nous est apparue une particularité que nous n'avions pas prévue initialement et qui nous a obligé à modifier la forme d'une partie de ce second groupe d'entretiens.

2.3) Un cas particulier

Comme nous l'avons vu, les entretiens avec les opérateurs au-delà du premier cercle se sont voulus encore moins cadrés. En effet, ces professionnels nous semblaient à priori peu ou pas, impliqués dans les questions concrètes et quotidiennes vécues par leurs collègues nous intéressant au premier chef. Leur point de vue, en première analyse, n'étaient pas nécessairement à entendre en perspective de l'existence d'enjeux, et donc de stratégies, en relation avec ces derniers.

Assez rapidement nous avons toutefois réalisé le rôle particulier "joué", de façon plus ou moins réelle ou symbolique, par le SMPR. Ainsi, dès les premiers entretiens avec les surveillants de prison de quartiers "ordinaires", par lesquels nous avons commencé, nous avons revu la façon dont nous comptons nous entretenir avec les agents du SMPR.

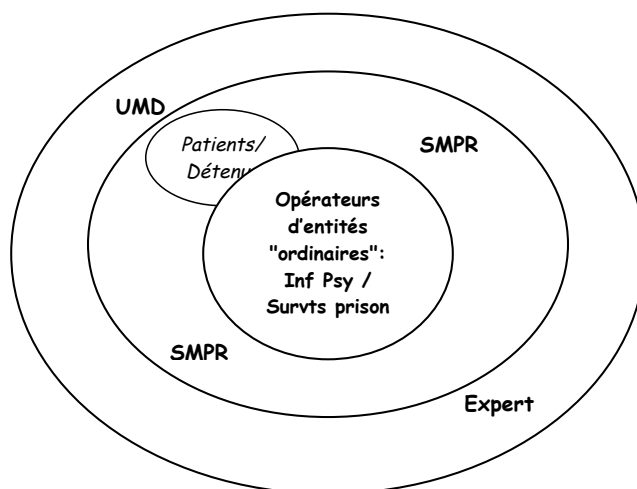
Ce début d'analyse conduite au cours de la "campagne d'entretiens", à propos de la place spécifique du SMPR, s'est vu confirmé quand nous avons débuté les entretiens avec les infirmiers psychiatriques des unités d'hospitalisation classiques. Là encore, le SMPR (*que pour la plupart, ils ne connaissaient pas*) avait aux yeux de ces professionnels une place particulière.

Nous ne pouvons aller plus loin à présent sans entrer dans la prochaine partie portant sur l'analyse du contenu de nos entretiens. Toutefois, sans aller jusque là, la place particulière du SMPR, le situe plutôt, pour continuer à utiliser l'image de cercles concentriques, seul dans le second cercle. Un troisième cercle étant alors occupé par l'UMD et l'expert.

Les patients/ détenus étant quant à eux situés sur un autre plan, en deçà ou delà, de celui des opérateurs les prenant en charge, mais également placés au centre.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Cette évocation schématique a l'avantage de représenter la proximité entre ces deux groupes de personnes¹, la prise en charge des uns étant le cœur de la mission des autres.



Dans le second et troisième cercle lire professionnels des SMPR et de l'UMD.

Après avoir présenté la méthode utilisée pour conduire ces entretiens, en avoir tiré une première évaluation en cours de réalisation, qui nous a conduit à revoir la place du SMPR dans l'idée que nous faisons du dispositif, nous pouvons à présent commencer à en aborder l'analyse de leur contenu.

III) Analyse de contenu

Pour croiser les discours nous allons tenter d'en analyser le contenu, une institution après l'autre. Nous prenons l'option de commencer ce travail par l'environnement que nous connaissons le moins, la prison. C'est d'ailleurs par-là que nous avons également débuté les entretiens, même si assez rapidement nous avons effectué les suivants quasiment en alternance avec la psychiatrie. Nous avons procédé ainsi car l'appréhension de ce milieu, pour nous qui venons du secteur hospitalier, nous semblait à priori plus difficile.

Nous commencerons d'établir des parallèles et des croisements en analysant en seconde partie de ce chapitre le discours des soignants des unités de psychiatrie hospitalières.

¹ Et par-là même la complexité de leurs rapports

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

3.1) Qu'entendons-nous dans le discours pénitentiaire ?

Nous choisissons de tenter cette analyse de discours en y entrant par le biais des missions.

La première qualité, peut-on entendre et lire sur les enquêtes sociologiques, c'est la neutralité. Toutefois, nous n'arrivons pas sur une telle enquête, sur un tel terrain, avec un regard complètement "vierge". D'ailleurs, en tant qu'infirmier général, devant ou non être amené à assurer plus ou moins rapidement des responsabilités de directeur des soins¹ dans un hôpital psychiatrique, cette question du lien entre psychiatrie et prison est devenue un tel enjeu qu'être complètement neutre nous est impossible. Autant en avoir conscience et tenter d'en corriger les éventuels effets déformants.

Toujours est-il que cette question des missions dans le discours des surveillants que nous avons rencontrés, a été pour nous l'une des grandes surprises de cette enquête. Preuve s'il en est que nous n'étions pas intervenu sans idées préconçues.

L'ensemble de leurs missions semble tourner autour de l'une d'entre elle qui conditionnerait toutes les autres. C'est la mission de ...

3.1.1) Surveiller/ "veiller-sur"²

L'une des premières significations du "veiller-sur", qui n'est pas celle qui revient d'ailleurs le plus souvent dans leur discours mais qui est celle qui *malgré tout* leur semble le plus en phase avec leur mission "régaliennne", est de veiller sur celui que leur a confié la justice. Ils ont la responsabilité de faire appliquer l'enfermement, l'incarcération, qui est la punition édictée par la loi, et d'assurer les contraintes qu'elle implique "...Nous devons gérer la détention..."

Cette responsabilité se décline de plusieurs façons. C'est à la fois directement la responsabilité de faire appliquer les règles de détention qui sont très strictes, certaines explicitement prévues par le CPP³, d'autres plus locales, propres à l'histoire ou la configuration des lieux. Toutes ces règles ont une nette dominance sécuritaire, nuancées, et de plus en plus complexifiées, par les légitimes évolutions nécessaires à l'amélioration de l'accès aux droits des détenus.

¹ "Directeur de Soins Infirmiers", ou "... de Soins" (tout court), ou autre, suivant les "négociations" en cours...

² Cette inversion sémantique illustrant une évolution du métier de surveillant est fréquemment retrouvée dans de nombreux articles parus ces derniers temps. Entre autre citons le dossier du "Nouvel Observateur" Paris Ile de France du 7 juin 2001.

³ Code de Procédure Pénale

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Mais cette responsabilité a également une double connotation de *protection*, protection du surveillant, pour que sa responsabilité objective soit limitée en cas de risque pour le détenu, mais également de protection du détenu lui-même. Ce second aspect de la protection revient très souvent dans leur discours, ce, que ce soit dans celui des gradés ou dans celui des surveillants. Ils réfutent l'appellation de "gardiens" qui ne mettrait en avant que la fonction/ responsable de l'enfermement. Cette mission de protection semble celle qui valorise le mieux leur fonction et lui donne du sens.

L'un d'entre eux, faisant référence aux suites d'un moment de tension entre détenus, déclare : *"...A ce moment là, il n'y avait plus besoin de marquer la différence. J'étais face et avec le détenu, en situation individuelle, comme de protection, pour le préserver..."*

Cette évocation est chargée d'une émotion que nous retrouverons à plusieurs reprises. En déduire l'éventualité d'un attachement serait probablement une distorsion de la réalité. Nous pouvons toutefois y déceler les difficultés d'une profession qui évolue dans un environnement aux contradictions de plus en plus fortes.

Un autre faisant référence aux détenus aux risques suicidaires déclare : *"... C'est insupportable de penser qu'on amène un type à l'hosto parce qu'il s'est coupé¹ alors que ç'aurait pu être évité ! ..."*

Cette double protection à la fois vis à vis de leur propre responsabilité, et vis à vis du détenu, face aux autres et à lui-même, semble révéler une pression de plus en plus forte par la montée significative d'une obligation du respect des droits des individus incarcérés, ce, dans une organisation institutionnelle et un contexte légal ou la détention, l'enfermement, reste malgré tout le pilier du dispositif répressif en France.

Perce bien ici ou là, dans le discours, l'antagonisme sous-jacent quasi-permanent qui existe entre surveillants et détenus. Mais, à une exception près, cela ne prend pas la forme d'une aigreur explicitement dirigée contre les détenus.

Car une autre nécessité semble se faire jour ...

3.1.2) Être en relation

Cette mission n'est pas édictée par le CPP ou par le règlement intérieur de la prison. C'est un thème qui revient à plusieurs reprises dans le discours des surveillants lorsqu'ils cherchent à rationaliser leur préoccupation.

L'un d'entre eux, regrettant de ne pouvoir mettre en application ce qu'il espérait pouvoir faire en rentrant dans ce métier, nous déclare : *"... Je voulais les côtoyer, apporter quelque chose au système ..."* Même si cette fibre réformatrice revient peu dans le discours de ses

¹ Terme couramment utilisé pour parler d'une tentative de suicide par phlébotomie.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

collègues, on y perçoit tout de même ce souci récurrent du contact. *"... C'est un premier élément qui nous permet de rentrer en communication avec le détenu..."*

Plus loin *"... lui montrer que ce n'est pas uniquement la répression, ... il faut qu'il arrive à nous identifier ..."*

En déduire qu'ils développeraient une fibre "soignante" serait sans doute excessif. Cette "mission" secondaire, peut d'ailleurs très bien s'entendre comme servant la principale, celle de *veiller-sur*. On peut comprendre cette préoccupation de la relation comme une stratégie opératoire pour assurer plus efficacement la "surveillance" (*y compris donc, pour veiller sur leur responsabilisation minimum en cas de problème pour le détenu*). A cette fin, il leur faut les connaître et se faire reconnaître d'eux. Pas de fibre "soignante"... peut-être, mais un regret trop souvent exprimé de ne pas avoir un mode relationnel plus serein, pour ne pas y entendre un souci humaniste sous-jacent. *"...C'est un être humain, c'est pas parce que c'est un détenu qu'il ne représente rien..."*

Cet élément est lui-même à replacer dans un contexte de code (*non-écrit, implicite*) relationnel très strict. Les surveillants sont les représentants de la détention, de la coercition. Que les détenus *acceptent*, intègrent la finalité de leur peine ou la rejettent, les surveillants sont membres du groupe antagoniste aux détenus. *"...Ce sont les matons..."*, nous dit un des détenus/ patients en forme d'explication pour illustrer cet antagonisme "naturel" existant avec eux. La plupart des surveillants interviewés expriment une certaine lassitude face aux tensions régulières liées à ces règles non écrites, règles fonctionnant dans les deux groupes. *"... C'est pas toujours bien vu de trop discuter avec les détenus, même si heureusement c'est pas la majorité des collègues qui pensent cela..."*

Globalement, ils font le lien entre la tension et la qualité des relations avec les détenus. Lorsqu'ils travaillent dans un quartier plus sensible, ils ont alors moins de détenus sous leur responsabilité (*un pour quinze dans un de ces quartiers de l'établissement de la ville moyenne*), il y a moins d'attitude de prestance du côté des détenus, plus d'occasion de parler avec eux, dans une ambiance souvent moins lourde, et avec moins de regards interrogatifs de la part de certains collègues. Le *"...nous ne sommes pas du même monde..."* opère moins.

Ces quartiers particuliers que nous venons d'évoquer font le lien avec une autre de leur mission, plus officielle celle-ci, servant également le "veiller-sur", et que celle de "rentre en relation" sert à son tour, ...

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

3.1.3) L'évaluation

Les nécessités sécuritaires les obligent à ne pas mêler dans un même quartier des groupes antagonistes à l'extérieur (*cités rivales par exemple ou groupes culturels qui risqueraient de s'opposer, gens du voyage/ maghrébins, ...*) ou les détenus potentiellement "sadisés" par certains autres (*en fonction de la nature de leur délit¹ par exemple, ou en fonction de leur statut social, ...*).

Cette évaluation est systématiquement assurée par les gradés à l'entrée par *"une audience d'arrivée"*. C'est un entretien qui leur permet d'évaluer comment le détenu *"... vit sa détention ..."*. C'est le premier contact entre le détenu et le gradé, qui va lui permettre de savoir s'il doit le placer dans un quartier particulier².

Mais en cours de détention les surveillants effectuent de fait des évaluations régulières sur le comportement des détenus. *"...Chaque matin, je fais le tour des cellules du quartier avant de (toutes) les ouvrir. Je vois s'ils vont bien, j'échange deux/ trois mots avec eux..."*

Ils vérifient s'il n'y a rien d'anormal. Mais également, de fait, ils établissent avec leurs propres critères, sans formation particulière sur la question, une évaluation psychologique de l'état du détenu. *"...Si on a repéré que ça n'allait pas très bien, on va essayer de repasser pour voir où il en est..."*

C'est un rapide balayage des missions les plus importantes³ qui nous a semblé occuper l'essentiel de leurs discours au cours de nos entretiens : missions édictées, comme celle de "surveiller" les détenus et de les évaluer ou celle d'être en relation qu'ils semblent eux-même se donner et qui découle de la nécessité d'assurer les deux premières.

De l'évaluation nous passons à ce que cette dernière mission révèle et qui semble leur poser le plus de difficultés : ...

¹ Que les surveillants ne connaissent théoriquement pas, ... d'où, entre autre raison, la difficulté. Les "pointeurs", par exemple (les délinquants sexuels, et encore plus parmi eux, ceux ayant agressés sexuellement un enfant), doivent être, pour les protéger, isolés des autres détenus.

² Ce, en concertation avec les autres services, l'UCSA (voir note bas de la page 27, paragraphe 5.1.1. de la première partie) le SMPR, le service socio-éducatif, ...

³ Bien d'autres thèmes apparaissent dans leurs discours. Comme par exemple leur mission de réinsertion, ou leurs sentiments sur la façon dont la presse aborde parfois les problèmes de détention, ou encore la question spécifique de la nuit. Nous avons fait le choix de ne pas les traiter explicitement ici, par manque de moyens et parce que cela nous semble périphérique à notre sujet central. Nous percevons là tout l'intérêt qu'il pourrait y avoir à conduire une analyse systémique sur une telle organisation, du moment qu'elle soit conduite avec respect et neutralité tant à l'égard des surveillants que des détenus.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

3.1.4) Les situations délicates

Au cœur de ces situations, se trouve le sujet de notre problématique. La plupart du temps, si l'interviewé ne l'a pas évoqué lui-même, nous l'abordons bien après le début de l'entretien. Bien entendu, ils connaissent sinon les questions précises que nous nous posons, le sujet sur lequel nous travaillons. Si nous ne l'abordons pas tout de suite ce n'est pas pour cacher que c'est le nœud de notre entretien, mais pour qu'au préalable la question des pratiques, de la façon dont ils conçoivent leurs missions aient été largement évoquées. Il nous semble qu'avoir abordé de façon relativement approfondie ces premiers sujets donne une plus grande garantie d'un discours plus spontané sur la question de la pathologie.

Quand les échanges abordent plus directement ce qui nous préoccupe, la question des missions évoquées plus haut prend brutalement un tour plus sensible. Nous sommes face à un des problèmes les mettant en situation de tension importante. *"...Ca pèse énormément sur nos épaules,...celui qui va se suicider, c'est pas marqué sur son front. Avec l'expérience, on s'aperçoit que c'est pas forcément celui qui en parle le plus qui va passer à l'acte¹..."*. Leurs missions de veiller sur le détenu, pour lui et pour eux-même, de l'évaluer, prennent alors un sens encore plus prégnant.

Ils manquent visiblement de connaissances théoriques sur le sujet. Toutefois nous percevons dans leur discours le distinguo qu'ils établissent globalement entre deux situations spécifiques. Ils les relient entre elles par la proximité des problèmes qu'elles posent, tout en identifiant qu'elles sont sans doute de nature différente.

- Première catégorie, une population (*qui serait de plus en plus importante*) de jeunes délinquants, qu'ils repèrent (*outré bien-sûr par leur âge*), par le rapport qu'ils entretiennent avec les normes, les règles.

"...De plus en plus de jeunes n'ont jamais l'impression d'avoir fait quelque chose de mal. Pour certains, ce qu'ils ont fait, c'est même normal. C'est comme ça, le passage obligé..."

"...C'est souvent de la violence verbale, menaces de mort, insultes,... On rencontre cela surtout chez les jeunes qui n'ont jamais eu de limites par les parents... Ca pète pour une impossibilité de passer à la douche au moment où ils le demandent alors qu'il n'y a plus de place, ou parce qu'on refuse, comme nous l'interdit (théoriquement) le règlement, de passer du tabac à un autre détenu..."

¹ Rappelons que le suicide est très fréquent dans les prisons françaises. Il y aurait plus de dix morts par mois en moyenne sur tout le territoire. "Libération"- 5 août 2000.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

D'après les plus anciens de nos interviewés, ce phénomène serait relativement nouveau. Il daterait d'une quinzaine d'années, pas beaucoup plus. La maison d'arrêt de la grande ville serait, semble-t-il, plus touchée par le phénomène. Mais il existe également dans celle de la ville moyenne.

Cette population leur pose des problèmes particuliers. Ils en ressentent une violence plus importante, plus soudaine, retombant presque aussi vite qu'elle serait montée, teintée d'un mépris important.

Plus que les autres types de population de détenus, cette population ferait un lien direct entre le surveillant et la détention.

"...Ils reposent la faute de l'incarcération, non pas sur le juge, mais sur nous, les surveillants : « Je n'ai pas demandé à être là, c'est vous qui m'avez mis là »". A certains moments, ils perçoivent de la haine venant de ce type de détenus.

- Une seconde catégorie de détenus les place également en situation délicate, ceux qu'ils pressentent comme vraiment malades (*c'est à dire qu'ils en perçoivent la souffrance*).

"...Il y en a qui entendent des voix. Alors là, ... on sait vraiment pas quoi faire devant ça !..."

"...Il y en a qui le disent pas, mais on voit bien qu'ils parlent tout seul... Il y en a d'autres qui sont tellement mal, qu'ils voudraient qu'on soit toujours en train de leur parler. Mais on peut pas, il y a trop de travail, trop de pression des autres détenus..."

Manifestement ces situations les mettent d'autant plus sous pression qu'ils se sentent complètement démunis. Apparaît dans le discours le souci de ne pas être pris en faute de non-surveillance de quelqu'un qui pourrait peut-être tenter de se suicider. Mais également l'inquiétude face à l'étrangeté d'un phénomène face auquel les pratiques habituelles relationnelles, la proximité, les tentatives pour différer la demande, l'engagement du retour pour revenir discuter, sont complètement inopérantes. Ils perçoivent bien également que la réponse répressive face à ce type de situation lorsqu'elle dégénère vers la violence¹ est complètement inadaptée, voire dangereuse.

"...Ceux là, ils n'ont pas leur place en prison. Ils ne peuvent pas l'assumer..."

Sans trop vouloir "psychologiser" l'interprétation d'une telle assertion, on peut y entendre également que le surveillant *lui-même*, ne peut *assumer* cette détention, la détention de ce détenu.

¹ Le "mitard", cellule isolée et très spartiate, est une réponse qu'ils assument visiblement d'utiliser dans d'autres situations de violence.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Ces deux populations sont reliées entre elles dans le discours, autour du thème de la violence, violence qui serait donc exercée sur les surveillants par la pression qu'elle représente pour eux. Violence, celle dont les premiers seraient les porteurs, les vecteurs, mais peut-être également celle dont l'institution, non pas seulement pénitentiaire mais judiciaire, le système judiciaire dans sa globalité, serait pour les seconds, la "responsable", et dont les surveillants ne supporteraient pas d'être, à leur tour ou également, les vecteurs.

L'autre articulation, entre jeunesse et pathologie, dans le discours de ces surveillants, est selon nous, à relier à ceux que nous, professionnel de psychiatrie, croyons pouvoir identifier à travers leurs propos comme étant ...

3.1.5) Les psychopathes ?

A l'intersection de la souffrance psychotique¹, et de la violence des jeunes, une population dont ils ne savent trop comment les évaluer leur posent manifestement des problèmes spécifiques. Ils sont jeunes, sont très demandeurs, parfois de traitement médicamenteux, d'audiences répétitives. Ils sont très adaptés à l'institution, en ce qu'ils en connaissent toutes les contradictions potentielles. Ils utilisent au maximum toutes les légitimes possibilités de recours, d'aide, d'assistance,... Ils deviennent facilement violents et exigeants s'ils n'obtiennent pas rapidement ce qu'ils demandent. Ils menacent de se suicider couramment, passent parfois à l'acte de façon en général spectaculaire.

D'une façon comparable à la première catégorie ("les jeunes") que nous avons isolée dans le discours des interviewés, ...*"Ce sont des gars à qui on n'a jamais refusé quoi que ce soit, personne ne s'est jamais mis en travers de leur route..."*

Les surveillants se sentent complètement démunis pour différencier ce qui serait de la manipulation pour échapper aux duretés de l'incarcération, et ce qui serait de la souffrance manifeste. *"...Ici, il y a beaucoup d'intox, et dans les deux sens. Un détenu va faire du chantage en menaçant de se « couper », et un autre va dire que tout va bien pour qu'on le laisse tranquille, alors que ça va très mal ..."*

Parlant d'un des deux patients/ détenus que nous avons pu interviewer, un surveillant nous dit : *"...Une journée, tout allait très bien, il était détendu, et le soir après qu'on lui eut refusé de changer de cellule pour la seconde fois de la semaine, il y a mis le feu² !"...*

¹ Vu le descriptif, c'est, à notre avis, bien de cela dont il s'agit !

² Ce dernier nous a lui-même déclaré, nous citons, qu'il « aimait bien faire chier les matons ». Cela dit ce n'est pas pour autant qu'il ne souffrait pas, également d'ailleurs au moment même où il tenait de tels propos.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Ils sont vécus par les surveillants comme ayant des demandes incessantes, au-delà des limites de ce que le fonctionnement habituel permet. Ils mettent l'organisation effective du quartier à mal par leurs interpellations perpétuelles. Le fait qu'ils donnent le sentiment aux surveillants de ne pas forcément être en détresse, placent ces derniers en situation visiblement impossible. Sommés d'être disponibles au-delà de ce que leur charge et leurs effectifs leur permettent, ils n'ont même pas la possibilité de justifier à leurs propres yeux, et à ceux de leurs collègues, que ces efforts éventuels qu'ils doivent déployer sont justifiés par une souffrance qui est loin d'être évidente.

"...Au quotidien, c'est la demande incessante qui est vraiment hyper-difficile, mais est-ce que cela relève de la psy, c'est même pas vraiment sûr..."

Et pourtant, face à cette impasse, où le doute le partage à la lassitude, comme pour la souffrance psychique massive qui pour eux, celle-là, est manifeste, et que nous avons qualifié de psychotique, ils se tournent vers le SMPR.

3.1.6) Place du SMPR¹

Ce que nous avons relevé comme nous étant apparu au cours de notre travail d'enquête, nous obligeant à modifier la nature de nos entretiens avec le SMPR, est en lien avec le rôle particulier "joué" par ce dernier. Nous avons émis l'hypothèse dans notre introduction que ce même rôle pouvait être tenu, aux yeux de la pénitenciaire, par les services de psychiatrie en général. A savoir une sorte de repoussoir, et un recours exutoire.

C'est particulièrement manifeste dans la maison d'arrêt de la grande ville, où existait (*au moment de nos entretiens*) un conflit institutionnel entre la détention et le SMPR. Mais c'était également sous-jacent dans celle de la ville moyenne.

Dès qu'il y a constat de souffrance psychique, mais également, et c'est probablement là que se situe une partie du problème, dès qu'il y a un doute sur cette souffrance potentielle, le SMPR est requis. Au SMPR comme nous l'avons vu dans la partie présentant les différents dispositifs, les détenus peuvent se rendre pour une consultation accompagnés par un surveillant, ou y être hospitalisés².

¹ Rappelons que le SMPR est une unité directement sous la responsabilité hospitalière, et donc de l'infirmier(e) Général(e) pour ce qui est de l'organisation des soins infirmiers. Nous allons, de fait, un peu plus approfondir la place de cette unité "d'hospitalisation" dans le dispositif pénitenciaire.

² Seul le SMPR de la maison d'arrêt de la "ville moyenne" était constitué en quartier "d'hospitalisation".

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Le premier recours à ce lieu est donc celui du soin. C'est à dire qu'il y a, à ce moment là, une convergence entre ce que le détenu exprime et/ou que les surveillants ont repéré, ce que l'existence de cette unité au sein de l'institution pénitentiaire permet et ce que les soignants de cette unité vont confirmer. Il y a dans ces cas là convergence sur la nécessité du soin, lui-même constitué d'écoute, et souvent de traitements médicamenteux.

Il existe une seconde forme de recours au SMPR, sensiblement différente de la première. Le SMPR est un lieu d'écoute, mission officielle et connue dans l'institution. Cette fonction permet alors aux détenus qui en font la demande d'avoir un lieu et un moment leur permettant de s'extérioriser, d'une certaine façon de la détention. Toutefois, tous les détenus ne font pas appel au SMPR. Il est en effet associé à tous les forts a priori sur la psychiatrie¹.

La signification de cette écoute ne peut être limitée au cadre du soin, sauf à dire que l'écoute soignante fait de celui qui vient la chercher un patient de fait. Toutefois, l'existence même de ce lieu, la possibilité d'écoute qu'il représente, contribue à apaiser une difficulté (*que l'on peut caractériser ou pas de souffrance*) antérieure ou réactionnelle à la détention. En cela, cette fonction est à la marge du soin.

Mais il y a une troisième forme de recours au SMPR, pour l'ensemble du système composant l'institution. En cela il fonctionne comme un de ses régulateurs. Le SMPR, est aussi un vecteur potentiel de trafic, comme il y en a d'autres en détention.

En effet, une partie de la population carcérale utilise tout ce qui est entre ses mains pour l'aider à supporter la détention. Nous sommes là dans les phénomènes que nous avons travaillés dans notre partie théorique sur l'enfermement. Avec Erving Goffman nous avons vu comment les reclus, au sein d'une institution les prenant en charge totalement, cherchent à mettre en place des dispositifs leur permettant de lutter contre l'objectivation de cette institution que Goffman qualifie de totalitaire. C'est l'utilisation par les reclus des interstices institutionnels leur permettant de maîtriser en partie leur univers. Cette jeune population carcérale semble particulièrement passée maître dans ce type de mécanisme défensif.

"...Si vous discutez plus longtemps, il croit que vous avez des affinités avec lui et aussitôt, il cherche à avoir plus,...envoyer une lettre à l'extérieur (sans passer par la lecture par l'administration)... Il cherche à vous faire rentrer dans un système de trafic..."

Le SMPR est par le biais des traitements, une source de trafic potentiel de médicaments. Ce trafic est à la fois une source de conflit institutionnel, mais également un mode de régulation

¹ Le "regard social" sur la psychiatrie semble bien plus contrasté en prison que dans le reste de la société. Il semble y évoluer bien plus lentement.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

du système. En effet les traitements (*autre les "bénéfices" classiques de tout trafic*) aident, de fait bien des détenus à supporter l'enfermement et pas seulement ceux à qui ils ont été prescrits¹. Ce trafic contribue donc à réguler les tensions, mais s'il devient trop important la pression sur les surveillants devient intolérable. La peur du passage à l'acte suicidaire tourne à l'obsession.

Dans la maison d'arrêt de la grande ville, outre la question du trafic, la gestion même des traitements prescrits semblait poser d'importants problèmes. Le nombre de détenus concernés par ces traitements semblaient relativement nombreux (*leur nombre ayant considérablement augmenté ces derniers temps*), ces traitements paraissant, aux yeux même des infirmiers du SMPR, (*trop*) importants. L'organisation choisie conduisait à remettre au patient/détenu plusieurs prises à la fois qu'il gérait lui-même (*pour des raisons à la fois pratiques et affichées en objectif d'autonomisation du patient*). Que ce SMPR n'ait pas, par ailleurs, de cellule d'hospitalisation joue probablement un rôle dans l'importance du phénomène, sans en expliquer à lui seul l'existence.

"...A chaque grand week-end, c'est deux à trois jours de traitement qu'on leur donne en une fois. Notre angoisse, c'est que l'un d'entre eux les avale d'un coup... A la limite, je préférerais les leur donner moi-même..."

"...Ca pourri la détention, avec tant de médicaments qui circulent, on peut pas gérer, c'est impossible² ..."

L'incertitude des surveillants sur ce que peuvent vivre, et potentiellement mettre en acte, certains détenus venant au SMPR, les pousseraient à vouloir obtenir des soignants ou de leurs collègues y étant affectés, des renseignements sur ces patients/ détenus. Ces demandes sont vécues comme inquisitrices et contraires au secret médical.

Toutes ces tensions potentielles semblent être inhérentes à l'existence du SMPR au sein de la prison, alors même que c'est un facteur, par ailleurs, très important de régulation des difficultés des détenus à vivre la détention. Mais sa proximité avec le milieu de la détention, tout en y apportant donc un bénéfice indiscutable, est un révélateur et un catalyseur des

¹ Nous avons conscience de l'importance d'une telle assertion et de la fragilité de nos données pour l'affirmer ainsi. Il semble toutefois que ce soit relativement connu. S'opposer de façon frontale et brutale à cette réalité serait d'ailleurs sans doute catastrophique, ce, parce qu'elle contribue à réguler le système. Notons toutefois que, manifestement, elle ne semblait pas de même nature dans les deux établissements.

² Un sarcasme entre agents de la pénitencier et du SMPR de la grande ville semble relativement explicite, les premiers appelleraient les seconds les "dealers". Dans un moment de tension, l'expression serait passer à "killers". Ces expressions seraient également utilisées par des détenus (qui n'ont pas recours au SMPR).

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

tensions de cet univers clos¹. Le SMPR semble cristalliser, quand la tension est importante comme cela semblait être le cas dans la grande ville, les oppositions, les tensions et sans doute les peurs, à la fois d'une partie des détenus et des surveillants n'y travaillant pas.

La place particulière du SMPR peut donc l'amener en situation de tension, à être à la fois un régulateur institutionnel et, en tant qu'unité de psychiatrie, un des lieux de cristallisation de ces tensions.

Qu'en est-il du côté des unités d'hospitalisation traditionnelles à l'hôpital ?

3.2) Le discours des soignants hospitaliers

Nous abordons à présent la sphère de l'hôpital. Nous rentrerons moins dans les détails périphériques d'un "univers" hospitalier que nous connaissons mieux, pour nous concentrer sur ce qui est en lien plus direct avec la problématique qui nous occupe.

Nous pourrions établir un début de parallèle, au décours de cette présentation, avec la sphère pénitentiaire chaque fois que cela nous apparaîtra opportun. Cela constituera une introduction à l'analyse croisée des discours des deux groupes d'opérateurs centraux des deux institutions, que nous présenterons dans la partie suivante.

Nous pratiquerons, comme pour la pénitentiaire, par une approche par le biais des missions.

Ainsi, ce qui semble être au cœur des missions des soignants interviewés, c'est ...

3.2.1) La souffrance

Le propos d'une infirmière de l'unité de psychiatrie intra-hospitalière de l'établissement de la ville moyenne résume assez bien un point de vue commun à l'ensemble des discours des soignants rencontrés dans les deux villes : "... *Je suis là pour aider, en situation de crise, le patient à supporter sa souffrance...*"

Il y a dans l'affirmation de cette infirmière, à la fois, une caractérisation de son lieu d'exercice, et un mode de compréhension de son intervention auprès des patients.

Ces soignants travaillent en structure d'hospitalisation intra-hospitalière. Dans cette phrase est inscrit l'idée que l'hospitalisation est un lieu de passage, à un moment particulier de la vie du patient, celui de la crise. Ce qui laisse sous-entendre qu'il y a un avant et un après cette

¹ *Là encore, bien des points mériteraient un développement plus important dans le cadre d'une analyse systémique plus approfondie et spécifique à la maison d'arrêt.*

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

hospitalisation, comme il y a un avant et un après la crise, que ces soignants ont la charge d'aider les patients à mieux traverser.

Par ailleurs, il y a cette notion de souffrance, souffrance psychique en l'occurrence, qui pour la plupart des soignants rencontrés, avec un vocabulaire plus ou moins proche, semble le mieux caractériser ce qui fonde leur légitimité à intervenir auprès du patient. C'est cette souffrance psychique qui justifie, et leur présence, et le fait qu'ils puissent prendre l'initiative d'aller vers le patient. Le sens de leur démarche vers le patient, c'est sa souffrance.

Il est à noter que ce propos est donc celui d'une infirmière de la ville moyenne. Là où les conditions de l'organisation institutionnelle semblaient les plus sereines. Elle a tenu ces propos alors que nous étions dans la première partie de notre entretien.

Nous avons pratiqué avec les soignants comme avec les surveillants. Là aussi les interviewés connaissaient le sujet central de notre recherche. Mais nous avons sciemment commencé par des sujets plus généraux concernant leur travail pour n'aborder les situations plus délicates qu'en seconde partie d'entretien. Son propos sur la crise et la souffrance intervenait comme explication généraliste sur le sens de son travail.

Cette souffrance psychique qui peut oblitérer toute possibilité de relations sociales, complètement perturber le patient dans ses relations au monde (*disions-nous dans notre partie théorique consacrée au point de vue de la psychanalyse*) peut s'aborder par différents moyens.

Pour aborder le patient et sa souffrance, l'un de ces moyens, celui qui apparaît même comme privilégié, c'est...

3.2.2) L'écoute

Une autre infirmière ne travaillant que la nuit nous dit : *"... Pour moi, mon vrai travail c'est quand je suis en relation avec les patients, lorsque je les écoute... Soit c'est moi qui vais vers eux, soit c'est eux qui me demandent... Quand ils demandent à me parler, quelque part ils me choisissent, c'est mieux... En plus, je pense que ce qu'ils nous disent à nous soignants n'est pas de même teneur que ce qu'ils disent à leurs médecins... Car, avec le médecin, le patient se sent obligé de dire ou de ne pas dire certaines choses. Car c'est lui qui prescrit, c'est lui qui décide de sa sortie..."*

Plusieurs thèmes traversent cette déclaration que nous retrouvons à plusieurs reprises dans le discours des infirmiers interviewés.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Tout d'abord, l'idée que remplir pleinement sa mission sous-entend pour cette infirmière une certaine réciprocité dans ses relations avec les patients. Elle évoque même l'avantage manifeste (*sur le plan très probablement de sa légitimité*) à être "choisie" par lui. Cette situation reflète un mutuel accord sur ce moment privilégié liant la présence du patient et celle du soignant qui l'écoute. La partie de l'entretien où se situait cet échange traitait de l'ensemble des relations de soin avec les patients, quel que soit le statut de leur hospitalisation. Même une hospitalisation sous contrainte peut comporter des moments où ce type de relations s'installe.

L'autre thème, qui lui est un peu plus sous-jacent, c'est le rôle de tiers que peut remplir l'infirmier(e) dans la relation médecin (*prescripteur*)/ patient. On y voit le reflet d'un véritable travail en complémentarité, pour ne pas dire de collaboration. De fait, dans le reste de notre entretien avec elle nous ne relevons pas de frustration particulière à l'égard des médecins. C'est la relation à un soignant, décalée de la loi institutionnelle qui entre autre peut permettre au patient d'avoir un espace hors de la contrainte, soit de l'hospitalisation, soit également du poids de la vie collective. Une sorte de bulle qui peut contribuer à (re)construire une certaine intégrité psychologique.

Quand elle évoque ce moment d'échange privilégié avec le patient, elle utilise peu le terme "*d'entretien*", mais donne à ces moments d'écoute un véritable statut de soin¹

La souffrance du patient, et l'écoute comme moyen principal pour les aborder, et l'un et l'autre, constitueraient donc les principaux aspects fondant globalement les missions des soignants de psychiatrie que nous avons rencontrés. Toutefois, ils travaillent dans des unités de soins aux contraintes spécifiques.

3.2.3) Le travail en unité d'hospitalisation

La situation dans le service de l'établissement de la grande ville semblait bien moins sereine. Le nombre des patients hospitalisés y était plus important. Nombre d'entre eux avaient un parcours hospitalier bien plus long. Si ce rapport à la souffrance et à la crise perçait également dans leur discours, il ne pouvait à lui seul globaliser la façon dont ils percevaient leur action.

¹ Ses collègues de jour utilisaient plus ce terme. Toutefois, c'est dans ce propos-ci que nous avons senti un des plus forts engagements lié à une disponibilité soignante. Que cette infirmière soit de nuit doit très probablement jouer un rôle dans ce qui s'entend de ses propos.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

"...Pour les chroniques ont leur cherche un projet de vie..." La nature différente de leur file active dans leur unité est bien-sûr en lien avec cette remarque.

Toutefois, sans avoir eu les moyens de bien identifier le rapport éventuel de cause à effet avec ce qui suit, le discours sur la crise semblait également de nature quelque peu différente.

"...Nous sommes là pour gérer la crise...". Le *"gérer la crise"*, comme les surveillants disaient devoir *"gérer la détention"*, est en lien avec des journées scandées par des tâches indispensables, et ritualisées autour de la vie collective de l'unité, les traitements, les repas, les consultations, les accompagnements,...

Cette ritualisation, liée à l'importance du nombre des patients, à la nature des pathologies qui impliquent également un travail de réinsertion médico-sociale aux côtés du travail de soin, semble induire un autre rapport à la souffrance. Qu'un certain point de vue sur les entretiens infirmiers, de nature quelque peu différente de celle de notre interlocutrice de la ville moyenne, soit défendu ici n'est sûrement pas un hasard : *"...Nous ne faisons pas d'entretiens infirmiers seuls avec le patient...En fait je ne suis pas vraiment d'accord avec ce terme "entretien",... des discussions,... mais pas des entretiens. Les entretiens, c'est pour les médecins..."*

Quand nous abordons les sujets de la nature de leur tâches et de leurs perceptions dans la prise en charge des patients venant de prison, les positions apparaissent également sensiblement différentes en fonction du lieu d'exercice. Que se passe-t-il donc à ...

3.2.4) L'arrivée des patients/ détenus

L'établissement de la ville la plus importante avait connu l'année précédente une situation de violence particulièrement spectaculaire et traumatisante avec un patient devant se rendre en maison d'arrêt. Deux infirmiers avaient été gravement blessés et tout l'établissement était encore sous le coup de ce drame.

Ces événements modifièrent et les pratiques institutionnelles, et très probablement les positions de mes interlocuteurs lors de nos entretiens. Toutefois, des fondamentaux se retrouvent dans le discours des soignants des deux villes.

L'arrivée de ces patients est un moment particulier repéré comme tel dans l'ensemble des entretiens. Le fait qu'ils arrivent de prison place d'emblée les équipes en situation de tension. Manifestement si l'émergence de la pathologie psychiatrique est stigmatisante en prison, le fait qu'un patient arrive de prison est également stigmatisant dans ces unités de psychiatrie.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

"...Faut être honnête, on part quand même avec un sacré à-priori. On a d'emblée le sentiment qu'on pourra pas faire grand chose pour eux..."

Dans le service de la ville la plus importante s'ajoute en plus,... "On est tendu, on se demande comment cela va être... Les femmes surtout ont peur. Et nous les hommes, on sait qu'il va falloir qu'on assure plus... Souvent elles veulent savoir pourquoi il (le patient/détenu) est en prison, ... au cas où !... "

Cette approche face à la violence physique potentielle ne se retrouve pas forcément dans le discours féminin : "...J'ai pas l'impression de demander aux garçons de me défendre,... d'ailleurs souvent ça passe mieux avec nous, ça tourne moins à l'affrontement..."

C'est un thème de réflexion qui n'est pas le centre de notre travail. Toutefois, ce qui nous semble intéressant dans cet échange (par interviewer interposé), c'est la thématique sécuritaire qui semble prévaloir, en particulier semble-t-il avant et à l'arrivée du patient dans le service. C'est pour des raisons sécuritaires que la connaissance du délit serait susceptible (et illusoire) de rassurer.

Quand le patient est là depuis quelques temps, les choses semblent se modifier. "...Quand on nous appelait en renfort, on était plus inquiet qu'avec "nos" patients... Souvent, je m'apercevais que les "nôtres" nous semblaient plus abordables. Mais quand on en discutait avec les collègues des autres unités, on s'apercevait que c'est parce que nous les connaissions un peu mieux¹..."

L'ambiance institutionnelle est tellement sensible aux questions de sécurité que lorsque nous orientons l'entretien sur les problèmes spécifiques liés à la prise en charge des patients venant de prison, ce sont tout de suite ces thèmes qui reviennent dans le discours. De fait cet infirmier nous parle alors de la question des interventions auxquelles il devait participer dans les autres unités de l'établissement en cas de difficultés avec un patient potentiellement violent. Cette stigmatisation détenu/ violence est d'autant plus flagrante dans ses propos qu'il dit lui-même que la connaissance, même peu importante, qu'il peut avoir des patients de son service (détenus ou pas) fait baisser l'appréhension qu'il peut ressentir à leur égard.

De fait, la détention pèse énormément. Elle a, concernant ces patients, une influence sur...

3.2.5) Leurs conditions d'hospitalisation

Dans les deux services, dès l'arrivée du patient/ détenu, il est placé systématiquement en chambre d'isolement.

¹ Depuis, dans cette institution, l'organisation des "renforts" a été modifiée. Nous l'aborderons plus loin.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Les soignants de la ville moyenne rationalisent ainsi cette position : *"...Il ne faut pas qu'il ait trop de bénéfices secondaires à être à l'hôpital par rapport à la prison..., et puis de toutes façons il est sous la responsabilité de la prison, il faut donc qu'il soit enfermé..."*.

Ils n'ont pas de renseignements précis sur ce que vivent les détenus en prison. Sont-ils enfermés en permanence ? Disposent-ils de possibilité d'aller et venir dans une enceinte close ? Leurs connaissances sur ces questions sont très floues. Ils n'en perçoivent uniquement que ce que peuvent leur en dire ces patients. Ce milieu de la détention est un monde qui leur est complètement étranger. Toutefois, ce qui est au cœur, finalement, du dispositif de prise en charge, c'est que ce temps d'hospitalisation doit être le plus court possible. Ce qui sous-entend la plupart du temps, aux dires des infirmiers interviewés, que d'emblée c'est le retour rapide en prison qui est envisagé.

Dans les deux services est soulevé un inconvénient majeur par rapport aux autres patients. *"...De fait on est obligé d'enfermer tout le monde pour un seul patient..."* Ce qui justifie d'autant plus la mise en chambre d'isolement systématique, pour pouvoir maintenir ouvert le reste de l'unité.

Le service de la ville moyenne est pourtant la plupart du temps toujours ouvert, même lorsqu'ils hospitalisent des patients sous contraintes. Formellement la responsabilité de l'établissement n'est pas moins engagée si un patient non détenu en hospitalisation d'office sort sans autorisation, que si cela se produit avec un détenu. L'appartenance de ce patient au monde pénitentiaire le rend "plus sensible".

Dans la grande ville, face aux événements de l'année précédente, l'institution a mis sur pied une équipe d'intervention particulière pour les renforts. C'est une entreprise privée spécialisée dans les interventions physiques qui assure cette fonction. Une première entreprise avait un temps assuré ce marché, remplacée assez rapidement par une seconde.

Cette péripétie n'aurait pas d'intérêt ici si elle n'avait pas été l'occasion d'une appropriation sémantique singulière par l'institution. En effet, la première entreprise nommait ses agents les "body guards"¹. Ce terme n'est officiellement plus utilisé ni par la seconde entreprise, ni sur les documents officiels de l'hôpital.

¹ "Gardes du corps" en anglais. C'est aussi un terme qui était apparu dans des titres de quelques films américains dont la sortie en France était contemporaine aux événements ayant conduit à la mise en place de cette organisation.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Toutefois, il est manifestement passé dans le langage courant des équipes. Nous le retrouvons même sous la forme raccourcie de "BG" dans les écrits infirmiers de l'unité. Et lorsque nous nous sommes entretenu avec l'équipe du SMPR de la maison d'arrêt, qui rappelle le dépend de l'hôpital où se trouve le service d'hospitalisation où nous "interventions", en parlant de son établissement de rattachement elle utilisait également ce terme.

Un autre vocable "*sécuritaire*" est utilisé dans cette institution. Lorsque le patient est autorisé à sortir de la chambre d'isolement pour fumer une cigarette, en présence des soignants, particulièrement masculins, et de l'équipe d'intervention systématiquement appelée réalablement, cette procédure est appelée dans le langage de l'établissement, une "soupape"¹.

Dans ce dispositif, le recours à la chambre d'isolement est évidemment là aussi systématiquement requis dès l'arrivée du patient. Mais cette fois-ci le patient y reste durant toute la durée de son hospitalisation. *Le service de la ville moyenne aménage, après un temps d'observation, des modalités plus "libérales" pour le patient. Ce qui n'est pas sans provoquer des débats internes dans l'équipe.*

Un infirmier du service de la grande ville comparant les périodes avant et après l'instauration de l'équipe des BG, nous dit : "... *Maintenant, c'est mieux, c'est plus clair. On ne va plus en chambre d'isolement sans les BG. Eux ils sont là pour le rapport de force, nous pour être soignants...* " Plus loin, il ajoute : "...*On est plus vu comme des gardiens mais comme des gens qui soignent...*"

A propos du patient/ détenu (*que nous avons pu rencontrer quelques temps plus tard, dans un autre service*), il nous déclare : "...*Au début, il a été un peu sthénique,... il s'est calmé lorsqu'il a vu les body-guards... Ensuite les choses se sont mieux passées, puis il a demandé son retour en prison...*"

Dans ce service, l'apaisement de l'anxiété des soignants s'est effectué, pour ce que nous pouvons en entendre dans nos entretiens, par une mise à distance du soin. La zone d'incertitude soulevée par les statuts différents que peuvent avoir aux yeux de ces patients

¹ *Ces mesures prises par cette institution peuvent apparaître excessives, et renforcer artificiellement une ambiance de tension bien éloignée du soin. Toutefois, il est des moments dans la vie d'une institution où des mesures, de toutes façons réversibles, peuvent être l'occasion de poser les questions de fond dans une ambiance un peu plus apaisée.*

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

les infirmier(e)s des unités d'hospitalisation et les surveillants, est levée. Certes, mais à travers ce que nous dit cet infirmier nous pouvons discerner que le patient ayant intégré cette mise à distance redemande alors à retourner en prison¹. *Cela dit l'objectif sous-jacent que le détenu ait le moins possible de bénéfices secondaires par rapport à la détention en étant hospitalisé est, on ne peut plus, atteint.*

Une autre infirmière de cette même unité, avec plus de vingt ans d'ancienneté, moins prise, manifestement dans ces enjeux (*masculins ?*) de rapports de force, avait sur cette situation un point de vue différent : *"...Au début j'avais peur, puis après c'est bien passé entre nous" "...Il n'en est jamais sorti (de la chambre d'isolement²)... Il faut quand même dire que c'est dur, il n'y a pas de table (pour que cela ne puisse pas être utilisé comme projectile), ils mangent sur le cache radiateur, c'est quand même bestial..."*

Nous retrouvons dans le *"entre nous"*, la marque de la réciprocité, signe de la relation soignante, également perçue dans le discours de sa collègue du service de la ville moyenne. Que cette infirmière dans cette même logique fasse preuve d'une certaine compassion n'est donc pas étonnant. Dégagée de son angoisse qui contribue à garder le patient à distance, elle s'explique facilement sa demande de retourner en prison : *"...En prison, il avait sa radio, sa télé, des sorties régulières. Ici, il n'avait rien de tout cela³..."*

Le rapport avec ce type de patients semble à priori plus serein dans le service de la ville moyenne. Nous y retrouvons toutefois certains thèmes récurrents.

Cette question du statut de soignant/ surveillant : *"...Quand, il était enfermé dans la chambre d'isolement, il criait « Infirmier ! ». C'était clair que c'était comme il criait « Surveillant ! » en prison !..."*, ou encore, *"...Nous on est des soignants, on n'a pas envie d'avoir le rôle de ceux qui enferment..."*

On y retrouve la zone d'incertitude qui rend plus délicate l'hospitalisation, mais qui semble s'accompagner de l'accès à la fonction soignante. A ce sujet une infirmière nous dit : *"...En cours d'hospitalisation, ils finissent par se rendre compte que c'est pas comme la prison, on est pas là pour sévir, on est là pour s'occuper d'eux, même s'ils ont du mal à faire la*

¹ Au moment de notre entretien, une telle analyse pouvait apparaître un peu rapide. Lorsque nous avons pu nous entretenir avec le patient, elle s'est pourtant vue confirmée. "J'étais plus libre en prison" (!), nous a-t-il déclaré.

² Hors mis pour les "soupapes", d'où leur nom.

³ Il pouvait également "cantiner", c'est à dire acheter et échanger des produits de consommation diverse. Ce terme pénitentiaire fait référence à la cantine, sorte de malle souvent métallique pouvant être fermée par un cadenas, que les détenus utilisent parfois pour ranger leurs effets personnels dans les cellules ne disposant pas de placards.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

différence... En fait, c'est vrai qu'on a un peu les deux rôles, celui qui enferme et celui qui soigne..."

La plus grande sérénité sur les conditions même de la prise en charge permet à une autre infirmière de pouvoir dire du patient/détenu (qui est finalement retourné en prison) "...C'était pas forcément la violence réellement physique qui était dure, ni même au bout d'un moment le sens des mots auxquels on finissait presque à s'habituer,... mais le ton !... Qu'est-ce qu'il était destructeur... Par moment on pouvait dire ce qu'on voulait, ça ne servait à rien c'est comme si on était transparent... Qu'est-ce que c'était dur !..."

Cette relativisation de la violence permet de mieux en percevoir ce qui pourrait être sa nature réelle. Dans ces unités, particulièrement comme nous l'avons vu dans la grande ville, il y a pu, et il peut toujours, y avoir de réelles situations de danger physique. Mais ce qui prédomine, c'est la perception des rapports à ces patients qui constitue en soi une violence ressentie comme telle par les soignants. Ces patients deviennent parfois inaccessibles, imperméables aux relations humaines un tant soit peu normalisées que les soignants de ces unités arrivent à nouer avec les psychotiques qu'ils prennent "habituellement" en charge. Ce que sont les soignants dans ce cadre institutionnel précis, leurs capacités à être en relation avec "leurs" patients "classiques" et leur souffrance, leur semblent inutiles à leurs propres yeux. Leurs pratiques relationnelles soignantes habituelles sont là inopérantes. Ils ont l'impression de devenir "transparents".

Et puis enfin se posent pour les deux équipes de soignants, les questions liées au fait que ce type de prise en charge est à l'intersection de la prison et de l'hôpital. Pour ces soignants, comme pour les surveillants, le SMPR joue là encore un rôle particulier. Même l'articulation des pratiques administratives des deux institutions pose des problèmes singuliers.

3.2.6) Soin et détention

Les modalités même de l'arrivée de ces patients venant de maison d'arrêt placent d'emblée les soignants dans une situation ambiguë où la question de leur statut relationnel à ces patients/ détenus (*surveillant ou soignant*) leur est directement posée.

Les deux codes légaux rentrant alors en ligne de compte, le code de procédure pénale et celui de santé publique, n'ont ni évidemment la même finalité, ni la même philosophie. L'un doit permettre à l'état d'assurer l'exercice de la répression, en l'occurrence permettre à l'administration pénitentiaire qui le représente de correctement assurer la responsabilité de la

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

détention. Le second, moins centré sur l'institution mais plus sur les individus, doit permettre à tous les citoyens d'être soignés au mieux sur l'ensemble du territoire.

Le transfert d'un détenu en hôpital psychiatrique est une procédure se trouvant alors à l'intersection de ces deux logiques complètement différentes établies par le législateur. Ainsi, théoriquement un détenu dès qu'il fait l'objet par le préfet d'une décision d'hospitalisation d'office se trouve alors sous la responsabilité de l'établissement où il va être hospitalisé¹.

Quand ses soins sont, au moins momentanément, finis et dès la décision préfectorale de "levée" de l'HO, il redevient sous la responsabilité exclusive de l'administration pénitentiaire. Ainsi pour l'hospitaliser, au moment où il se trouve la plupart du temps "en crise", le service va devoir aller le chercher à la prison, avec donc ses propres moyens hospitaliers, ambulance ordinaire et infirmier(e)s de l'unité. Et quand il va mieux, il est récupéré à l'hôpital par un fourgon cellulaire avec police et menottes² !

Outre cette première confrontation médico-légale renvoyant dès le début les soignants à une problématique qui se développera, nous l'avons vu, au contact même du patient, les difficultés à remplir leur mission dans cette situation se révèlent à travers leur façon d'appréhender le SMPR, service de soin dépendant de leur propre établissement.

Dans la plus grande ville, dans cette période institutionnelle particulière, nous avons perçu dans le discours d'une partie des soignants une sorte d'alliance de fait avec les surveillants, à travers la question de la sécurité, et ce, d'une certaine façon contre leurs collègues du SMPR. Ce, alors même que les contacts entre les uns et les autres étaient très limités.

"...A l'occasion du transfert de la prison de M... (le patient/ détenu), les surveillants nous ont dit que les infirmiers du SMPR ne voulaient pas qu'on fouille les patients car ça les traumatisaient...Vraiment je ne comprends pas ce type de positions..."

Les infirmier(e)s du SMPR qui nous ont eux-même parlé de ce genre de différends avec leurs collègues de l'hôpital, expliquaient leur position à ce sujet en des termes évidemment bien plus nuancés que cela.

Mais au-delà de cette possible polémique, ce qui nous semble remarquable c'est, d'une part, que quel que soit le statut des opérateurs confrontés à ces détenus/ patients, le sentiment de

¹ Voir dans la première partie, sur le cadre réglementaire, le paragraphe 4.3., p. 25, traitant de l'article D 398 du code de procédure pénale. Voir également l'Annexe, "Quelques textes", en fin de document.

² Dans les deux villes ce problème a introduit des débats difficiles entre les deux administrations qui ont pu mettre sur pied des modalités manifestement pas toujours très simples à mettre en œuvre, du fait des contradictions légales entre les deux codes.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

danger potentiel donne la prédominance aux réflexes sécuritaires avant la différenciation nécessaire aux missions de chacun.

D'autre part le SMPR, comme nous l'avons vu, peut apparaître en cas de conflit au sein de la prison, comme s'opposant au bon fonctionnement de l'institution pénitentiaire.

Dans le même temps à l'hôpital la position des soignants du SMPR, est semble-t-il vécue défavorablement du fait même de leur appartenance hospitalière. A ce titre ils devraient être les mieux placés, aux yeux des équipes de l'hôpital, pour comprendre leurs difficultés. Comme si, peut-être, cette unité trahissait la "défense" légitime des soignants hospitaliers face aux velléités de la prison à se débarrasser trop rapidement d'un détenu encombrant.

Dans le service de la ville moyenne, pourtant en situation institutionnelle plus calme, le cadre nous déclare à propos du SMPR : *"... Pourtant j'en connais au moins un personnellement avec qui j'ai travaillé, c'est un vrai pro... Je ne comprends pas les positions qu'ils prennent parfois... S'ils ne peuvent pas assurer les soins au SMPR parce-qu'il (le patient/ détenu) est trop violent, c'est pas nous qui allons pouvoir les assurer !"*

Suivent d'autres remarques où les incompréhensions semblent importantes, ce tant sur le plan organisationnel que sur le strict plan des soins. Est soulevée la question de l'absence de fiche de liaison, de l'importance parfois du nombre d'effets personnels accompagnant le détenu lors de son hospitalisation (*et ce, sans inventaire*), signe pour l'équipe hospitalière que la prison semble "se débarrasser" du détenu/ patient, et qu'il vient donc pour longtemps.

Nous revoyons surgir dans ces dernières remarques les contradictions entre la détention, qui constitue de fait un domicile pour le détenu, et le soin, dont une des modalités en l'occurrence utilisée est la chambre d'isolement. En prison, particulièrement en cellule ordinaire les effets personnels ne sont pas systématiquement fouillés et inventoriés. A l'hôpital, pour des raisons de sécurité pour le patient et le personnel soignant, tous les effets personnels qui sont introduits en chambre d'isolement font l'objet d'un strict inventaire, voire d'une interdiction et/ou d'une confiscation. Dans ce cas de figure, la pratique institutionnelle est plus sécuritaire à l'hôpital qu'en prison.

Ce retour via le SMPR vers les surveillants de l'administration pénitentiaire nous invite à présent, après avoir abordé les discours de chacun de ces deux groupes d'opérateurs, surveillants et infirmier(e)s, d'en tenter une ...

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

3.3) Analyse "croisée"

Tout d'abord, pour nous, la vraie surprise de cette recherche se situe sur ce que nous avons entendu et compris sur...

3.3.1) Les missions

Pour confronter les résultats de notre enquête avec la première de nos hypothèses, celle concernant la déstabilisation, par ces patients particuliers, des deux groupes d'opérateurs, les surveillants et les infirmier(e)s par la remise en cause des fondements de leur action, il convenait de passer donc par les missions de chacun d'entre eux.

Nous reviendrons plus particulièrement sur le fond de cette hypothèse qui nous paraît vérifiée. La vraie surprise n'est pas dans le parallèle de la déstabilisation des deux groupes d'opérateurs, celui de l'hôpital et celui de la prison, mais dans celui que nous pouvons faire entre leurs missions respectives. Leurs natures sont bien-sûr différentes, mais certains des ressorts humains qui les fondent sont bien plus proches que nous ne l'imaginons.

Le "sur-veiller", revendiqué par certains en "veiller-sur", qui donnent le sentiment à des surveillants que nous avons rencontré, de devoir apporter une certaine protection aux détenus, n'est pas si éloigné que cela de ce qui fonde la responsabilité soignante à l'égard des patients, singulièrement lorsqu'ils sont hospitalisés.

N'est-ce pas même remarquablement plus difficile d'avoir ce type de préoccupation dans une institution dont le rôle, certes de plus en plus controversé, est de principalement réprimer par la détention ?

Comme nous le disions, ne tombons pas dans un angélisme béat. Toutefois, nous avons cru retrouver, en rencontrant certains de ces surveillants, les réminiscences de débats parfois vifs qui traversaient les équipes de psychiatrie de l'asile où nous avons débuté notre carrière. Toute évolution d'une institution si lourde soit-elle, ne passe pas uniquement par de profondes modifications institutionnelles, sans doute nécessaires. Elle passe également par une modification du regard de ses acteurs "de terrain" sur leurs propres pratiques.

La pratique des surveillants cherchant à être en relation avec les détenus, même si elle est en partie fondée par la recherche d'une plus grande efficacité de leur mission de sur-veiller, n'est pas fondamentalement si éloignée que cela de la pratique de l'écoute soignante. L'une certes vise à contenir, l'autre espère contribuer à soigner, mais toutes deux placent l'opérateur en situation de disponibilité à l'autre. C'est une racine commune.

Quand les infirmier(e)s du service de la grande ville, du fait probablement du nombre de patients, de la ritualisation des pratiques qui les éloignent de la souffrance de la crise

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

(psychique), probablement également du fait de la tension liée aux événements institutionnels difficiles, perçoivent leur activité comme ayant particulièrement pour finalité de "gérer la crise" (*dont nous ne sommes pas sûr qu'il ne s'agisse pas également de la crise institutionnelle à côté de celle du patient*), dans ce cas là, leur positionnement d'acteurs à l'égard de leur mission les rapproche de celui des surveillants que nous avons interviewés.

Il y aurait probablement d'autres parallèles possibles, comme, par exemple, le réflexe sécuritaire qui pousse des surveillants à vouloir connaître en prison la pathologie du détenu/ patient et pousse des infirmier(e)s à vouloir connaître à l'hôpital le délit du patient/ détenu.

Nous pouvons remarquer que le lien entre le souci de "gérer la détention" des surveillants et celui de "gérer la crise" des infirmiers, est le reflet des phénomènes de massification que peuvent connaître certaines grandes institutions devant prendre en charge un nombre trop important de personnes, aux profils très probablement trop différents pour en avoir une approche vraiment individualisée.

Nous avons tendance à penser que cela constitue un frein, en détention, à la qualité des missions des surveillants précédemment relevées, celle de sur-veiller et celle d'être en relation. Pour ce qui est de la psychiatrie, c'est pour nous une certitude. Il ne peut y avoir réellement soin que s'il y a une prise en charge individuelle, appropriée spécifiquement à la personne en souffrance, même si bien des prises en charge ont des profils communs.

Lorsque parfois les équipes, en l'occurrence d'unités d'hospitalisation en psychiatrie, sont prises dans des enjeux qui les éloignent de la problématique propre à l'individu en souffrance, elles s'éloignent du soin. Elles s'éloignent de ce que cette infirmière de nuit de la ville moyenne caractérisait de "son vrai travail" (*qui laissait sous-entendre que d'autres tâches rentraient probablement dans l'exercice concret de son travail, sans faire à proprement partie du noyau de ses missions*).

Cela nous conduit à examiner ce qui serait, dans la prise en charge de certains de ces patients/ détenus, une opposition aux fondements de leur action, à leurs missions fondamentales. Cela nous amène donc à confronter ces résultats au fond de notre première hypothèse...

3.3.2) Déstabilisation des opérateurs

Rappelons cette première hypothèse : *...nous pensons pouvoir faire l'hypothèse que ce qui déstabilise ces opérateurs sociaux, de la psychiatrie et de la pénitentiaire, c'est que ces*

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

patients/détenus remettent, de fait, en cause les fondements même de leur action professionnelle respective.

Nous avons en émettant cette hypothèse ainsi passé rapidement sur une définition plus précise du profil de ces personnes. Ou plus exactement nous avons d'emblée posé que leur caractéristique principale, celle qui pouvait les rassembler en un problème particulier, était le fait de leur double "prise en charge".

Nous avons bien-sûr pris soin d'effectuer un approfondissement un peu plus théorique de la notion de psychopathie. Car sur la base de notre expérience, dont l'avant-propos était une illustration, c'est ce type de personnalité qui, sur l'ensemble des patients venant de prison, pose le plus de problèmes aux services de psychiatrie.

Notre enquête révèle en fait un phénomène que là non plus nous ne nous attendions pas à trouver : En prison, dans le discours des opérateurs que nous avons rencontré, et particulièrement dans ceux de la ville moyenne, nous y avons trouvé une distinction basée manifestement sur l'observation et l'expérience.

Ils ont identifié deux types de population qui à leurs yeux renvoyaient toutes deux à l'interpellation de la psychiatrie, en l'occurrence du SMPR, mais de façon différente.

D'une part des jeunes, comme ils en ont de plus en plus, qui semblent pousser beaucoup plus loin que les autres jeunes détenus, la provocation, la violence agressive et hétéro agressive, les passages à l'acte les plus spectaculaires, avec une impossibilité à entendre les moindres règles, à supporter les moindres frustrations. Et à propos desquels ils disent qu'ils ne sont pas sûrs que l'appel à la psychiatrie soit vraiment justifié (*ceux que nous avons identifiés comme étant des psychopathes*).

D'autre part, un second type de population, dont les problèmes qu'ils posent sont de nature sensiblement différente. A savoir qu'ils les sentent dans de telles souffrances, que c'est moins leur violence qui les inquiètent (*même s'ils peuvent y avoir recours*), qu'à la fois l'étrangeté de leur comportement, la pré-science de leur "folie", et le risque vital qui semble alors manifestement souvent en jeu (*ceux que nous avons nommés, avec une généralisation sans doute un peu simplificatrice, des psychotiques*).

Si les surveillants font appel dans les deux cas à la psychiatrie, via le SMPR, c'est parce que la pression sur leur responsabilité est considérable devant entre autre le niveau impressionnant de suicides de détenus en France. Ils ne sont pourtant pas complètement

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

convaincus de la légitimité "médicale", "soignante" (*dont ils se font alors les premiers observateurs, voire les premiers évaluateurs*), de cet appel pour les psychopathes.

Ils n'arrivent plus, avec ces deux groupes de personnes, à assurer leur mission. Veiller sur eux devient impossible. Rentrer en relation avec eux leur semble hors de portée, tant les uns ne respectent rien, ni personne, pas même eux-même, et tant les autres semblent baigner dans un univers face auquel les surveillants se sentent incompetents et démunis. Les uns et les autres sont hors de portée de tous les codes relationnels classiques que peuvent utiliser les surveillants.

Nous assistons bien là à une déstabilisation des opérateurs que sont les surveillants par le fait même que le cœur de leurs missions et de leurs compétences est alors mis à mal.

Pour la psychiatrie les choses sont manifestement plus mêlées. Le phénomène de la violence ou plus précisément, et encore plus que la violence "réelle" parfois présente, l'idée que ces opérateurs s'en font, les placent en situation potentielle de distance des patients qu'ils ont la mission d'accueillir, d'écouter, de soigner. La stigmatisation de la prison fonctionne comme un paravent qui manifestement parfois les empêche de pouvoir rentrer correctement en communication avec eux.

Le phénomène est accentué par les incohérences induites par les contradictions entre les différentes philosophies du droit appliqué au soin et à la détention. Plus exactement les contradictions entre ces deux organisations institutionnelles, l'une faite pour punir, l'autre pour soigner, lorsqu'elles sont évacuées de la prison vers la psychiatrie place cette dernière dans une position quasiment impossible à tenir.

En prison, pour ceux que nous avons nommé les psychotiques, les surveillants font l'expérience de l'inefficacité de les punir, de l'impossibilité de donner du sens à leur détention. L'articulation entre les deux institutions, dans le cadre de l'état actuel du droit en la matière, constitue un système qui met la psychiatrie en devoir de soigner (*ce qu'au demeurant elle sait faire*), mais en lui transférant implicitement l'obligation concomitante de punir. Ce, alors même, que la prison, dont c'est la mission, a constaté son impossibilité à pouvoir la mener à bien.

N'est-ce pas le débat de fond de la finalité de la prison, de l'utilisation de l'enfermement comme unique moyen de sanction, qui est posé à travers cette situation si particulière, et d'une

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

certaine façon si extrême, et qui se trouve déplacé de l'univers pénitentiaire vers la psychiatrie ?

Ce qui est remarquable dans notre enquête, c'est que l'hôpital de la ville la plus grande, en gérant probablement au mieux une situation traumatisante, est selon nous tombé dans le piège de remplir cette mission (*non-explicite du système en vigueur*) avec tous les attributs qui de façon fantasmagique sont associés à l'univers carcéral : "prestance musclée", enfermement, ...

Pour clore sur cet élément, ajoutons, que lorsque nous avons discuté à distance de cette prise en charge avec l'équipe de cette institution, et lorsque nous avons rencontré le patient/détenu concerné, nous avons constaté qu'il n'était pas un psychopathe, mais bel et bien un psychotique. Il avait, sans l'ombre d'un doute, besoin de soins psychiatriques "classiques". Dans le contexte de cette organisation institutionnelle l'équipe fût de fait dans l'impossibilité de le soigner ou du moins dans l'incapacité d'établir cette réciprocité des rapports humains qui fonde la relation soignante. C'est de lui-même qu'il a demandé de retourner en prison. La mise à distance de la relation individuelle soignante de ce fonctionnement était encore plus en inadéquation avec son état, que celui de la prison¹.

Certes, l'équipe de soin de la ville moyenne ne se trouve pas dans les mêmes difficultés institutionnelles. Toutefois, de façon moins flagrante, nous pouvons observer combien les ressorts qui fondent leur action auprès des patients en général, sont "grippés" lorsqu'ils doivent prendre en charge ces patients-ci.

Le patient hospitalisé dans leur unité, et que nous avons rencontré au SMPR de la maison d'arrêt, correspond au profil du psychopathe.

Sa violence physique, mais surtout verbale, l'absence apparente du moindre scrupule à tromper, sadiser, utiliser la moindre des opportunités pour trafiquer, voler ou profiter de la moindre faiblesse d'un patient ou de l'institution, ont rendu ses hospitalisations infernales, pour les autres patients, et pour l'équipe. Son apparente inaffectivité, l'absence de troubles délirants, le doute manifeste que ressentaient les soignants sur l'éventualité même de sa souffrance, les ont empêchés de pouvoir établir un réel contact soignant avec lui.

¹ Notons qu'après un bref retour en prison, il a de nouveau été hospitalisé dans un autre service, là où nous avons pu le rencontrer.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Ce qui semble avoir été bénéfique pour lui, c'est que son passage dans cette unité lui a permis de faire une pause dans sa détention. Notre rencontre avec lui au SMPR nous a convaincu que c'était vraisemblablement à peu près tout ce qu'a pu lui apporter cette hospitalisation. Cela dit, ce n'est d'ailleurs peut-être déjà pas si mal !

Au total, notre hypothèse de la déstabilisation des équipes par le fait même de l'impossibilité à mettre en œuvre les missions que les opérateurs s'accordent à remplir, nous semble confirmée. Toutefois, comme nous l'avons vu, ce qui est à l'origine de cette déstabilisation est tout autant ces patients que la façon dont les deux institutions, leur articulation entre elles, fonctionnent autour de leur prise en charge.

C'est bien l'émergence d'un système, dans lequel certes ces patients eux-même jouent un grand rôle, qui confine dans ces situations si singulières à déstabiliser ces équipes de la pénitentiaire et du soin.

Cela nous amène à examiner la pertinence de notre seconde hypothèse qui a trait à ce qui serait dans cette relation complexe entre ces détenus/ patients et "nos" opérateurs non-spécialistes...

3.3.3) Un phénomène de "boule de neige" ?

Rappelons cette seconde hypothèse : *Phénomène qui serait à relier, dans un processus de "boule de neige", à la conviction des professionnels que le patient/ détenu n'aurait rien à faire dans l'institution où il est "pris en charge", sentiment générateur d'une mise à distance, voire d'une forme d'exclusion de l'individu, elle-même induisant un renforcement des phénomènes de violence.*

N'ayant pas d'emblée repéré certaines réalités de la complexité de cette situation, nous avons projeté sur ce phénomène ce que sont les relations institutionnelles classiques au sein des services de psychiatrie.

En effet, dans un milieu où le fonctionnement systémique est si prégnant, où les acteurs sont dans une telle interdépendance les uns des autres, l'auto-alimentation d'un processus conflictuel, voire potentiellement de violence, est relativement classique.

Mais après avoir pu rentrer un peu plus dans le détail de cette réalité de l'articulation entre la prison et les unités de psychiatrie, au travers de la prise en charge commune de patients/ détenus, nous sommes bien plus circonspects.

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

Tout d'abord l'émergence d'une telle hypothèse s'appuyait sur une vision simpliste de l'organisation entre la prison et l'hôpital. Nous n'avions pas saisi initialement le rôle particulier "joué" par le SMPR. Ce service "condamné" à être dans la position de l'exutoire institutionnel, semble-t-il pour ce que nous avons pu en comprendre, concomitamment pour les deux institutions, se trouve situé en interface, leur évitant par la-même une confrontation directe.

Ainsi, en prison, nous ne pouvons pas dire que la déstabilisation des surveillants s'associe d'emblée à l'émergence systématique à propos de ces détenus de la certitude qu'ils "n'ont rien à faire là" (*dans l'enceinte de la prison*). Cela provoque, il est vrai nous l'avons vu, une demande pressante, voir des récriminations et/ ou un conflit potentiel avec le SMPR.

Cela s'associe-t-il, par ailleurs, à une mise à distance plus importante du détenu, voire à une forme d'exclusion ?

Non. Si le détenu est repéré par les surveillants comme étant en souffrance manifeste, leur inquiétude les pousse au contraire, à venir le voir encore plus souvent. Certes, ils abandonnent peut-être l'idée d'entretenir avec lui des relations exactement de même nature que celles qu'ils entretiennent avec d'autres pour garder "le contact" si utile pour eux à l'exercice de leurs missions. Mais dans cette organisation où les tâches sont très ritualisées et systématiques, pour faire face au nombre important de détenus sous la responsabilité des surveillants, parler de mise à distance est inadapté. De plus nous avons rencontré dans l'ensemble, une vraie disponibilité inquiète, voire compassionnelle de certains de nos interlocuteurs, à l'égard de ce type de détenus.

Que les surveillants soient convaincus, une partie d'entre eux en tous cas, que ces détenus-ci ne devraient pas être en prison, oui. Qu'ils se méfient, inquiétés qu'ils sont par l'étrangeté de leur comportement, de leurs réactions dans un réflexe de vigilance sécuritaire, probablement. Que nous soyons là face à un phénomène d'exclusion, certes non.

Pour ce qui est des psychopathes, là aussi cette hypothèse ne tient pas avec les surveillants. Pour eux encore la référence au SMPR fait office d'objet exutoire. Ce, d'autant plus si, comme dans la maison d'arrêt de la grande ville, la question du trafic potentiel prend des proportions dépassant ce que manifestement le fonctionnement habituel arrive tout de même à intégrer¹.

¹ Pour ne pas dire plus (voir dans la seconde partie, l'analyse du contenu des entretiens avec les surveillants, chapitre 3.1.6., p. 49, la "Place du SMPR")

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

La question avec les psychopathes c'est que ces détenus sont en apparence complètement inaccessibles à tout mode relationnel habituel. Ils sont manifestement imperméables, en tous cas dans ces contextes de groupe, à un lien relationnel un tant soit peu réciproque.

Que les rapports soient plus "conviviaux" ou plus tendus, cela ne modifie pas fondamentalement leur fonctionnement avec l'environnement. Difficile dans ces conditions d'avaliser l'hypothèse d'un phénomène de boule de neige, mise à distance → exclusion → violence. Cette mise à distance sur le plan relationnel existe très probablement, mais elle ne constitue pas un facteur manifeste d'aggravation de la violence. La violence du psychopathe réagit peu à ce genre de phénomène inter-personnel.

Enfin, les surveillants sont, comme nous l'avons vu, manifestement complètement dépassés par moment par ce genre de détenus. Mais, à froid, ils disent leur grand scepticisme à trouver la psychiatrie opérante dans ce cas. L'idée que cette "autre" institution (*comme nous l'évoquions dans notre introduction*), en l'occurrence la psychiatrie "classique", serait mieux adaptée pour ce type de détenus-ci, globalement, ne semble pas leur venir à l'esprit. Ce, d'autant qu'ils voient la psychiatrie, dont le SMPR est leur contact immédiat, comme une priorité plutôt pour les détenus qu'ils perçoivent comme souffrant "réellement".

Pour ce qui est des équipes de psychiatrie des unités d'hospitalisation, nous sommes, là également, très nuancé sur la pertinence de cette seconde hypothèse.

Dans le service de la ville moyenne, le psychopathe qu'était le patient/ détenu qui nous avait servi de "fil rouge", a posé beaucoup plus de difficultés que d'autres patients que les soignants nous déclaraient avoir reçus de la prison et dont les besoins de soins psychiatriques étaient criants et beaucoup plus dans les possibilités de cette unité.

Là comme en prison, le psychopathe passe, dispose des bénéfices secondaires qu'il peut, au maximum, tirer de la situation et repart vers d'autres institutions ou d'autres situations dans lesquelles son comportement qui maintient tout le monde à distance l'aura conduit. Pas plus qu'en prison le comportement des équipes ne semble pouvoir l'atteindre. Il ne peut y avoir donc de phénomène d'amplification réactionnelle à la distance, voire l'exclusion, dont les soignants seraient les responsables.

Pour autant si la mise à l'écart ne constitue pas un engrenage à la violence, il est manifeste qu'elle existe réellement. Elle ne se concrétise pas nécessairement par un recul relationnel. On peut même dire que la mobilisation de l'ensemble de l'équipe autour du psychopathe est un phénomène très classique accompagnant sa présence dans un service. Il monopolise toute l'attention de l'équipe tant il la bouscule et remet complètement en cause l'équilibre

Seconde partie : "La recherche, méthodologie et enquête"

institutionnel. Mais ce type de "mobilisation" prend un caractère tellement défensif qu'il est très difficile qu'elle soit propice au soin.

Pour les patients/ détenus "psychotiques", nous l'avons vu dans notre enquête, tout dépend de la façon dont la violence face au fonctionnement de l'institution et donc en particulier de l'équipe, fait ou pas écran à ses capacités à "accueillir" réellement le patient.

Sur les deux patients nous ayant servi de fil rouge, seul celui de la grande ville, était dans ce cas. Nous avons vu combien le fonctionnement institutionnel maintenait, selon nous, tous les patients à distance, dès l'instant qu'ils venaient de prison, qu'ils soient ou pas psychotiques.

Pas de phénomène de boule de neige, mais cela revient toutefois à clairement identifier que ce mode d'indifférenciation de la prise en charge, uniquement établie en fonction de la provenance du patient, en l'occurrence la prison, et non de son état psychique, de son histoire individuelle, constitue en fait, que cette institution ait pu ou non faire autrement, une réelle exclusion du soin.

Conclusion partielle

Nous avons dans cette seconde partie, **La recherche, méthodologie et enquête**, présenté notre travail d'investigation que nous avons conduit sur les terrains de deux maisons d'arrêt, et deux unités d'hospitalisation, autour de la prise en charge commune entre psychiatrie et prison de deux patients nous ayant servi, en quelque sorte, de "fil rouge".

Nous n'avons pas confirmé toutes nos hypothèses. Toutefois, parti de la prise en compte du phénomène spécifique de la violence lié à la prise en charge de certains patients venant de la prison, nous avons pu clairement identifier que le système actuel en vigueur pouvait conduire, si nous n'y prêtons garde, à un phénomène d'exclusion.

Cette enquête nous apporte des enseignements. Elle nous invite également à tenter d'imaginer des propositions opérationnelles à plus ou moins long terme, si d'aventure l'institution dans laquelle nous serions directeur des soins était confrontée à ce type de situation.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

CONTEXTE ORGANISATIONNEL

Texte 3

Lepage, M.
(2012)

***Les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux
au cœur de la psychiatrie légale : expertise et traitement spécialisé***

Colloque interétablissements en psychiatrie et santé mentale,
Institut Philippe-Pinel, Montréal.

Les jeunes adultes souffrant de troubles mentaux au cœur de la psychiatrie légale: expertise et traitement spécialisé

Colloque interétablissements
en psychiatrie et santé mentale
29-30 mars 2012



Marion Lepage, B.C.L., M.Ps.
Chef du Service de psychologie
Institut Philippe-Pinel de Montréal



Psychiatrie et violence... Hôpital ou prison?



Clinique sécuritaire ou
sécurité clinique?

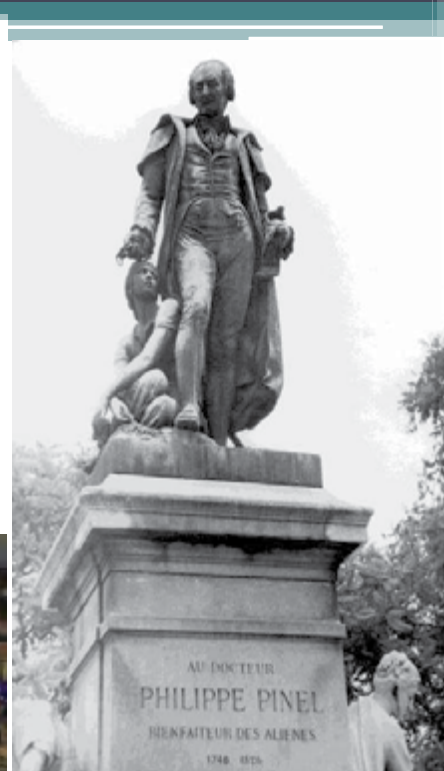


IPPM partenaire du réseau québécois de la santé mentale

- Hôpital national
- Hôpital psychiatrique sécuritaire affilié à l'UdeM
- Hôpital psychiatrique surspécialisé de psychiatrie légale (3^{ième} ligne)

Bref historique

- Dr Philippe Pinel (1745-1826) fut reconnu pour son dévouement au développement de la psychiatrie
- Sensible aux méthodes thérapeutiques brutales auxquelles étaient soumis les patients
- Réformes pour instaurer méthodes thérapeutiques plus humaines visant à libérer les patients de leurs « chaînes »
- 1927 Asile des détenus aliénés violents à la prison de Bordeaux (Mtl)
- 1963 Hôpital psychiatrique à sécurité maximale
- 1970 IPPM



Troubles sévères et persistants, troubles concomitants

- Problématique de violence, comorbidité
- Troubles mentaux (schizophrénie, trouble délirant, trouble schizo-affectif)
- Troubles de l'humeur (troubles bipolaires, dépression majeure)
- Troubles anxieux (TOC, PTSD)
- Troubles graves de la personnalité (groupes A & B, psychopathie)
- Toxicomanie
- Retard mental, limites cognitives
- Troubles neurologiques et neuropsychologiques
- Vieillesse et démence

Nombre de patients par tranche d'âge et par secteur

	Hospitalisation 2010-2011		Services externes 2010-2011		Consultation ambulatoire 2010-2011	
	N	%	N	%	N	%
< 18 ans	27	4.5	426	32.2	-	-
18 à 30 ans	192	32.2	184	13.9	95	34.9
Sous-total	219	36.7	610	46.1	95	34.9
> 30 ans	378	63.3	712	53.9	177	65.1
Total	597	-	1322	-	272	-

IPPM, Services des archives (1^{er} avril 2010-31 mars 2011)

Nombre de patients par tranche d'âge et par Dx toxicomanie

	Hospitalisation 2010-2011				Services externes 2010-2011	
	Tout programme		Programme des adolescents		Clinique Réseau jeunesse + Adolescents agresseurs sexuels	
	N	%	N	%	N	%
< 18 ans	-	-	13/27	48	93/426	22
18 à 30 ans	111/192	58	-	-	71/184	38
Sous-total	219				610	

IPPM, Service des archives (1^{er} avril 2010-31 mars 2011)

Provenance des patients

Tribunal (volet expertise)

- Expertise d'aptitude à comparaître
- Expertise de responsabilité criminelle
- Expertise en contexte présentenciel
- Expertise DD/DC

Provenance des patients

- Tribunal administratif du Québec (volet traitement)
 - Commission d'examen des troubles mentaux
 - Déclaré non criminellement responsable pour cause de troubles mentaux
 - OCE (ordonnance de la CETM)
- 2e ligne (autres hôpitaux, contrats de service)
- Sans charge ni OCE (cure libre)
- Service correctionnel canadien
 - Femmes ayant une sentence fédérale (Canada)
 - Délinquants sexuels adultes
- Statuts légaux différents (fédéral et provincial)

Adolescents

- Programme des adolescents (garçons, 13 ans+)
- Tribunal de la jeunesse, Centres jeunesse, autres hôpitaux,
- Loi sur la protection de la jeunesse, LSJPA, TAQ
- Problématique de violence (TDAH, trouble oppositionnel, trouble des conduites, impulsivité, agressivité, trait de personnalité pathologique, trouble affectif et psychotique, toxicomanie, retard mental, pédophilie)
- Milieuthérapie
- Expertise, évaluation, traitement
- Équipe multi



Adolescents

➤ Clinique réseau-jeunesse (Services externes)

- Adolescents 12-18 ans (Garçons et filles)
- Tribunal de la jeunesse, professionnels des centres jeunesse, omnipraticiens, pédiatres, pédopsychiatres
- Problématique d'agressivité, d'impulsivité, trouble des conduites, toxicomanie
- Expertise, évaluation, consultation, intervention
- Équipe multi



Adolescents

➤ Programme des adolescents auteurs d'agressions sexuelles (Services externes)

- Tribunal de la jeunesse, professionnels des centres jeunesse, omnipraticiens, pédiatres, pédopsychiatres
- 12-18 ans (garçons et filles), problématique de déviance sexuelle, ayant commis abus sexuel ou autre paraphilie, phantasmatique sexuelle déviante
- Consultation (équipe traitante), évaluation, traitement individuel, groupe, familial, pharmacothérapie
- Traitement spécialisé
- Équipe multi





Programmes de réadaptation et traitement

- 6 unités
- 4 unités (hommes) et 2 mixtes
- Troubles sévères et persistants, comorbidité
- Développement de compétences adaptatives
- Traitement spécialisé, milieuthérapie
- Traitement des troubles cognitifs, toxicomanie
- Équipe multi



Programme délits intrafamiliaux

- 1 unité (hommes)
- Violence dans la famille (parricide, filicide, tentative de meurtre, voie de fait) dans un contexte habituellement psychotique
- Troubles mentaux sévères et persistants, comorbidité
- Évaluation, traitement spécialisé et milieuthérapie, toxicomanie
- Équipe multi



Programme des agresseurs sexuels (interne, Services externes)

- Patients en provenance d'établissements fédéraux (SCC)
- Évaluation et traitement d'intensité élevée (12-15 mois), plusieurs modalités, milieuthérapie
- Paraphilie, trouble de personnalité, toxicomanie (agressions sexuelles graves enfants, adultes, récidivistes, DD/DC)
- Services externes (clientèle judiciairisée, parfois volontaire ou sous conditions, ayant commis un délit sexuel, paraphilie)
- Traitement spécialisé, consultation, équipe multi




Programmes d'admission- réadmission-expertise

- Admission-réadmission (2 unités, soins intensifs, 1-3 mois)
- Expertise et traitement très courte durée (2 unités, quelques semaines)
- Expertise (maladie psychiatrique, psychopathologie, comorbidité, évaluation du risque de violence, répondre aux questions légales)
- Psychiatre, psychologue, neuropsychologue, criminologue, équipe multi
- Évaluation des DD/DC (établissement de détention RDP) évaluation ultraspécialisée sur le niveau de risque, psychopathologie, traitement, mesures d'encadrement et de surveillance



Femmes ayant une sentence fédérale


- En provenance des pénitenciers fédéraux (Service correctionnel canadien)
 - Base volontaire
 - 12 patientes (anglophones, francophones)
 - Trouble grave de personnalité, comorbidité, problématique suicidaire
 - Délits de violence contre la personne
 - Évaluation, stabilisation, traitement intensif (12-15 mois)
 - Traitement spécialisé (thérapie comportementale dialectique), milieuthérapie, toxicomanie
 - Équipe multi
- 

Programme de transition

- 21 patients (unité mixte)
- Proviennent des autres unités lorsque cheminement suffisant (stabilisation, autocritique, adhésion au traitement, risque de rechute)
- En voie de réinsertion (activités extérieures)
- Milieuthérapie, toxicomanie
- Équipe multi



Services externes

- Programmes en psychiatrie adulte
(Transition-réadaptation, Réseau)
 - Patients de l'IPPM en réinsertion, ressources
 - Réseau (contrat externe avec hôpitaux, probation, support à la 2^{ième} ligne)
 - Expertise de responsabilité criminelle et expertise en contexte présentenciel
 - Suivi spécialisé individuel ou de groupe
 - Équipe multi
- 

Services externes

- Programme des délinquants sexuels adultes
- Programme des adolescents agresseurs sexuels
- Programme d'urgence psychosociale (UPS) et Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale (PAJ-SM)



Services psychiatriques ambulatoires

- CERV (clinique d'évaluation du risque de violence, visio-conférence)
- Consultation psychiatrique aux établissements de détention provinciale
 - Centre de détention RDP
 - Centre de détention Tanguay (maison Tanguay)
 - Centre de détention de Montréal (prison Bordeaux)



Services cliniques

- Interne (15 unités)
- Services externes (3 secteurs)
- Département de psychiatrie (28)
- Service de psychologie/neuropsychologie (18)
- Service de criminologie (22)
- Département de pharmacie (5-6)
- Médecine interne (1)
- Médecine générale (2)
- Neurologue consultant (1)
- Dentiste (1)
- Corridor de services HMR (soins physiques)



Services cliniques

- Nursing
- Éducation spécialisée
- Pastorale (différentes croyances religieuses)
- Radiologie
- Nutrition
- Service spécialisé au développement de la personne SSDP (orthopédagogie, ergothérapie, psycho-éducation, art-thérapie, zoothérapie, éducation physique, musicothérapie, chorale, café-rencontre, menuiserie, horticulture, théâtre)
- Service soutien à l'intégration sociale SIS



Centre de recherche

- Troubles mentaux graves et violence, troubles sévères de personnalité, impulsivité, neurosciences
- Centre Fernand-Séguin (HLHL, HRDP, IPPM)
- Chercheurs, statisticiens

Conclusion

- Clientèle résistante aux modalités thérapeutiques habituelles (pharmaco, autres traitements)
- Attention particulière aux adolescents et aux jeunes adultes 18-30 ans
- Complexité diagnostique et thérapeutique (troubles mentaux/troubles de personnalité/toxicomanie/violence)
- Encadrement légal et hospitalier approprié
- Évaluation multidisciplinaire en profondeur
- Psychométrie, instruments spécialisés d'évaluation du risque de violence (violence générale, sexuelle), facteurs de protection



Merci

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

INTERVENTION

Texte 4

Bottéro, A.
(2007)

Patients difficiles : la leçon des échecs

Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, 30, 13-15.

Patients difficiles : la leçon des échecs

Alain Bottéro

Nos confrères anglais montrent plus de sens pratique que nous. Plutôt que de disserter interminablement sur les raisons qui font que certains patients atteints de troubles psychotiques sont, plus que les autres, "non-compliants", que leurs soins régulièrement se voient mis en échec, ils ont mis sur pied des équipes spécialisées qui se consacrent entièrement aux cas les plus difficiles à faire participer à un programme thérapeutique. *Assertive outreach teams*, appelle-t-on ces équipes dans le langage "managérial" qui sévit actuellement outre-Manche. *Assertive outreach team*, cela pourrait se traduire à peu près par "équipe chargée de ceux qui échappent", *i.e.* des patients les plus récalcitrants. Il est significatif que le pays qui a inventé l'*habeas corpus* se préoccupe de trouver un moyen de dispenser des soins à ses citoyens qui s'en trouvent le plus écartés, de par leur maladie. Mais le plus instructif reste d'écouter l'expérience de ces équipes.

L'une d'entre elles a consenti à faire l'effort d'en témoigner, dans le *British Journal of Psychiatry* (1). Faire l'effort est le mot, car il faut vraiment le vouloir, publier un témoignage dans un journal qui exige que tous ses articles obéissent à un format standard unique, du type "hypothèse, méthodologie, résultats, discussion, conclusion". Cela explique probablement le côté quelque peu découpé, formalisé à l'excès, du témoignage en question. Mais son contenu vaut largement que l'on passe outre les artifices de présentation imposés.

Que nous apprend l'équipe en question ? Une chose, essentiellement. Que traiter des patients réputés "difficiles" suppose avant tout de comprendre ce qu'ils vivent. Que si l'on veut les convaincre de poursuivre des soins, alors qu'ils les évitent ou les interrompent prématurément, il faut commencer par tirer avec humilité la leçon de nos fiascos thérapeutiques. Et quant à faire, le faire avec eux. Dans cet esprit, les auteurs ont tenté, à partir d'un échantillon de 40 sujets atteints de schizophrénie ou de troubles thymiques compliqués de symptômes psychotiques, de percevoir les raisons qui expliquent leur rejet ou leur abandon des soins. A la différence des travaux habituellement publiés sur le sujet, ils ont donc pris le parti d'écouter le point de vue des intéressés, et pas seulement celui des soignants, sur les échecs en cause. En mettant un peu d'ordre dans les justifications recueillies, quelques motifs caractéristiques se dessinent avec netteté.

Liberté et autonomie

Première grande raison, ces patients manifestent une volonté peu commune de rester une personne indépendante, autonome et libre, quoi qu'il leur advienne. Soit une personne qui, comme le confirment la plupart des témoignages, lutte, à sa façon très activement, pour demeurer elle-même, pour maintenir coûte que coûte une liberté qu'elle sent en grand danger. Qui en particulier, fait tout pour s'opposer à ce que lui soit apposée l'étiquette de "malade mental", de "schizophrène" ou de "patient affecté d'un trouble psychiatrique". Une identité perçue négativement, qui dévalue le sujet, à ses yeux comme à ceux d'autrui, que ces patients rejettent et à laquelle ils cherchent à se soustraire à tout prix. Pour la bonne raison qu'ils sont en train de se battre contre la maladie et n'ont pas encore déclaré forfait. Sans toujours bien réaliser, dans l'instant, que vouloir n'est pas pouvoir, qu'on n'échappe pas à la perte du contrôle de soi-même simplement parce qu'on le décrète, et d'autant moins que son esprit défaille. C'est là tout le problème de la maladie mentale et, de fait, plusieurs parmi les patients interrogés décrivent avec une lucidité rare, bien éloignée du manque d'*insight* qu'on leur prête habituellement, avoir eu conscience de ce qui leur arrivait, avoir réprouvé leurs symptômes, les excès manifestes de leur conduite, et fait des efforts désespérés pour contrôler la situation, alors que, la suite devait le montrer, celle-ci leur échappait. Troublantes réminiscences des célèbres observations de Pinel à propos de sa "manie périodique ou intermittente" (2), et de l'analyse incomparable que nous en a léguée Gladys Swain (3).

Une personne à part entière

Seconde grande raison régulièrement invoquée par ces patients, l'absence de participation active qui leur est accordée dans le projet de soin, et la pauvreté de la relation thérapeutique que cela sous-entend. Tous se plaignent de ne pas être écoutés. Ils ont le sentiment de ne pas se voir reconnus en tant que personne à part entière. Une personne concernée par ce qui lui arrive, qui aspire à s'impliquer dans des décisions qui la touchent au plus haut point. Tous soulignent que les médecins qui les ont reçus n'ont pas fait l'effort de les écouter, de se représenter le bien-fondé de leur point de vue, de leur laisser, simplement, le temps de s'expliquer, à un moment où s'expliquer justement leur demandait beaucoup plus de difficultés, d'effort et de temps que d'habitude. Ils se plaignent de l'impatience de soignants

constamment pressés, qui les "expédient" comme on expédie un cas, et non un être humain. Des soignants qui ne se soucient guère de comprendre ce qu'ils vivent, dont les décisions ne tiennent pas compte de leurs opinions, qui ne discutent pas des options thérapeutiques avec eux. Avec, en arrière-plan, le sentiment omniprésent que la seule règle qui vaille, c'est "vous êtes malades et nous médecins", "vous ne savez pas, nous savons". Que tout se ramène, au bout du compte, à un rapport de force, une question de pouvoir ; qu'il n'y a qu'à obéir, point.

Plusieurs patients illustrent cette analyse en faisant remarquer que la position d'autorité transparait en permanence chez les soignants : gestes, comportements, mimiques, regards ou intonations, tout dans leur attitude exprime malgré eux la certitude d'avoir raison, le rejet de toute discussion, l'arrogance, un mépris mal déguisé. "On refuse de vous écouter", "on vous coupe la parole", "on vous impose des vues qui ne sont pas les vôtres", "on ne vous respecte pas", "on vous parle sans aménité, sur un ton vexatoire", "on se moque de votre dignité". Beaucoup se sentent infantilisés, traités comme s'ils étaient incapables de comprendre ce qui leur arrive, comme des irresponsables en position d'infériorité, à qui n'est laissée comme seule option d'être passif, se taire et obtempérer. Quand la menace ne vient pas servir d'outil de persuasion : "c'est ça ou la piqûre", "vous acceptez ou on vous interne".

A tout ceci s'ajoute une terreur diffuse de l'hospitalisation psychiatrique, avec tout ce qu'elle peut susciter de fantasmes inquiétants : omnipotence prêtée aux blouses blanches, effets des traitements sur le cerveau, risques de confrontation violente, brimades, contention, isolement, etc. La plupart des patients dénoncent des règles de fonctionnement strictes à l'excès, rigides, des interdictions arbitraires, un climat carcéral. Le fait d'être ceinturé, immobilisé, de subir une injection forcée est extrêmement mal vécu, et laisse toujours des séquelles difficiles à effacer. Ces situations entraînent leur lot d'injustice, d'humiliation, de frustration ; elles nourrissent un désir de vengeance, l'envie de fuir, la défiance, la persécution.

Le malaise neuroleptique

Troisième grand motif d'échapper aux soins, l'impression de perdre le contrôle de sa pensée que provoquent les neuroleptiques, et plus généralement, l'inconfort majeur de leurs effets indésirables. Certains patients expliquent, par exemple, que si leurs voix ont bien été interrompues grâce aux neuroleptiques, cela s'est fait au prix d'un tel malaise qu'ils ont préféré les endurer à nouveau, plutôt que de poursuivre leur traitement. Tous insistent, l'expérience des effets secondaires est rarement prise à sa juste mesure. L'impression d'être figé, raide, de ne pouvoir agir librement, de se traîner, d'être incapable ni

de se concentrer ni de trouver le repos, de se sentir éteint, abruti, dans l'impossibilité d'agir, de réfléchir, de lire, tout cela incite au plus haut point à abandonner les soins. Même constat pour l'akathisie, les dystonies, les dyskinésies angoissantes, le visage bouffi, la prise de poids, etc. Mais ce qui blesse le plus, c'est de ne recevoir aucune attention ni aucune réponse, de la part des soignants auxquels sont rapportées ces sensations insupportables.

Vers des soins plus librement acceptés

En regard de ce catalogue de vérités pas très agréables à entendre sur la condition psychiatrique présente, qu'est-ce qui, selon les mêmes patients, a pu pourtant, par la suite, faciliter leur engagement dans les soins ? Tout d'abord, tous sont unanimes à le reconnaître, c'est lorsque du temps leur a été consacré, qu'un dévouement, une implication sincères des soignants dans le soin leur furent témoignés, que leur vision des choses a commencé à changer. L'attention portée à leurs problèmes, la disponibilité dans l'angoisse sont des qualités jugées essentielles pour se sentir entendu, pour atténuer son sentiment d'isolement et nouer un début de confiance avec ses interlocuteurs. Une confiance au départ fragile, qui reste sur ses gardes, teintée de toute la méfiance accumulée lors des échecs antérieurs, mais qui se renforce, à mesure que le sentiment d'être compris grandit, et qu'il permet à l'angoisse de se relâcher. A la longue finit par s'établir un lien solide, qui rend possible, lors des rechutes, de savoir qu'il existe un lieu accueillant, sur lequel on peut compter, où l'on sera secouru. Où l'on a été reçu, alors qu'on était au plus mal ; où l'on a été toléré, écouté, soutenu, et où l'on a pu aller mieux. Où l'on sait désormais être accepté tel que l'on est. D'une expérience positive des soins naît la gratitude d'avoir été aidé, dans un moment d'intense détresse, avec l'espoir de l'être à nouveau, si cela se répète.

D'autre part, tous les patients interrogés insistent sur l'importance du côté pratique, concret, de l'aide dont ils ont bénéficié. Ils ont pu évoquer leurs problèmes quotidiens, et ceux-ci ont reçu plus qu'une écoute neutre et polie : un commencement de solution effectif, palpable, tangible. Alors qu'ils se trouvaient débordés par une accumulation de difficultés – conflits familiaux, problèmes d'argent, soucis de logement, incidents de voisinage, retards de remboursements, amendes, poursuites, dettes, attestations à produire, droits à défendre, démarches administratives complexes, etc. –, que quelqu'un ait bien voulu s'impliquer à leurs côtés pour chercher une solution, prêter son assistance pour répondre à leur place, représente toujours un inestimable soulagement. Ce genre d'intervention dans le réel, dans les tracas qui font l'horizon bouché de tous les jours, est jugé beaucoup plus utile et thérapeutique que le fait de se

voir répétitivement interrogé sur l'évolution de son délire ou le type exact de ses hallucinations.

Echo fidèle à ce qui est pointé à l'origine des échecs de prise en charge précédents, tous les patients ont apprécié de s'être vu considérés comme une personne à part entière, et non comme un malade dont l'existence se réduit à des symptômes. D'avoir pu parler d'autre chose, de ce qui les préoccupait, les motivait, ou simplement de ce qui leur plaisait (cinéma, livres, sport, nature, etc.), et pas seulement d'ordonnance et de maladie.

Plus profondément, ces patients confient s'être enfin sentis moins seuls et abandonnés à eux-mêmes. L'expérience de la maladie mentale isole terriblement. Avoir rencontré quelqu'un à qui parler, quelqu'un de proche, de disponible, d'ouvert, est souvent ce qui a le plus compté. Etre traité comme un partenaire digne d'écoute, qui a son mot à dire dans les décisions thérapeutiques, qui est tenu pour un adulte, dont les choix sont respectés, y compris celui de réduire ou de cesser son traitement, sans que cela ne remette en cause la relation soignante, a plus fait pour les convaincre de se soigner que telle ou telle prescription médicamenteuse sophistiquée. Avoir été toléré, en dépit de ses erreurs, de ses défauts, de ses réactions agressives, de sa maladresse relationnelle et de son angoisse envahissante force la reconnaissance. Ces patients n'ignorent pas qu'ils sont difficiles à supporter. Ils savent gré aux soignants qui parviennent à maintenir un lien solide avec eux, capable de résister à ce qui n'est pas toujours dans les règles, qui ne s'offusquent pas qu'on ait pu leur dissimuler certaines

choses, que ce soit par crainte ou par honte, pour ne les concéder qu'une fois leur confiance dûment acquise. Ils apprécient qu'on leur laisse la possibilité d'évoquer des symptômes inquiétants sans faire immédiatement peser la menace d'une augmentation de traitement ou d'une hospitalisation. En somme, s'ils se sont engagés dans une relation thérapeutique, c'est parce que des soignants ont su les accepter tels qu'ils étaient, sans crainte ni défiance.

Le temps, beaucoup de patience, une grande tolérance relationnelle constituent les ingrédients indispensables du soin de ces patients "difficiles". Cela suppose de faire preuve d'une vision élargie de leur situation, qui intègre la personne et les difficultés avec lesquelles elle se bat, sans focaliser uniquement sur l'observance du traitement. Finalement, ce qui prime, c'est la qualité de relation humaine établie. Une relation qui ne peut que se fonder sur la confiance et la compréhension.

REFERENCES

1. Priebe S., Watts J., Chase M., Matanov A. *Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients : qualitative study*. Br J Psychiatry 2005 ; 187 : 438-443.
2. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris, Richard, Caille & Ravier, An IX.
3. Swain G. *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*. Privat, Toulouse, 1977 ; ré-édition Calmann-Lévy, Paris, 1997.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

INTERVENTION

Texte 5

Roth, E. M.
(2007)

Corps et psychose en unité pour malades difficiles

dans

P. Delion, *Corps, psychose et institution* (p. 125-131).
Toulouse : Érès.

*Ève-Marie Roth**

CORPS ET PSYCHOSE EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

En Unité pour malades difficiles, nous sommes confrontés au corps humain dans ses dimensions les plus variées et les plus extrêmes : fragilité, désinhibition pulsionnelle, éclatement, violence, régression massive, souffrance, jouissance morbide. Mais nous avons aussi affaire aux tentations de réactions sécuritaires de l'établissement (architecture, règlement) pour contrôler ces débordements du corps.

Dans ces conditions, entre les débordements du corps et les débordements sécuritaires de l'établissement, comment instituer un espace thérapeutique ? Nous tenterons d'illustrer ce sujet par quelques vignettes cliniques et l'expérience des conseils de patients.

LE CORPS, UNE UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

Le rapport à autrui à travers le corps

La violence représente la cause principale d'une hospitalisation en Unité pour malades difficiles : menaces ou violences physiques blessant autrui dans son corps et son être, ou détruisant même sa vie, mais aussi violences envers soi-même : automutilation, régression massive, incurie.

De toute façon, la relation à soi-même et à autrui est perturbée par une violence active ou par le retrait, l'opposition.

La plupart des patients viennent des hôpitaux psychiatriques en hospitalisation d'office (loi du 27 juin 1990) pour avoir mis en danger soignants ou patients, d'autres après avoir bénéficié d'un non-lieu après un acte médico-légal (article 122-1 de la loi du 22 juillet 1992 du Code pénal).

* Ève-Marie Roth, psychiatre, établissement public de santé Alsace Nord, 141, avenue de Strasbourg, 67173 Brumath.

Plus rarement arrivent des détenus en cours de peine (selon l'article D. 398 du Code pénal) : les troubles souvent spectaculaires à type d'incurie et de régression massive s'estompent assez rapidement.

Histoire d'Henri

Henri a été condamné il y a sept ans, pour assassinat, à dix-huit ans de réclusion criminelle. Il s'agit d'un détenu de 51 ans qui refuse de sortir de sa cellule et d'aller en consultation tant à l'Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) qu'au Service médico-psychologique régional (SMPR). Il est mutique, replié sur lui-même et ne sort presque jamais de son lit. Son hygiène corporelle et vestimentaire est extrêmement négligée.

Henri vit dans sa cellule enfumée, au milieu d'immondices. Il garde une assiette pleine de mégots et une petite boîte remplie avec des aliments moisis.

Hospitalisé en Unité pour malades difficiles, Henri retrouve rapidement la parole avec une nette amélioration de son hygiène sous l'influence du milieu institutionnel et d'un traitement par neuroleptiques. Il accepte de se faire couper ses longs cheveux en broussaille et sa barbe (gardant cependant une moustache) et de participer aux ateliers d'ergothérapie.

Contrôle du corps en Unité pour malades difficiles

Face aux risques de débordements corporels, nous avons affaire aux tentations d'excès sécuritaires de l'établissement : contrôle des corps par une architecture à vision quasi panoptique avec un manque d'intimité dans les chambres et dans les sanitaires ; limitation de la liberté de circulation ; possibilité de contrôle des gestes (par exemple : un soignant peut éteindre la lumière ou arrêter une chasse depuis l'extérieur d'une chambre) ; contrôle des objets (par exemple, les briquets) ; règlement intérieur restrictif.

Souvent, le patient éprouve un choc à l'admission en voyant les murs. Il ne pourra pas fuir ses difficultés et la réalité ; il est obligé de se confronter à lui-même et à autrui dans cet espace limité. De plus, il pourra être obligé à prendre des médicaments contre son gré. Et s'il présente une cécité psychique concernant sa propre violence, il saura reconnaître cette violence chez autrui.

Dans quelques cas cruciaux, l'éloignement géographique d'un patient en Unité pour malades difficiles permet de travailler une relation familiale fusionnelle.

Les soins par l'intermédiaire du corps

Les soins à travers le corps sont très investis en Unité pour malades difficiles ; un véritable programme commun et varié a été mis en place pour les patients des trois services, concernant les activités physiques et sportives (musculature, piscine, judo, football ...) et les ateliers d'ergothérapie (menuiserie, réfection de meubles, agrafes, encadrement, montage de petites voitures, espaces verts...)

LE CORPS PSYCHOTIQUE EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

On s'accorde à dire que la population en Unité pour malades difficiles a changé depuis une trentaine d'années.

Avant les années soixante-dix, les deux tiers des personnes hospitalisées étaient des déséquilibrés psychiques délinquants ou criminels. La rébellion collective, les complots et les évasions étaient le souci constant des administratifs et des soignants.

Depuis les années soixante-dix, l'éventail des pathologies s'est déplacé : les déséquilibrés, les personnalités psychotiques et *border line* sont allés en prison, et les psychotiques représentent maintenant 60 % de la population en Unité pour malades difficiles, c'est-à-dire davantage que dans un pavillon de secteur.

Il y a donc 60 % de psychotiques parmi lesquels les schizophrènes représentent 40 %, les vingt autres relevant des diagnostics de psychose infantile, d'autisme et de paranoïa.

Actuellement, les psychotiques semblent moins bien tolérés dans les hôpitaux de secteur en raison d'une diminution du nombre de lits et du temps d'hospitalisation, de la féminisation du personnel et d'une vie institutionnelle réduite (pas de club thérapeutique).

Histoire de Serge

Serge, âgé actuellement de 65 ans et père de quatre enfants, a égorgé sa concubine il y a déjà bien longtemps, dans un contexte de psychose paranoïde. Il vit maintenant en Unité pour malades difficiles, après deux tentatives de retour dans son hôpital. Dès qu'on l'interpelle, il extériorise un délire paranoïde très floride à thèmes de dépersonnalisation, de mégalomanie, de persécution. Il est, successivement ou à la fois, président du monde, professeur de psychiatrie, haut fonctionnaire de police ou des services secrets. Ce délire intensivement vécu peut donner lieu à des altercations verbales, voire physiques.

C'est à l'occasion de plusieurs violentes altercations avec son voisin de lit que nous nous sommes rendu compte à quel point Serge habitait dans un corps éclaté ; certaines nuits, Serge avait en effet frappé son voisin, l'accusant de lui avoir volé son bassin ou son thorax. Il y a un an, il présenta un encombrement broncho-pulmonaire avec hypothermie (34°3) et fréquence respiratoire ralentie à 10-12 respirations par minute. Le traitement neuroleptique très prolongé (plusieurs décennies) était, de l'avis du médecin généraliste, à l'origine à la fois de l'hypothermie et des troubles respiratoires par atteinte des régulateurs thermiques de l'hypothalamus et des centres respiratoires bulbaires.

Il nous fut conseillé d'arrêter le traitement neuroleptique. Serge refusa alors de s'alimenter, en proie à un vécu intense de persécution et d'empoisonnement. Nous, les soignants, étions en proie à un dilemme. Sa vie serait-elle davantage en danger par un refus alimentaire ou davantage par une atteinte des régulateurs thermiques et des centres respiratoires ? Après plusieurs semaines, nous avons décidé de remettre des neuroleptiques à dose prudente et Serge se remit à manger.

Il resta en vie, habitant un corps morcelé.

CONSTRUIRE UN ESPACE THÉRAPEUTIQUE EN UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

Un peu d'histoire

Le Service pour malades difficiles de Sarreguemines fut créé en 1957-1958 ; il consistait alors en deux services de 200 malades chacun ; ceux-ci vivaient dans des conditions difficiles et de grande promiscuité.

En vingt ans, les conditions d'hébergement et de la vie quotidienne ont été considérablement améliorées par des travaux de réfection et de construction de nouveaux bâtiments, par un travail institutionnel et par la diminution du nombre de patients qui sont actuellement 162, répartis en trois services de 54 lits chacun.

Chaque service est constitué de trois unités de 18 lits et rattaché à un secteur. Nous ne parlons ici que du service Cabanis II (trois unités de 18 lits), rattaché au secteur 57 G 11 de Freyming-Merlebach (40 000 habitants). Mais les activités sportives et ergothérapiques sont communes aux trois services.

Nous veillons au maximum à l'hétérogénéité des patients. Ainsi, il n'y a pas de pavillon différencié selon l'évolution ou le stade de l'hospitalisation (par exemple : pavillon d'admission ou de réadaptation), selon le diagnostic (par exemple : pavillon pour autistes) ou selon la provenance (par exemple : pavillon pour détenus).

Le ratio personnel/patient est plus avantageux que dans un pavillon de secteur (un infirmier pour six patients le jour au lieu de un pour dix). Ainsi, les patients apprécient la disponibilité et l'écoute des infirmiers.

La sortie des patients est décidée par la Commission du suivi médical, qui se réunit toutes les trois semaines.

Peut-on soigner en Unité pour malades difficiles, voire entreprendre un traitement psychothérapique ?

Déjà en 1958, au congrès de Barcelone, Tosquelles posait la question : « Est-il possible d'établir et de mener à bien une psychothérapie en profondeur dans un milieu fermé, voire carcéral ? » Et il répondait : « Il est possible de mener une psychothérapie à son terme dans n'importe quel milieu, à condition d'aménager à ce propos le séjour, le cadre de la vie intérieure de l'institution, à condition de compter avec un personnel d'appui capable ; à son défaut, nous n'avons qu'à le fabriquer. Toute vie se développe dans des limites ou dans des cadres qu'on pourrait appeler carcéraux... »

Quels sont les principes de valeur qui sous-tendent nos actions thérapeutiques ?

Nous essayons de préserver autant que possible la singularité de chacun dans une vie collective. Il s'agit que chacun puisse vivre en son nom (et non par procuration) dans son corps et à sa place généalogique, dans le respect des deux interdits fondateurs d'une loi de vie humaine :

– l'interdit du meurtre (la vie est un don qui ne peut être ôté, et non pas une propriété) ;

– l'interdit de l'inceste comme structure, c'est-à-dire interdit de la confusion. Il s'agit donc d'instituer de la différence et de l'altérité, et non pas de l'opposition.

Il faut traiter l'aliénation dans ses deux dimensions : *psychique et sociale*, ainsi que nous le rappelle Jean Oury. Nous avons le souhait, peut-être utopique, que chacun réapprenne l'art de vivre, avec soi-même et avec autrui, dans une institution juste (selon Paul Ricoeur) ; que chacun puisse vivre une relation interhumaine fondée sur le désir et l'ouverture à l'Autre, et non pas sur des satisfactions pulsionnelles où l'autre est un objet de consommation ; que la relation soit médiatisée par l'interdit et non pas par la répression.

Quels sont les objectifs principaux de l'hospitalisation en Unité pour malades difficiles ?

Il y en a essentiellement trois :

1. Essayer de réintégrer le patient dans l'ordre d'une loi de vie humaine (interdit du meurtre et de l'inceste) et d'une loi sociale (travail) et non pas dans la loi du plus fort ou la loi de la jungle.
2. Assurer un cadre contenant psychique et matériel pour des patients souffrant d'un vécu de dissociation, d'éclatement ou d'inflation du moi (mégalo-manie).
3. Faire acquérir des règles de vie élémentaires à de jeunes patients immatures et déstructurés (horaires, toilette, activités ...).

Nous avons essayé d'instituer un cadre thérapeutique, selon quelques grands principes :

- aseptiser le milieu de vie, promouvoir une hygiène relationnelle afin de lutter contre des symptômes créés artificiellement par le milieu tels que la violence, la régression, l'inertie, la dépendance ;
- les conditions de vie ont été améliorées (effets personnels, mobilier, libre circulation autant que possible ...) ;
- diverses réunions permettent aux équipes de soin de se rencontrer et de travailler ;
- nous avons créé un *conseil de patients* dans chaque unité, conseil qui structure la vie communautaire.

J'aimerais développer ce dernier point, car il me tient particulièrement à cœur. Les conseils sont une originalité par rapport aux deux autres Unités pour malades difficiles de Sarreguemines.

Les conseils de patients ont été progressivement créés à partir de 1997 dans chacune des trois Unités pour malades difficiles, ainsi que dans le pavillon de secteur. Cela, grâce à une psychologue stagiaire, ancienne institutrice ayant une expérience de la méthode Freinet et de la pédagogie institutionnelle, qui a mis au point le cadre de la première réunion.

Quels sont les objectifs de la réunion du conseil ? C'est un outil permettant de lutter contre l'aliénation sociale et l'aliénation mentale grâce à la différenciation et à l'articulation de concepts (statut, rôle, fonction) en favorisant d'autres identifications que celles ayant trait au statut et aux symptômes du malade.

La réunion vise le remplacement par l'apprentissage d'une démocratie participative de la loi du plus fort par des règles de vie décidées en commun et, ainsi, à l'amélioration de la vie quotidienne.

Cadre : La réunion est ouverte de droit à tous les patients de l'unité. Un à deux infirmiers sont présents ainsi qu'un médecin, un psychologue ou un surveillant. La réunion dure une heure et se tient une fois par semaine.

Organisation : Un président de séance qui distribue la parole et fait respecter le plan de la réunion qui est immuable : rappel de la séance précédente, quoi de neuf ? (événements de la semaine, les nouveaux venus...), plaintes et critiques (par exemple : racket, violences, wc, café...), encouragements et félicitations (les efforts de chacun sont valorisés, soignants ou patients), bonnes résolutions dans le respect d'autrui (par exemple : se dire bonjour dès le lever, nettoyer les tables, pour les soignants effectuer des améliorations concrètes...).

Un secrétaire de séance et un cahier. Président et secrétaire sont des patients ; ils changent à chaque séance. Avant de parler, chacun doit demander la parole au président en levant la main (y compris et surtout les infirmiers et le médecin : effet décapant garanti !).

Concrètement : entre un tiers et la moitié des patients de l'unité participent au conseil. La différenciation et l'articulation des concepts de statut, fonction et rôle, créent des effets d'inattendu et de surprise concernant le comportement des patients. Les soignants sont impliqués : nous avons dû reconnaître certaines carences ou dysfonctionnements et y remédier. Le bilan est très favorable : amélioration de l'ambiance et de la vie quotidienne, diminution des réactions de violence ; les patients se sentent davantage respectés, leur parole est prise en compte.

L'objectif est de permettre au patient d'accéder à des lieux diversifiés (avec différentes ambiances) et d'articuler ces différents espaces d'ambiance, afin que du *sens circule* et que le patient ne reste pas figé dans un comportement répétitif.

Histoire de René

Depuis sa prime enfance, René (44 ans) avait été ballotté dans diverses institutions. Il présente une psychose infantile ancienne qui a nécessité une hospitalisation psychiatrique quasi continue depuis trente ans, hospitalisation émaillée de troubles du comportement, de crises clastiques et de violences envers autrui.

Il avait été adressé en Unité pour malades difficiles après avoir violemment agressé un autre patient (hématome extradural avec engagement) ; celui-ci en était resté paraplégique. Après une période de dysfonctionnement institutionnel et d'incidents divers en Unité pour malades difficiles, nous avons proposé à René un emploi du temps stable et varié, et son comportement s'est très nettement amélioré, permettant le retour à son hôpital.

René partageait son temps entre différents espaces thérapeutiques : sa chambre, la salle de séjour du pavillon, l'atelier d'expression libre, l'atelier espaces verts, la cafétéria et la musicothérapie. Il participait activement aux réunions du conseil hebdomadaires et s'investissait dans la vie quotidienne de son pavillon.

En circulant d'une ambiance à l'autre, en ayant des relations avec des personnes aux compétences, statuts et personnalités variés (patients et soignants), René était sollicité à travers les différents aspects et compétences de sa personnalité, et n'était plus fixé dans un statut de malade difficile et violent.

Promouvoir une attitude d'accueil

Être disponible, à l'écoute, savoir accueillir l'inattendu, le moment opportun. Être vigilant et attentif, et non pas méfiant à l'égard du patient (comme le préconisait l'ancien règlement intérieur). Savoir contenir l'angoisse et l'agressivité du patient.

Apprendre à vivre ensemble

Il s'agit de *favoriser la parole* afin que le patient ne soit pas soumis à l'immédiateté de ses pulsions, qu'il puisse mettre des mots sur les sentiments et sensations qu'il ressent et utiliser certains supports ou médiateurs comme l'atelier d'expression, le groupe de parole, les ateliers d'ergothérapie ou les conseils de patients.

Les actes et échanges de la vie quotidienne sont l'occasion de rappeler l'existence et le respect d'autrui. En effet, souvent l'autre est vécu comme un objet de consommation ou, pour le psychotique, comme un étranger dangereux.

Il s'agit aussi de mettre des limites au fantasme d'auto-engendrement et de toute-puissance narcissique, où l'image de soi est idolâtrée (ou l'inverse : la victimisation de soi qui condamne l'autre).

Il y a trois ans, soignants et patients ont élaboré ensemble un livret d'accueil en Unité pour malades difficiles. Celui-ci se termine par des paroles de vie, des sentences et des proverbes du monde entier, choisis par les patients.

À un moment, nous avons même affiché les dix commandements dans la salle de séjour. Interrogeant mes collègues et mon entourage, je me suis rendu compte que plus personne ne connaissait les quatre vertus cardinales. Nous parions sur l'humain : l'humain est capable du pire, mais aussi du meilleur.

Les patients sont mis à l'épreuve par des contrats thérapeutiques. Nous essayons de travailler le milieu de vie de l'Unité pour malades difficiles afin qu'il puisse accueillir l'inattendu, la surprise, la rencontre. Alors, quelque chose peut se dénouer ; c'est un peu comme une nouvelle naissance.

D'anciens patients restent en contact téléphonique ou épistolaire avec des infirmiers ou des camarades.

Même si les Unités pour malades difficiles sont décriées par certains collègues, ils peuvent avoir une fonction thérapeutique certaine. Dans des situations bloquées et pour des équipes soignantes épuisées et meurtries, l'Unité pour malades difficiles assure une fonction de *relais thérapeutique*.

À l'égard d'un patient qui ne lui a personnellement pas fait de mal, le soignant en Unité pour malades difficiles n'éprouve pas une relation de contre-transfert négatif. Une réélaboration symbolique des actes du patient peut être tentée avec une certaine « *Gelassenheit* » (sérénité, détachement).

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

INTERVENTION

Texte 6

Kapsambelis, V.
(2012)

Accueillir les patients psychotiques les plus gravement perturbés

dans

M. Sassolas (dir.), *Quels toits pour soigner les personnes
souffrant de troubles psychotiques?* (p. 36-46).

Toulouse : Érès.

UNE POPULATION PARTICULIÈRE : LES PSYCHOSES À ÉVOLUTION « CATASTROPHIQUE »

Lorsque, avec la diminution du nombre des lits dans les hôpitaux psychiatriques, on a exploré et développé les possibilités d'accueil au long cours, hors hôpital, du plus grand nombre de patients psychotiques institutionnalisés au long cours, on s'est aperçu qu'une petite minorité s'avérait réfractaire aux différentes solutions proposées.

4. J. Garrabe, V. Kapsambelis, « Nouvelles structures intermédiaires et mouvement de désinstitutionnalisation », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, 37930 N 10, Paris, Éditions Techniques, 1993.

Ces patients psychotiques sont caractérisés par une symptomatologie grave et irréductible. Leur désorganisation mentale persiste d'autant plus que la réponse aux traitements médicamenteux s'avère décevante. Ils ont peu d'appuis à l'autonomie, soit qu'ils n'ont jamais vécu seuls, étant passés directement du domicile parental à l'hôpital au début de leur schizophrénie, soit que le tissu social qu'ils s'étaient créé au début de l'âge adulte a déjà été largement défait par la maladie et est inexistant dix ou vingt ans plus tard. Ces patients développent une destructivité qui est prohibitive de toute vie « à l'extérieur », non pas tellement par son côté spectaculaire – il ne s'agit pas forcément de grands moments d'auto ou d'hétéro-agressivité – mais par son côté continu : une sorte de « mise à sac » insidieuse de soi-même et de son environnement matériel, une dégradation à petite échelle mais incessante de tout ce qui constitue un environnement humain, des vêtements aux relations, des espaces communs à la vie de groupe. Aussi leur clinique est-elle surtout caractérisée par l'ampleur de l'attaque du corps (négligence extrême de l'hygiène corporelle et du confort minimal de vie, maladies somatiques passées inaperçues), par une parole pauvre, souvent incohérente, et régulièrement remplacée par le passage à l'acte, par une effusion de leur existence dans l'environnement et par une sorte d'ignorance de l'autre qui en fait le plus souvent, non pas un persécuteur, mais un objet inanimé.

Les patients qui répondent à cette description clinique sont souvent qualifiés de « déficitaires ». C'est un terme qu'il faut récuser, parce que le contact avec eux révèle des capacités de pensée et d'appréhension de la réalité tout à fait étonnantes et discordantes par rapport à leur aspect général, ce qui conduit à l'idée que l'apparent « déficit » masque une destructivité beaucoup trop systématique pour ne pas être considérée comme une dimension forte de leur vie psychique. Racamier utilisait le terme d'« évolution catastrophique » pour qualifier leur destinée.

La situation institutionnelle de ces patients est assez particulière. Ils ont tous bénéficié des tentatives de sortie décrites plus haut et, pour plusieurs, deux ou trois solutions assez différentes les unes des autres (foyer psychiatrique et famille d'accueil par exemple) ont été tentées successivement, sur une période de quelques années. Ces tentatives de sortie ont échoué, tant et si bien que ces patients, au fil des ans, ont été considérés, dans l'esprit des médecins et des soignants, comme des « insortables⁵ ». Les travaux qui leur ont été consacrés ont permis de montrer qu'il s'agit de patients « inséparables » d'une institution vécue comme un véritable objet primaire, à l'exclusion de toute autre, réalisant ainsi des « situations d'emprise interminable⁶ ». De ce fait, ils sont demeurés à l'hôpital malgré la baisse progressive des lits et l'amplification du mouvement de sortie des autres patients psychotiques au long cours vers des

5. C. Liermier, *Les « insortables » de l'Eau Vive*, thèse de médecine, et *Étude des facteurs psychopathologiques rendant l'hospitalisation psychiatrique interminable. Utilisation provisoire et provocante de la formule d'« insortabilité » de l'hôpital psychiatrique*, mémoire de DES de psychiatrie, 1995.

6. J. Azoulay, J. Chambrier, « Accueil institutionnel et traitement individuel dans le service hospitalier psychiatrique », *L'information psychiatrique*, 59, 4, 1983, p. 551-565.

structures intermédiaires. Leur vie quotidienne, quelque peu à part des autres patients qui entrent et sortent désormais assez rapidement, évoque les modes de vie et les habitudes qui caractérisent tout univers de type « concentrationnaire » tels qu'étudiés par Goffman⁷ et repris par Racamier⁸ dans ses premiers travaux sur le monde asilaire.

Les patients qui correspondent à ces caractéristiques sont peu nombreux. On peut estimer qu'ils représentent entre 1 et 2 % de la totalité des patients souffrant de schizophrénie, soit moins de 5 % des patients psychotiques d'une file active de secteur psychiatrique. Ils apparaissent comme les « laissés pour compte », les « échecs » de l'énorme effort de réhabilitation entrepris depuis deux décennies. Dans des unités à rotation rapide des lits, ils subissent inévitablement les aléas de l'investissement soignant : on s'en occupe moins lorsqu'il y a eu trois entrées compliquées en une semaine... En même temps, il est assez difficile, pour un seul secteur psychiatrique, de développer un programme de soins spécifique pour eux. En effet, la taille d'un secteur psychiatrique, soit environ 70 000 habitants, fait que ces patients représentent à peine cinq à dix personnes, ce qui ne rend pas facile la conception d'une unité qui leur soit destinée.

Les particularités de notre organisme nous ont permis d'imaginer un travail particulier pour ces patients. En effet, l'ASM 13 a été créée en 1958, donc avant la sectorisation (à laquelle elle a d'ailleurs servi d'expérience-pilote). Elle a choisi comme population de base le 13^e arrondissement de Paris qui comptait à l'époque, comme maintenant, environ 175 000 habitants. L'ASM 13 a donc eu, dès le départ, une population deux à trois fois supérieure à celle d'un secteur psychiatrique standard, ce qui nous a permis de concevoir une solution institutionnelle spécifique pour ces patients en tant que groupe relativement important (dix à vingt patients). À ces particularités s'en ajoute une autre, celle d'un établissement associatif sous direction médicale, ce qui permet une certaine liberté de projets, encadrée par une certaine prise en compte assumée de la réalité. On peut dire que, lorsque l'on assume comme principe de base le fait qu'on ne se laissera jamais glisser dans le déficit budgétaire et qu'il faut donc baisser le nombre de lits, alors que par ailleurs on a des patients « insortables », on est sans doute davantage enclins à mettre son imagination au travail pour trouver de nouvelles solutions.

L'INSTITUTION, UN « FOYER » INTRAHOSPITALIER

La solution institutionnelle que nous avons mise en place pour ces patients se présente comme une réponse « paradoxale ». Il s'agit de patients qui sont à l'hôpital ; ils sont techniquement « hospitalisés », certains, sous des formes d'internement (HDT ou HO), souvent de longue date. Mais, par ailleurs, l'hôpital est fondamentalement pour eux un « chez-soi », donc comme un non-hôpital :

7. E. Goffman (1961), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, 1979.

8. P.-C. Racamier, *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Paris, Payot, 1970, 2^e éd., 1973, 3^e éd., 1993.

en attestent, non seulement la durée de leur séjour et leur façon d'y vivre, mais aussi l'échec de toute sortie vers un foyer ou autre hébergement thérapeutique ou social. En somme, ces patients sont, certes, « hospitalisés » mais n'ayant manifestement aucune possibilité psychique d'un « ailleurs », ce qui dénature profondément l'esprit même d'un « hôpital ».

Il nous a donc semblé intéressant de leur proposer un *ailleurs à l'intérieur même de l'hôpital*. Il s'agissait pour nous de prendre acte du fait qu'ils ne peuvent pas sortir de l'hôpital, et d'assumer la déception de ce constat sous la forme de la création d'un *foyer psychiatrique à l'intérieur même de l'hôpital*. Après quelques tractations avec les autorités de tutelle (qui ne comprenaient pas très bien comment un foyer peut être à l'intérieur de l'hôpital, mais comprenaient bien assez que le foyer coûterait environ 30 % moins cher que l'équivalent en lits hospitaliers que ces patients occupaient déjà), notre institution a vu le jour en 2002.

Comme pour toute création d'institution, nous nous sommes posés la question de ses indications et contre-indications. Toutefois, nous avons rapidement compris que cette question n'était pas très pertinente. Il n'était pas possible de baser l'admission de ces patients au foyer sur des indications d'ordre clinique, en dehors de la notion générale d'états psychotiques chroniques graves (« malades gravement perturbés ») ; or celle-ci était trop générale pour définir réellement une population. En même temps, il était évident que les « indications », si indications il y avait, étaient d'ordre institutionnel : c'était la *situation institutionnelle* de ces patients qui appelait à un programme de soins spécifique. Or, cette situation institutionnelle était largement lisible à travers les paroles et attitudes des soignants qui s'occupaient d'eux dans les différentes unités d'hospitalisation dans lesquelles ils se trouvaient. De ce fait, les attitudes contre-transférentielles des médecins et des équipes soignantes des différentes unités d'hospitalisation se sont avérées le meilleur instrument pour définir les indications de notre foyer intrahospitalier.

Ces attitudes oscillent de façon caractéristique entre deux pôles :

- soit un *désengagement* ; la déception thérapeutique, après l'échec de ce qui avait été tenté pour eux, conduit invariablement à une « dépression soignante » qui prend l'allure d'un *désinvestissement*. Ces patients ne sont pas pour autant livrés à eux-mêmes. On remarque plutôt une tolérance excessive, coupable, à leur égard, qui sans doute comporte sa part d'agressivité : on ne s'attend plus à ce qu'ils soient mieux que ce qu'ils sont. Il s'agit par exemple de patients dont on tolère des conduites (des gestes, des paroles) que l'on n'aurait pas tolérées chez les autres et qui, de ce fait, sont confirmés dans une illusion d'omnipotence, corollaire de leur extrême démunition.

- soit une *impossibilité de dégageant* ; on observe alors une relation de maîtrise, voire d'emprise réciproque, qui s'accompagne souvent d'une inflation thérapeutique (par exemple changer les médicaments, ou augmenter les posologies) à la poursuite d'un idéal illusoire d'amélioration symptomatique en utilisant des moyens qui ont déjà échoué. On est alors en présence d'un effort thérapeutique littéralement « agi » par le patient, ses résistances et ses réactions thérapeutiques négatives.

Parfois, ces deux attitudes peuvent se combiner, ce qui apparaît lorsque l'on observe la trajectoire institutionnelle de ces patients sur de longues périodes. On découvre alors qu'elles peuvent avoir entre elles un rapport dialectique et d'alimentation réciproque. Le régime de base est souvent celui du désengagement qui est entrecoupé par des périodes plus ou moins longues (de quelques semaines à deux ou trois mois) de surinvestissement thérapeutique, déclenchées par l'arrivée d'un nouveau médecin ou par un incident dont la gravité ne pouvait pas ne pas rompre la tolérance habituelle.

Nous avons donc posé comme principes de base que ces patients doivent bénéficier, d'une part, d'une *constance d'investissement*, sans les variations extrêmes décrites plus haut, d'autre part, d'une *durée d'investissement*, c'est-à-dire d'un travail de longue haleine sans la pression de l'occupation des lits, exactement comme dans un foyer. La structure résidentielle ainsi créée, à partir d'un des pavillons d'hospitalisation existants (après travaux pour créer un maximum de chambres individuelles), a donc obtenu la reconnaissance d'un statut de foyer de type sanitaire de vingt-deux places, disposant d'une équipe pluridisciplinaire (parité infirmiers-aides-soignants, psychologue, psychomotricienne, deux médecins à temps partiel). Dès le début, diverses dispositions ont marqué le caractère particulier de la structure. Par exemple, les patients qui étaient en HDT ou en HO y ont été accueillis sous le régime de la « sortie d'essai sous HDT ou HO ». Des cartes personnalisées ont été confectionnées pour que les patients puissent sortir librement de l'hôpital sans avoir à montrer une feuille de « permission ». Les repas de midi et du soir ont été organisés à l'extérieur de la structure (en fait, au self-service du personnel de l'hôpital), de telle façon que les patients se lavent, s'habillent et sortent pour aller manger, et se retrouvent dans une ambiance de restaurant, etc.

Nous ne nous étendons pas sur des considérations concernant la psychopathologie générale de ces patients. Notons que le travail avec eux nous a permis de mieux situer leur façon d'utiliser les mécanismes psychotiques habituellement constatés dans ces pathologies, et de mieux comprendre, en particulier, pourquoi certains de ces mécanismes semblent particulièrement inopérants dans le sous-groupe de patients psychotiques qui nous intéresse ici (en particulier la constitution d'une néoréalité à travers une élaboration délirante de bonne qualité, permettant de consolider la différenciation dedans-dehors⁹). Certains mécanismes psychotiques particuliers ont été mis en évidence et décrits, à partir de cette expérience¹⁰.

Nous décrirons brièvement par la suite : d'une part, les principaux instruments thérapeutiques utilisés dans notre unité ; d'autre part, les principaux axes de notre travail, tels que repris dans notre élaboration théorique. On trouvera ailleurs¹¹ un exposé plus détaillé de ces réflexions.

9. V. Kapsambelis, *Le besoin d'asile...*, op. cit.

10. V. Kapsambelis, « L'opposition inhibition-déficit dans la schizophrénie. Éléments pour une discussion historique, épistémologique, clinique », *Revue française de psychanalyse*, 73, 2, 2009, p. 349-367 ; « L'absorptivité », *Revue française de psychanalyse*, 74, 1, 2010, p. 199-215.

11. F. Laugier, A. Toliou, « Penser les soins spécifiques des patients psychotiques institutionnalisés au long cours », *Psychothérapies*, 29, 3, 2009, p. 175-186.

LES CINQ INSTRUMENTS THÉRAPEUTIQUES

Le terme « instruments thérapeutiques » désigne les procédés utilisés dans le type de travail de soins et d'accompagnement au long cours que nous avons voulu mettre en place dans notre foyer intrahospitalier. En schématisant, on peut en décrire cinq.

Les soins corporels comme instrument de restauration du moi

Dès le début, nous avons été très sensibles à la façon dont ces patients exerçaient leur destructivité sur eux-mêmes, notamment à travers la véritable maltraitance de leur propre corps. De ce fait, les soins corporels ont pris une dimension toute particulière au sein de notre unité (se laver tous les jours, se changer régulièrement, ne pas dormir habillé, s'intéresser à son vestiaire, mais aussi être attentif aux bilans et aux soins somatiques...). Les résistances rapidement rencontrées – bien plus importantes que tout autre soin jamais entrepris au sein de l'unité – ont montré l'enjeu de ce soin : une réorganisation moi-que, certes de valeur narcissique, mais en même temps confirmant une séparation moi-objet (matérialisée ne serait-ce que par la prise de conscience d'une surface corporelle) qui semble être au cœur de la problématique de ces patients. D'autres dimensions de ce soin ont progressivement émergé, comme l'esthétique, la dignité (« ne plus être sale et dégoutant »), qui ont contribué à diriger les investissements de ces patients vers un idéal du moi qui, dans le processus de leur traitement, venait utilement contrecarrer un surmoi interdicteur de vie particulièrement rigoureux.

L'organisation d'activités concrètes comme instrument de fabrication de « réalité partagée »

Cette dimension puise ses techniques dans la tradition de la psychothérapie institutionnelle. Comme l'essentiel, dans notre esprit, était l'ouverture pour les patients d'une possibilité de créer et d'utiliser des objets « réels » au sens de Winnicott¹², c'est-à-dire « bi-appartenant » et « partagés » (avec les soignants), la nature des activités elles-mêmes nous a peu intéressé : tout pouvait convenir, à la condition de représenter un réel intérêt pour le soignant qui l'initiait, et d'obtenir l'adhésion de deux ou trois patients. Un grand nombre de groupes a ainsi vu le jour et duré un temps : atelier mosaïque, atelier cuisine, équitation, atelier jardinage, activité couture, activités soins esthétiques, atelier lecture... Plusieurs activités se sont organisées à l'extérieur de l'hôpital (promenades en forêt, séjours de vacances), ce qui s'est avéré précieux car on s'est rendu compte que certains de ces patients avaient une véritable terreur à l'idée de franchir la grille de l'hôpital.

12. D.W. Winnicott (1971), *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.

Les entretiens psychiatriques hebdomadaires

L'appauvrissement du dialogue avec ces patients – un des facteurs de leur progressif isolement dans les unités d'hospitalisation dont ils provenaient – ne permettait pas d'imaginer que, accueillis dans notre foyer, ils retrouveraient miraculeusement la possibilité d'un échange. De plus, certains d'entre eux avaient déjà bénéficié, plus jeunes, de psychothérapies psychanalytiques ou de psychodrame. Mais, en même temps, on savait que le témoignage de l'investissement médical tel qu'éprouvé aussi bien par les patients que par l'équipe pouvait difficilement se passer de cet entretien régulier qui reste toujours, même pour les patients les plus désorganisés et en apparence indifférents, la marque de la caution médicale de ce qui est fait pour eux. Aussi, nous avons pris le parti de faire de l'entretien hebdomadaire de chaque patient le moment de narration des expériences partagées avec l'équipe soignante au cours de la semaine écoulée, ce qui implique que ces entretiens ont lieu toujours en présence de membres de l'équipe, et que la parole circule librement, la narration se construisant à plusieurs. Cette façon de travailler s'est avérée fort utile en tant qu'espace de *qualification* des expériences vécues selon la variable plaisir/déplaisir, puis selon d'autres oppositions (autrefois et maintenant, enfant et adulte, corporel et psychique). Elle a contribué au passage du « faire » au « penser », objectif majeur du travail thérapeutique avec ce type de patients.

L'aménagement d'espaces potentiellement psychothérapiques

Depuis le début de notre travail, les patients avaient la possibilité de demander un entretien individuel avec la psychologue de l'unité qui, par ailleurs, participait aux entretiens psychiatriques et animait certaines des activités proposées. De plus, la psychologue avait proposé, dans un deuxième temps, l'organisation de groupes de parole. Ce n'est que progressivement que cet « entretien psychologue », qui pouvait déboucher ou pas sur un groupe de parole ou un suivi individuel, a pris une qualité plus classiquement psychothérapique pour certains patients. Il est apparu que cet investissement d'un espace individuel ou groupal, pour ceux qui ont pu s'en servir, a joué un rôle important dans la délimitation de leur activité de pensée et de leur monde interne, notamment en leur permettant de concevoir la possibilité d'un espace « privé », prélude à la prise de conscience que l'activité mentale, la leur comme celle des autres, leur appartient en propre et est à proprement parler inviolable.

La scansion du temps comme instrument de rétablissement de la temporalité

Le travail avec des patients de ce type nous confronte rapidement à toute l'étendue de la notion de *chronicité* en tant qu'expression d'une *temporalité* gravement perturbée : temps indéfini de l'hospitalisation au long cours, perte des repères identifiant les journées qui passent, limites intergénérationnelles floues, répétition à l'identique des expériences, télescopage entre les âges et les conduites... Ainsi, dès le début, nous avons pris soin d'instaurer un grand nombre de temps différents et contrastés (petit déjeuner dans l'unité versus

déjeuner ou dîner au self-service de l'hôpital, jours de la semaine versus jours de week-end, régularité des horaires de groupes et des jours de consultation médicale, respect des rythmes biologiques dans le réveil et le coucher...). On s'est rapidement aperçu que, pour ces patients, la notion de « temps libre » était depuis longtemps vide de sens. Aussi, l'alternance entre « activité » et « inactivité » (par exemple, autour des groupes) a progressivement pris une importance considérable, tout comme le marquage des temps avec des « avant » et des « après », grâce à des projets d'abord imaginés (« le week-end prochain on va au marché des environs », « inscription pour trois jours à Bruges dans deux mois », etc.), puis réalisés, et enfin remémorés (lors des entretiens, de l'affichage des photos d'un séjour thérapeutique, etc.).

LES CINQ DIMENSIONS DU TRAVAIL THÉRAPEUTIQUE

Alors que nos « instruments de travail » étaient en grande partie pensés lors de la période préparatoire de la mise en place de notre unité, et discutés avec l'équipe qui s'était portée volontaire pour participer à cette expérience, le dégagement des différentes *dimensions* de nos interventions thérapeutiques est le produit d'une élaboration progressive à partir des observations et des résultats de notre activité. Actuellement, on peut en décrire cinq relativement distinctes.

Le « prendre-soin-de-l'autre » du soignant comme étape nécessaire au « prendre-soin-de-soi » du patient

À propos du processus d'individuation, Pasche¹³ écrit qu'il s'agit de poser un regard sur l'enfant, qui lui permette d'être vu et mis à sa place, qui lui offre une barrière qui s'oppose à la fusion. En nous questionnant sur l'importance que nous avons accordée à la tenue vestimentaire, la propreté ou l'hygiène de vie de ces patients, nous avons compris qu'il s'agissait, pour nous, de lutter contre le fait qu'ils passent inaperçus, *qu'ils ne soient plus regardés*. Leur abandon de soi rencontrait et générait l'indifférence de l'autre. Une fois ce point repéré, nous avons saisi toute l'importance du regard dans tous les sens du terme. Les regarder, signifie aussi : « Regarde-toi », et le « prendre soin de l'autre » nous est apparu comme la première étape pour qu'ils puissent intérioriser un « prendre soin de soi » s'opposant à cette « haine de soi » qui, en définitive, nous a semblé comme une des caractéristiques majeures de leur pathologie.

La constance d'un investissement durable

Nous ne reviendrons pas sur ce point ; il était déjà présent dans les intentions qui ont conduit à la création de notre unité, dans la mesure où, effectivement, nous sommes partis du constat selon lequel la transformation des

13. F. Pasche, « Le bouclier de Persée ou psychose et réalité », *Revue française de psychanalyse*, vol. XXXV, n° 5-6, 1971, p. 859-870. Réédité dans F. Pasche, *Le sens de la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 1988, p. 27-41.

conditions de l'hospitalisation psychiatrique exposait ce type de patients à des variations importantes de l'investissement soignant qui nuisaient à la continuité des soins. La véritable question était plutôt celle de l'endurance que nécessitait ce qui nous est apparu comme un « éternel recommencement » : il fallait reprendre presque chaque jour les positions qui semblaient acquises la veille, répéter et refaire inlassablement les mêmes choses avec eux. Nous avons progressivement pris conscience de l'importance de cette réflexion de Winnicott¹⁴ selon laquelle la destructivité est du côté de l'objet s'il n'arrive pas à survivre aux attaques et à la destructivité du sujet. En d'autres termes, l'enjeu de cette destructivité, qui nous est apparu comme un élément majeur de la psychopathologie de ces patients, était surtout notre propre survie (en tant que soignants) face à elle, c'est-à-dire notre capacité à continuer le travail soignant malgré le découragement de la répétition. On a vu alors qu'il était possible, pour ces patients, d'élaborer ou d'assouplir cette destructivité lorsqu'ils faisaient progressivement le constat que, malgré elle, nous n'avions pas disparu, autrement dit que nous n'avions pas sombré dans l'indifférence à leur égard.

Favoriser le passage par une activité de pensé

Nous avons accueilli dans notre unité des patients dont la parole était rare, parfois incompréhensible, presque jamais soutenue dans une conversation. Il a donc été nécessaire pour nous de penser au rétablissement de la parole en tant que moyen privilégié de communication interhumaine. Aussi, nous nous sommes attachés à rester attentifs à tout ce qui, n'étant pas compréhensible, est laissé de côté ; il a fallu apprendre à dire : « Je ne comprends pas », « expliquez-vous », « expliquez-moi », face à des patients qui ont tendance à laisser tomber une parole généralement assez énigmatique, imposant chez l'autre le silence et, rapidement après, l'oubli. De même, nous déclinons quotidiennement les différentes formes avec lesquelles s'associe le verbe parler : parler de ce qui ne va pas, mais aussi d'une expérience vécue, d'un projet, et enfin de soi : ses propres idées et ses sentiments. C'est ainsi que notre volonté de faire des entretiens psychiatriques des lieux de narration du quotidien ou de moments plus particuliers (par exemple une activité de groupe ou un séjour hors unité) s'est avérée fructueuse de plusieurs points de vue : le récit de ce qui s'est passé s'est trouvé soutenu par la narration des soignants, ouvrant sans doute des possibilités aussi bien identificatoires que de différenciation/individuation (lorsque, par exemple, un patient d'habitude peu loquace interrompt brusquement le récit soignant pour dire : « Ah non ! Cela ne s'est pas du tout passé comme ça ! »).

Sensibiliser au lien social

L'infirmière cadre qui a inauguré notre unité avait coutume de dire : « Ici, on a vingt-deux enfants uniques ! » C'est en effet dans le contexte d'un travail thérapeutique institutionnel tel que nous l'avons proposé que nous avons

14. D.W. Winnicott, *op. cit.*

pleinement réalisé à quel point ces patients sont « seuls au monde » – non pas au sens familial ou social mais, plus fondamentalement, dans leur façon de se concevoir eux-mêmes. De cet élément de leur psychopathologie découlent deux aspects différents et complémentaires : d'une part, une indifférenciation des autres (par exemple non-connaissance des noms des infirmiers et des autres patients, demandes qui s'adressent au premier venu quelle que soit sa qualité ou sa fonction, etc.), indifférenciation dans laquelle il peut leur arriver de se fondre eux-mêmes ; d'autre part, une ignorance des autres au sens le plus rigoureux du terme, c'est-à-dire du déni d'existence (par exemple entrer dans le bureau de consultation et se mettre à parler sans aucun égard pour le patient qui s'y trouve déjà en entretien, parler en même temps qu'un autre, sans sembler gêné par sa présence, etc.). L'intervention soignante a alors comme tâche de transformer cette ignorance en conflit : c'est la jalousie qui pousse à parler à l'infirmière en même temps qu'elle est prise par un autre patient ; c'est de l'envie que l'on éprouve à l'égard de l'autre patient qui se voit proposer une promenade ou un accompagnement au centre commercial tout proche pour s'acheter des vêtements, etc. Il nous a semblé que des manifestations que l'on pourrait qualifier de compassion, de solidarité, ou de pitié, assez inhabituelles chez eux, ont pu progressivement émerger dans le groupe des patients à travers cette élaboration progressive, associée à un certain contre-investissement, des manifestations initiales de déni d'existence de l'autre.

Introduire une « fin de l'éternité »

La question d'une fin de séjour n'était pas particulièrement posée lors de la création de notre foyer intrahospitalier, et d'ailleurs nous n'avons songé à aucun moment à fixer une durée limite de nos prises en charge. Néanmoins, l'idée d'un « sortir de la psychiatrie » s'est avérée très présente dans l'esprit de nos patients, tantôt avec une dimension quasi mythique, tantôt comme le rappel d'une admission, dix ou vingt ans auparavant pour certains, qu'ils n'avaient jamais acceptée, tantôt comme le résultat de leur inscription dans une temporalité à nouveau en mouvement, comme on l'a expliqué plus haut. C'est donc progressivement que nous nous sommes rendus compte que certains de ces patients donnaient l'impression de vivre comme une « fin d'éternité » : ils évoquaient spontanément un « après » leur séjour au foyer, devenaient sensibles à la situation de tel patient qui partait en maison de retraite et de tel autre qui était admis en appartement associatif, etc. De ce fait, les « projets de sortie » – terme que nous avons banni initialement de notre vocabulaire parce que, précisément, on avait décidé d'accueillir les échecs de ces projets – ont refait leur apparition dans la vie de l'unité, favorisés en cela par un élargissement du recrutement, comme on le verra par la suite.

INDICATIONS GÉNÉRALES SUR L'EXPÉRIENCE ET LES RÉSULTATS

Il y a consensus, dans notre hôpital, sur l'importance des bénéfices cliniques des expériences que nous avons menées depuis 2002. En huit ans, on peut confirmer sans ambiguïté : a) une baisse très significative des manifestations de

rupture (auto et hétéro-agressivité, fugues, réhospitalisations, violences de toute sorte) ; b) un assouplissement des régimes d'hospitalisation : toutes les admissions en « sortie d'essai sous HDT ou HO » ont abouti à la levée de la mesure d'internement, alors qu'il s'agissait de patients qui étaient sous un régime d'internement depuis de nombreuses années ; c) une diminution générale de la dimension autistique (« déficitaire ») de la pathologie, sans aucune exception, c'est-à-dire même chez des patients gravement repliés sur eux-mêmes ; d) une baisse significative des posologies neuroleptiques, facilitée par une simplification de la prise des médicaments (afin de favoriser les activités thérapeutiques, nous avons décidé, dès l'installation dans l'unité, d'administrer les médicaments en deux prises, matin et soir).

En même temps, il y a eu progressivement un élargissement des admissions. En réalité, cet élargissement était déjà implicite depuis le début. Des patients correspondant strictement à la définition de l'évolution « catastrophique », il n'y en avait que dix à douze dans notre hôpital, ce qui est normal eu égard à la population du secteur desservi. Toutefois, dès le début, nous y avons ajouté une autre dizaine de patients qui entraient dans la catégorie des « gravement perturbés », qui en étaient à leur troisième ou quatrième admission à l'hôpital, en perdant chaque fois un peu plus leurs étayages dans leur univers relationnel et social, et en rencontrant des difficultés grandissantes à sortir de l'hôpital, y compris dans les structures intermédiaires : il s'agissait donc manifestement de patients qui étaient en grand danger de devenir, à leur tour, des « insortables ».

Ainsi, sur huit ans, notre unité a finalement accueilli plus de cent patients, dont environ 20 % nous ont quittés pour partir en maison de retraite, 20 % pour aller vivre en foyer, psychiatrique ou pas, et même 15 % pour un retour inespéré à leur domicile. Chaque fois le séjour a été assez long, de un à deux ans en moyenne, étant entendu que quelques patients sont restés plus de trois ou quatre ans, et que moins de dix sont présents depuis l'origine. L'unité s'avère donc, dans la durée, un dispositif d'accueil en définitive transitoire, avec la particularité d'être à l'intérieur de l'hôpital et l'utilité de préparer à la sortie sans travailler spécialement à la « réadaptation » ou à la « réhabilitation », mais probablement en activant certains mécanismes psychiques particulièrement impliqués dans la chronicité et le progressif abandon de soi asilaire.

En ce sens, on pourrait conclure que ce type d'expérience pourrait constituer une solution institutionnelle intéressante pour les patients psychotiques hospitalisés au long cours, gravement perturbés et réputés « insortables », notamment pour des secteurs dont les lits d'hospitalisation sont regroupés sur un même site hospitalier, étant entendu qu'il faudrait au moins trois ou quatre secteurs de la taille actuelle pour une telle unité intersectorielle. Toutefois, il faut attirer l'attention sur certaines caractéristiques de l'expérience, notamment son élaboration collective, la démarche consensuelle de sa création, et encore plus son investissement médical et soignant ; de ce point de vue, il n'y a pas de miracle : ce sont toujours les projets portés, avec à la fois réflexion et enthousiasme par des équipes médicales, qui ont le plus de chances de réussir.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

INTERVENTION

Texte 7

Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A. et Team P.E.E.R.
(2013)

**Perceptions of treatment planning in a forensic mental health hospital:
A qualitative, participatory action research study**

International Journal of Forensic Mental Health, 12, 42-52.

INTERNATIONAL JOURNAL OF FORENSIC MENTAL HEALTH, 12: 42–52, 2013
 Copyright © International Association of Forensic Mental Health Services
 ISSN: 1499-9013 print / 1932-9903 online
 DOI: 10.1080/14999013.2013.763390



Perceptions of Treatment Planning in a Forensic Mental Health Hospital: A Qualitative, Participatory Action Research Study

James D. Livingston

*Forensic Psychiatric Services Commission, BC Mental Health & Addiction Services, British Columbia, Canada;
 School of Criminology, Simon Fraser University, British Columbia, Canada; and Department of Psychiatry,
 University of British Columbia, British Columbia, Canada*

Alicia Nijdam-Jones

*Forensic Psychiatric Services Commission, BC Mental Health & Addiction Services, British Columbia,
 Canada; and School of Criminology, Simon Fraser University, British Columbia, Canada*

Team P.E.E.R.

(Patients Empowered and Engaged as Researchers)

*Forensic Psychiatric Services Commission, BC Mental Health & Addiction Services,
 British Columbia, Canada*

This qualitative, participatory action research study examined treatment planning from the perspectives of 29 inpatients and 16 service providers at a Canadian forensic mental health hospital. Qualitative data produced by indepth interviews were analyzed using thematic analysis. Participants' narratives clustered around six themes: (a) *It's all about the patient*: Involving patients; (b) *Other professionals at the table*: Including other professionals; (c) *Onward and upward*: Progressing through the hospital; (d) *Know me for who I am*: Understanding the patient; (e) *Keep me in the loop*: Sharing information with patients; and (f) *To trust or not to trust*: Openness, honesty, and trust.

Keywords: treatment planning, forensic hospital, participatory action research, qualitative

In the context of mental health services, treatment planning is an essential process whereby service providers and people with mental illness work together to make care and treatment decisions. Increasingly, treatment planning involves a team of professionals who use their collective expertise to identify and address the diverse needs of people who live with mental illness. The overall purpose of the treatment

planning process is to ensure that people are provided with the right combination of services and supports in order to minimize the negative impact of mental illness on their lives (Lieberman, Hilty, Drake, & Tsang, 2001).

Various facets of mental health treatment planning have been studied and considered. For instance, researchers have explored how treatment planning is affected by treatment team leadership (Fichtner, Stout, Dove, & Lardon, 2000; McCallin, 2003; Munich, 2000; Rodenhauser, 1996) and staff training (Corrigan & McCracken, 1999; Fichtner et al., 2000). Despite the fact that multidisciplinary teamwork is recognized as a vital ingredient for effective treatment planning, research has uncovered numerous problems that professionals encounter when trying to work together, such as professional rivalries and hierarchical relationships (Fichtner et al., 2000; Jones, 2006; Lieberman et al., 2001; Munich, 2000; Opie, 1997; Rodenhauser, 1996; Singh et al., 2006).

Financial support for this study was provided by the Canadian Health Services Research Foundation. The authors would like to acknowledge the significant contributions of Dr. Johann Brink, Colleen Calderwood, Nancy Robinson, Sara Lapsley, Deborah Kinvig, Tammy Peterson, Dr. Erin Michalak, and Dr. Barbara Schneider. We would also like to express our gratitude to the patients and staff who participated in the study.

Address correspondence to Dr. James D. Livingston, 70 Colony Farm Road, Port Coquitlam, British Columbia, Canada V3C 5X9. E-mail: drjdlivingston@gmail.com

The root causes of such problems have largely been attributed to ideological tensions between different disciplinary perspectives and philosophies of care (Shaw et al., 2007).

Studies have also examined how people with mental illness are involved in the treatment planning process. Research has indicated that people with mental illness express a strong desire to be actively engaged in, and informed about, their own care (Adams, Drake, & Wolford, 2007; Chinman & Allende, 1999; Deegan & Drake, 2006; Ludman et al., 2003; Storm & Davidson, 2010; Woltmann & Whitley, 2010). In practice, however, individuals may be given insufficient opportunities to participate in decision-making about their treatment (Storm & Davidson, 2010). Studies have also demonstrated that although service providers value the involvement of people with mental illness, they identify numerous challenges for engaging patients in their own care, such as an individual's severity of symptoms and perceived lack of patient interest (Anthony & Crawford, 2000; Chinman & Allende, 1999; Soffe, Read, & Frude, 2004; Storm & Davidson, 2010).

A handful of studies have explored perceptions of treatment planning in involuntary and forensic mental health settings. Within these contexts, treatment planning is closely connected with managing a person's risk for violence, as well as the restrictions that are placed on their liberties (Hillbrand, Young, & Griffith, 2010). Professionals who provide involuntary care, especially in a forensic setting, are challenged with reconciling their clinical duties to the patient and their evaluative role for the state. Although these contexts are unique, studies have produced findings regarding treatment planning that are similar to other healthcare contexts. For instance, research has confirmed that people who receive involuntary services want to take part in treatment-related decisions, and that such engagement shapes their perceptions of respect and fairness regarding mental health professionals and services (Hamann et al., 2005; Johansson & Lundman, 2002; Livingston & Rossiter, 2011; Olofsson & Jacobsson, 2001). Additionally, studies in forensic mental health settings have found that multidisciplinary treatment teams struggle to be effective for a variety of reasons, such as lack of support and power imbalances between professionals (Shaw et al., 2007; Whyte & Brooker, 2001).

In response to the problems associated with multidisciplinary treatment planning, McLoughlin and Geller (2010) have created a framework for conceptualizing effective mental health treatment planning. The model articulates three integral components reflecting the structure, content and process of a treatment planning system. The first component, team structure, is focused on issues pertaining to the membership, leadership, role clarity and stability of treatment teams. The second component, plan content, concentrates on the documentation of treatment planning and how it facilitates the development of multifaceted profiles and multidisciplinary treatment strategies for patients. The final component, planning process, emphasizes the way in which treatment teams work together, such as the frequency and

nature of meetings, and the inclusion of patients. The authors suggest that their framework can be used as a guide to transform mental health treatment planning into an interdisciplinary process that is "patient-centred, individual-focused, user-friendly, and feasible to accomplish" (McLoughlin & Geller, 2010, p. 264). The present study builds upon this conceptual model to examine treatment planning in a forensic mental health hospital.

METHOD

The overall objective of this study was to examine how patients and staff members perceived and experienced treatment planning in a forensic mental health hospital. To accomplish this goal, we used a participatory action research approach and qualitative methods. The study protocols were approved by the research ethics committees of the University of British Columbia (BC) and the BC Forensic Psychiatric Services Commission. All participants provided written informed research consent.

Participatory Action Research (PAR)

An essential element of PAR is the meaningful involvement and active participation of community members throughout the research process (Cornwall & Jewkes, 1995; Creswell, Hanson, Clark Plano, & Morales, 2007). PAR is based on a deep respect for the capacity of people to understand and solve issues that impact their daily lives (White, Suchowierska, & Campbell, 2004) and is a research approach that aims to empower ordinary citizens in the production of knowledge and social change (Schneider, 2012; van der Velde, Williamson, & Ogilvie, 2009; Whyte, Greenwood, & Lazes, 1989). In studies that use a PAR approach, people with pertinent lived experiences, such as mental illness, work on equal ground with academic researchers to design and implement socially relevant research.

We chose to embark on a PAR study in order to create an opportunity for patient engagement within a forensic mental health hospital and, by doing so, enhanced patients' experience of care. In the current study, the peer researchers were people with mental illness who have been adjudicated 'Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder' (NCRMD) and were detained in a forensic hospital. The process began with eight peer researchers, of which six remained involved by the end of the study. The peer researchers (self-named Team P.E.E.R.: Patients Empowered and Engaged as Researchers) were diverse in their sociodemographic, professional and educational backgrounds, index offenses, and experiences in the forensic hospital. Two of the peer researchers were women, five were white/Caucasian, and seven had graduated from high school. On average, they were 35 years of age ($SD = 10.2$) and were detained in the forensic hospital for 35 months ($SD = 18.3$, range = 12 to 60 months). The

sample was representative of the overall patient population (Nicholls et al., 2009), with the exception of being generally more educated. Together with academic researchers, the peer researchers spent almost two years (March 2011 to August 2012) planning, designing, and carrying out this study on treatment planning—a topic they deemed to be important to their experiences of care at the forensic hospital.

The research team met two to four times per month in order to support one another, discuss the research process, and reflect on the emerging findings. The peer researchers received training through didactic lectures, role playing, and group discussions on topics such as research fundamentals, research ethics, participant recruitment, qualitative interviewing and analysis, and the specific protocols for the current study. They actively participated in every aspect of the research process, including the design of the study, creation of research materials, recruitment of participants, collection and interpretation of data, and dissemination of findings.

Setting

The setting for this study is a forensic mental health hospital that serves British Columbia, Canada. The 190-bed hospital provides tertiary-level mental health assessment, treatment, and support to adults with severe mental illness who are adjudicated by a court to be 'Unfit to Stand Trial' or NCRMD. The hospital contains nine units that vary from high, medium, and low security levels, with restrictions placed on patients' liberties according to their level of risk and clinical needs. NCRMD patients (the focus of this study) are detained in the forensic hospital until it has been decided by a judicial review board that they are no longer a significant threat to public safety and are, therefore, appropriate for transitioning to the community.

Each NCRMD patient at the forensic hospital is assigned a multidisciplinary team that meets with them regularly (e.g., weekly or monthly) in a treatment planning conference (TPC). The structure and process of the TPC meetings are not standardized, instead, they vary according to the purpose of the meeting and the approach adopted by each patient's psychiatrist who leads the meetings. Treatment teams are comprised of *core* members (i.e., psychiatrist, case manager, social worker, and primary nurse) and *extended* members (e.g., occupational therapist, concurrent disorder counsellor) who may be invited to the TPC meetings. Patients typically remain with the same core treatment team members for their entire stay at the forensic hospital. Treatment planning is facilitated through the use of an Integrated Treatment Plan (ITP) that provides a concise summary of the treatment goals and expectations for each patient. At the time of the study, the ITP was a recently implemented tool that was structured around the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Webster et al., 2009). In the ITP, the 20 items of the START are clustered into six domains: (a) mental and emotional state; (b) suicide assessment and management; (c) substance misuse; (d) attitudes, cognition, and behavior;

(e) social functioning; and (f) self-care, planning, and treatability. In each domain, patients are assigned ratings to reflect their current strengths and needs, and written action plans are created to help patients overcome problems and retain strengths. The ITP is intended to be completed and reviewed every three months by staff from multiple disciplines, including the extended team members, in collaboration with patients.

Participants

Study participants were recruited using a purposive sampling strategy, which describes a process for deliberately involving individuals with requisite demographic or experiential characteristics in research. In order to access a diversity of perspectives and experiences, both patients and staff were invited to participate in the study. Eligibility criteria for patient participants included: (a) adjudicated NCRMD; (b) currently receiving treatment services at the forensic hospital; (c) attended at least one review board hearing; and (d) approved by their psychiatrist as capable to participate in the study. Staff members were eligible for study participation if they were: (a) currently providing therapeutic services at the forensic hospital; and (b) had been a member of a treatment team at the forensic hospital. All participants were 18 years of age or older, could speak and understand English, and were capable of providing informed research consent.

Twenty-nine patients and 16 staff members participated in the study. Theoretical saturation was reached within each of these groups; that is, responses to the interview questions became redundant, new themes stopped emerging, and different insights into treatment planning were unlikely to be produced by conducting additional interviews (Sandelowski, 1995). Consistent with the overall patient population of the forensic hospital (Nicholls et al., 2009), the patient participants were predominantly men (79%, $n = 23$), white/Caucasian (62%, $n = 18$), diagnosed with schizophrenia or other psychotic disorders (86%, $n = 25$), an average age of 37 years ($SD = 11.6$), and had a median length of stay of 2.5 years (range = 2 months to 25 years). Regarding the staff participants, 44% ($n = 7$) were men, 94% ($n = 15$) were white/Caucasian, their average age was 42 years ($SD = 11.0$), and they had worked at the forensic hospital for an average of 9 years ($SD = 6.3$ years, range = 1 to 21 years). A wide range of clinical disciplines were represented in the staff participant sample, such as nursing ($n = 4$), psychiatry ($n = 2$), social work ($n = 2$), case management ($n = 2$), and psychosocial programs ($n = 6$). Compared with the overall composition of staff members at the forensic hospital, the sample was not as ethnically diverse and was overrepresented by service providers from the psychosocial program area.

Procedures

Participants were recruited through printed advertisements, brief presentations, and personal invitations. Staff and patient participants took part in a semi-structured interview

that lasted approximately one hour and covered a range of topics pertaining to treatment planning at the forensic hospital. The academic and peer researchers worked together to create interview guides, which contained approximately 40 open-ended questions that were organized according to an established framework for mental health treatment planning (McLoughlin & Geller, 2010). As such, questions were asked regarding the structure, process, and content of treatment planning at the forensic hospital.

The interviews were administered in private by a peer researcher who had received training and ongoing mentoring in interview methods and research ethics. In total, five of the eight peer researchers volunteered to conduct the interviews. During the interviews, the peer researchers were encouraged to share their own personal experiences regarding treatment planning with the participants, which became an effective way to stimulate discussion. All interviews were audio-recorded and were transcribed verbatim. Patient participants received \$15 cash and staff participants received a \$5 gift card for taking part in an interview.

Data Analysis

The qualitative data were analyzed using an inductive thematic analytic framework to identify predominant themes and recurring patterns (Braun & Clarke, 2006; Saldaña, 2009). Thematic analysis is a form of pattern recognition that involves identifying themes through careful reading and re-reading of the transcripts (Fereday & Muir-Cochrane, 2006). The thematic analysis was conducted in three coding cycles, which was led and overseen by the principal author (J.L.). In the first cycle, open coding and line-by-line analysis was performed by fracturing the qualitative data into discrete codes reflecting what participants had said within a particular line of text. Each code was given an operational definition describing how it was to be applied during the coding process. In the second coding cycle, the initial codes were reorganized and combined based on conceptual similarities, and were collapsed into broader meta-codes through a recursive process of moving back and forth between the codes and the original text. The third cycle consisted of sorting, categorizing, and refining the broad codes into overarching themes. Each theme represented the sentiments of several participants, and captured key ideas and patterns that were important and meaningful to the research questions. Qualitative software (NVivo 9) was used to support the data analysis.

Qualitative analysis does not proceed in a linear fashion nor does it wait for the completion of data collection (Saldaña, 2009). As such, during the data collection phase of the study, the peer researchers wrote reflexive journals about the interviews and discussed their insights with the team. This information was documented and used during the first and second coding cycles in order to identify networks among the codes, patterns, and themes. To address the analytic validity of the identified themes, regular team meetings were held so that the academic and peer researchers could

review the narratives and discuss the emerging codes and themes. During the third coding cycle, the peer researchers confirmed the overarching themes and assigned *in vivo* titles to each category.

RESULTS

The participants' perceptions and experiences with treatment planning at the forensic hospital clustered around six distinct but overlapping themes: (a) *It's all about the patient*: Involving patients; (b) *Other professionals at the table*: Including other professionals; (c) *Onward and upward*: Progressing through the hospital; (d) *Know me for who I am*: Understanding the patient; (e) *Keep me in the loop*: Sharing information with patients; and (f) *To trust or not to trust*: Openness, honesty, and trust. Below, we describe each theme and provide a sample of narrative excerpts that were selected for their ability to reflect the essence of the themes.

Theme 1: *It's all about the patient*

The first theme reflected the participants' narratives about patient involvement in treatment planning at the forensic hospital. The majority of patient participants indicated that, overall, they felt included and involved in the TPC meetings. As well, many staff participants indicated that treatment planning at the forensic hospital demonstrates numerous strengths with regards to patient involvement. As is referenced in the quote below, a key method to involving patients is to ensure that they are actively engaged as important members of the treatment teams:

I feel that we're a team. I'm using them [the treatment team] as resources to help me through the maze of the hospital . . . I think we are co-team members . . . that is the thing that, kind of, binds us together. (Patient: 106)

The participants spoke about different ways in which patient involvement was encouraged in the treatment planning process. As was aptly described by one participant, a key component of patient involvement was giving patients a "*window to speak openly*" (Staff: 208). In addition to this, the participants mentioned that patient involvement can be facilitated by having patients collaborate in the completion of their own treatment plans. Whereas some patient participants felt involved in their treatment plans, others suggested that their involvement was limited and usually occurred after the ITP had been completed by their treatment teams:

I haven't helped complete it [the ITP], but I went over it . . . I did have a bit of say in it because at the end . . . my CMC [case management coordinator] asked me if I wanted to add anything to the ITP that [the treatment team] hadn't covered or if anything was incorrect. (Patient: 104)

Participants were also asked about potential ways that patients may be excluded from the treatment planning process

at the forensic hospital. A number of issues were raised, but the narratives focused strongly on the 'pre-meeting.' The patient participants conveyed that prior to the TPC meetings they were commonly asked to wait outside the room while their treatment team convened for an estimated five to forty-five minutes. The overwhelming perspective from staff and patient participants was that the 'pre-meeting' exacerbated feelings of exclusion and anxiety among the patients, as was demonstrated by the following excerpt:

While...they're [the treatment team] in here discussing you...it weighs on you a bit, because you're nervous...you'd like to know what they're talking about...And then...when you come into the TPC meeting, they've already been talking about you for twenty minutes. You're at a disadvantage to play catch up to where...they were already. (Patient: 101)

In addition to the pre-meeting, a number of participants indicated that making patients feel that they have no influence over treatment-related decisions was detrimental to patient involvement. This finding has been echoed in other studies, especially in relation to patient involvement in decision-making regarding medications (Storm & Davidson, 2010). A final way in which participants thought that patient involvement was variable and less than optimal at the forensic hospital was in relation to the completion of the treatment plans:

Sometimes the patient comes in [the TPC meeting] and gets to have input on everything that goes in there [the treatment plan] and hear what everyone on the team has to say about each section, sometimes the patient doesn't ever see it...sometimes the patient gets it after the meeting is done, they just get to quickly review it. (Staff: 206)

The staff participants also mentioned several factors that made it difficult to involve patients in the treatment planning process. For instance, features of patients' illnesses impacted the degree to which some patients could be engaged in treatment planning. Similar barriers have arisen in previous studies (Anthony & Crawford, 2000; Chinman & Allende, 1999; Soffe et al., 2004). As well, patient involvement was greatly impacted by the patients' involuntary detention and treatment:

It's really difficult being in a position to have to force somebody to take medication and then to go and talk to them about something that's nice and normal...it's a very odd thing to do...So that's a big, big barrier for the front line nurses. (Staff: 205)

In summary, involving patients in treatment planning was important for the patient and staff participants. Although the participants highlighted several opposing forces to patient involvement at the forensic hospital, it was remarkable to find that patients and staff also perceived numerous strengths.

Most of the patient participants perceived that they were generally included and involved in treatment planning, and staff participants recounted numerous situations in which patients were actively engaged as valued members of the treatment teams. In addition to the strengths that were identified by the participants, several suggestions were made for improving patient involvement in treatment planning. Such recommendations included placing more emphasis on the inclusion of patients in all aspects of the TPC meetings, providing greater opportunities for patients to lead or participate in discussions, offering patients more input into choosing their treatment team members, and engaging patients in the creation of their treatment plans.

Theme 2: *Having other professionals at the table*

The second theme focuses on the inclusion of different professional disciplines and perspectives in treatment planning. The participants described how treatment planning at the forensic hospital revolves around an inner circle of professionals, or core team members, who have the authority to make key decisions related to treatment planning. One staff participant characterized the structure of the treatment teams at the forensic hospital in the following manner:

We have the three people—the doctor, the case manager, the social worker—those are the core members that I call at the first level. Then we have the second level of people who would be OT [occupational therapy], TLS [therapeutic leisure services] and so on. And, then there is probably a third level of people...health care worker so on. So the further you get away from the core, the less you feel you are connected. (Staff: 204)

As was alluded to in the above excerpt, the staff narratives reflected a perceived hierarchy among the different disciplines at the forensic hospital, which was reinforced by the structure of treatment teams. Service providers' perception of professional hierarchy and tension in the context of multidisciplinary teamwork has been echoed in several other studies (Jones, 2006; Shaw et al., 2007; Whyte & Brooker, 2001). The following quotes highlight the perceptions and experiences of one extended team member who participated in this study:

One of the barriers is being...afraid of what other people will think of my opinions...I didn't always feel that I was able to express my opinion because I knew next to nothing about that person [patient] compared to...that case manager who worked with that person for fifteen years. So...that was a barrier for me. (Staff: 202)

Despite many staff participants' negative perceptions toward some features of the current treatment team structure, they also spoke about its strengths. Such positive features of the team structure identified by participants included the fact that the core members represented different disciplinary

perspectives (i.e., psychiatry, case management, and social work) and that the core members often worked together effectively as a cohesive and collaborative team.

Similar to how the ITP was designed to facilitate collaboration between staff and patients, the staff participants also discussed its potential to infuse different disciplinary perspectives into the treatment planning process: *"I like the spirit of... the ITP... it's not just one person who dictates what it [treatment planning] would be, it's... a number of professions putting in their perspective on it"* (Staff: 215). Despite the encouraging potential of the ITP, several staff participants observed that the process for completing the ITP did not foster interdisciplinary care: *"It [the ITP] doesn't really... reach out to all the disciplines... It's just completed by the [core] treatment team which is just three people. It's not the interdisciplinary tool it was created to be"* (Staff: 208).

A strong message that emerged from the narratives was the desire for all disciplines to be more involved in treatment planning at the forensic hospital: *"I'd like to see the core treatment team expanded to include the extended treatment teams, those disciplines have something important to contribute to the patients' care"* (Staff: 214). Staff and patient participants' reasons for wanting broader representation on the treatment teams included developing a richer understanding of the patients, facilitating better communication between staff members, delivering more holistic care, and helping patients to feel more comfortable at the TPC meetings. However, in contrast with this predominant perspective, a few patient participants expressed concerns with greater inclusion of different disciplines, such as having to answer to more *"bosses"* (Patient: 108), exposing their private information to a wider range of people, and overly-formalizing their relationships with the extended members of their teams.

The prevailing narrative within this theme was that more meaningful involvement of a wider range of disciplines in treatment planning would lead to stronger professional relationships and improved patient care at the forensic hospital. The staff participants' narratives highlighted how the pragmatic barriers for interdisciplinary treatment planning were often a reflection of the current treatment paradigm. However, the interviews also drew out suggestions for overcoming some of the pragmatic challenges. For instance, several staff participants suggested that if TPC meetings were scheduled well in advance, professionals from all disciplines would have sufficient time to plan around them. Moreover, the participants discussed how the current assets of treatment planning, including the multidisciplinary teams and the integrated treatment plan, could be leveraged more effectively to realize the goal of involving multiple disciplines in treatment planning at the forensic hospital.

Theme 3: *Onward and upward*

The third theme that emerged from the participant interviews relates to the way in which patients move through

the forensic hospital. For patients, having the sense that they were making progress was an important factor which influenced their perceptions of treatment planning. In this theme, participants reflected on the factors that facilitated the feeling of moving 'onward and upward.' Conversely, the staff and patient participants discussed issues they faced as they worked towards achieving the goal of community reintegration.

Patient participants frequently referred to the passing of time as they spoke about treatment planning. A prevalent perception among the patient participants was that things moved too slowly in the forensic hospital, which unnecessarily delayed patients' progression through the system and prolonged their hospital detention: *"I feel like things are moving too slowly. [The psychiatrist] says that I have to slow down and smell the flowers"* (Patient: 118). Numerous participants highlighted factors that they perceived as having an impact on the rate at which patients advanced through the hospital. Most patient participants indicated that having regular reviews of their progress was an important way to facilitate movement through the hospital:

If you had treatment planning conferences more often... it would be possible to move... patients through quicker just because any change would... show up more readily, sooner than it does now... by moving the patient through as soon as the change showed instead of waiting the extra two weeks it can speed up the process. (Patient: 113)

Participants also commonly referred to the hospital's programs and services as being a catalyst which expedited patients' movement through the hospital. For patient participants, programs were important for relieving boredom, building skills, and doing something meaningful:

They [programs] give you some structure... You can work on something so that you're looking forward to being able to move on to other jobs or careers or whatever when you get out of here... [It] gives you a lot of hope and... it relieves the boredom, for sure. (Patient: 107)

Another major topic area within this theme focused on discharge planning. Most of the staff participants indicated that the treatment teams were increasingly doing a good job with explaining the discharge criteria to the patients. Contrasting this sentiment was a subset of patient participants who could not recall having the discharge criteria explained to them. Those who could articulate the hospital discharge criteria frequently spoke about following the rules, not messing up, and complying with directions given by the treatment team and review board:

[I'm] battling... my way out of here every day... by doing what I'm supposed to do in order to get out of here... not fighting, no drugs, no smoking, no taking advantage of others, no stealing, stuff like that... I'm following the rules

48 LIVINGSTON ET AL.

correctly, every day, in order for me to get . . . what my heart desires which is freedom, right? (Patient: 121)

Several staff participants also pointed out that the discharge decisions were made by an independent review board. As such, decisions about whether to discharge patients from hospital were, ultimately, out of the hands of the treatment teams. Regardless, the patient and staff participants shared the opinion that both parties were motivated to see that patients were discharged from hospital in a timely manner. Engaging patients in a conversation about discharge planning as soon as possible was perceived to encourage hope and to facilitate patient progress:

People who stay in the forensic system for decades must be the true exceptions. The vast majority of patients are here through whatever set of circumstances and we must . . . help them through this hospital as quickly as possible and get them ready for the community . . . that is why we have to do it [discharge planning] from admission. (Staff: 212)

Several participants expressed concern with planning for discharge too early in the process. For instance, staff participants commented that planning too early “*raises the expectations of the patient*” (Staff: 203), and that it sometimes “*may not be clinically productive to focus on what’s happening after discharge rather than behaviour here and now*” (Staff: 209). These divergent perspectives provide a valuable counterpoint to the commonly held belief that patients should be engaged in discharge planning soon after their admission to the forensic hospital.

Within this theme, the participants’ narratives revealed that helping patients to advance through the hospital and preparing them for discharge were important elements of treatment planning. For patients, this was often experienced as a slow process of trying to prove one’s self by obeying rules and following directions. Building momentum toward being discharged from the hospital was facilitated by having regular progress reviews and by attending hospital programs that targeted an individual’s needs and goals. The narratives of staff participants within this theme highlighted their focus on finding ways to help patients achieve their goals and to anticipate potential barriers for discharge, all within an environment in which staff participants perceived having little control over discharge decisions.

Theme 4: *Know me for who I am*

In the fourth theme, participants discussed treatment planning as it related to treatment team members getting to know the patients. Treatment planning was considered to be most effective when the treatment team members developed a robust understanding of the patients, including characteristics not focused on illness and risk. Almost half of the patient participants thought that they were well understood by their treatment teams, with several referring to the fact that at least

one staff member in the forensic hospital knew them well, as was exemplified by the following quote: “*I’m very fortunate to have a case manager taking . . . personal interest . . . it seems to only be my case manager that spends the time to get to know me*” (Patient: 106). A number of staff participants also spoke about the importance of getting to know the patients, with some indicating that it was one of the most rewarding aspects of their work: “*It sure is rewarding to see people sharing other aspects of their life and their history. You start to develop a deeper relationship*” (Staff: 210).

Spending time with patients, especially outside of TPC meetings, was perceived to be an effective way for staff to build a deeper understanding of the patients. This has also been documented in other mental health contexts (Olofsson & Jacobsson, 2001). Patient participants emphasized the need for regular face-to-face, one-to-one contact with treatment team members outside of the formal—and sometimes intimidating—setting of the TPC meetings: “*When you’re able to meet one-on-one, it’s a bit more relaxed of an atmosphere and you can get to know the treatment team member better and maybe have an easier time to express how you’re really feeling about things*” (Patient: 120). Consistent with this quote, the majority of the participants considered the casual interactions occurring outside of regularly scheduled TPC meetings to be vital for building rapport and for cultivating a richer and more dynamic understanding of the patients.

The participants identified the consistency and continuity of treatment teams at the forensic hospital as one factor that facilitated relationship-building and fostered understanding between staff and patients. For patients, working with the same treatment team throughout their hospital stay enhanced feelings of privacy and confidentiality, created stability, and improved therapeutic relationships. These benefits were also echoed by the staff participants, who spoke about such benefits as improving communication between staff members, increasing the ability to detect minor fluctuations in patients’ emotional states, and enhancing staff members’ ability to build rapport and trust with patients.

The mandate of the forensic hospital was one barrier for getting to know the patients. With a heightened focus on risk assessment and management, greater attention may be placed on the negative characteristics of forensic inpatients as opposed to their strengths: “*One of the complaints I hear [from patients] often is: ‘Why don’t they [the treatment teams] ever tell me the good things that I am doing?’*” (Staff: 210). The patient participants also mentioned barriers such as disagreeing with their treatment teams, feeling like they cannot genuinely express themselves, and wanting to keep parts of their lives private, as was highlighted by the following excerpt: “*I think they [treatment team] know me well. But there’s things that they’ll never know about me . . . there’s things that . . . it’s personal. You know, there are boundaries*” (Patient: 103). Similarly, the staff participants identified several barriers for getting to know the patients, such as not being able to get beyond the ‘forensic’ label and index offense, the acuity of

the illness, the involuntary nature of services, high patient caseloads, and wanting to avoid issues associated with staff splitting and crossing professional boundaries.

In summary, the patient participants conveyed wanting to receive treatment from professionals who knew them well, including their personal interests and their strengths. Indeed, the majority of patient participants reported having positive experiences in this regard at the forensic hospital. Similarly, the staff participants were keen to learn about the patients in order to build stronger relationships with them. The consistency of treatment teams and the ITP's focus on patient strengths were perceived by a number of participants as being important vehicles for staff to form a more nuanced picture of the patients. The participants' narratives also suggested that the formula for achieving an improved understanding of patients would involve treatment team members spending more one-to-one, face-to-face time with patients in casual contexts.

Theme 5: *Keep me in the loop*

The fifth theme that emerged from the participants' narratives involved keeping patients informed about treatment planning. The majority of staff and patient participants reported being satisfied with the level of information-sharing that occurred between patients and treatment teams, as is reflected in the excerpts below:

I think they've [the treatment team] been very forward with bringing information to my attention . . . I think they're really good on keeping me in the loop. (Patient: 101)

I do believe we [the treatment team] do give enough [information] . . . about the treatment plan but I always think there is room for improvement. (Staff: 215)

The participants' narratives about information-sharing conveyed a sense of 'ask and you will receive'; in that, patients could access information pertaining to their treatment and progress as long as they asked for it: *"I don't feel that they [the treatment team] . . . kept anything from me that I've asked them about . . . But I'm sure there's things they're not telling me"* (Patient: 122).

One of the most significant issues raised by the participants was the perceived lack of knowledge that patients had regarding their treatment plan (or ITP), as was noted by one patient participant: *"At times I feel like I'm totally in the dark"* (Patient: 123). The majority of patient participants reported not knowing what an ITP was and that they had never seen their own treatment plan. In some cases, the patient participants simply stated that they had not seen their treatment plan because they did not ask to see it. The excerpts below reveal the patient participants' limited knowledge of the ITP:

They've [the treatment team] never formally sat down and said, "This is what an ITP is, and these are what these ITP meetings are, and this what we do" . . . They've never talked to me about it. (Patient: 103)

I have . . . sort of an idea what it [the ITP] is. Yeah. But I haven't seen one yet, for myself. (Patient: 107)

In addition to wanting more information about their treatment plans, patient participants also wanted easier access to their health records. For the patient participants, gaining access to this information was especially important since it may be presented as evidence in the review board hearings, as was expressed in the following quote: *"Sometimes they [the staff] write stuff down in my chart that I wasn't aware of . . . [they] never mentioned it in my TPC, so when it came up at my review board I was very surprised"* (Patient: 104).

Sharing treatment-related information with patients seems like a straight forward issue; however, several staff participants identified situations in which they may choose not to disclose information. In fact, the majority of staff participants reported that there were barriers to being open and honest with the patients. For instance, treatment teams may withhold information that involved other patients or staff because of confidentiality issues. The sharing of sensitive information could also be delayed because it may, at that time, distress or destabilize the patient. Moreover, information may not be shared with patients who are acutely ill or cognitively impaired since it is unlikely that they would be able to comprehend it. Regardless of the reasons, the staff participants emphasized that withholding information from patients was not a common practice at the forensic hospital and was restricted to exceptional cases. This was described concisely by a staff participant: *"I don't think at any point a lot of information is withheld from patients in my experience, very rarely and only in some really odd circumstances would that happen"* (Staff: 208).

Being 'kept in the loop' was perceived to be an important aspect of treatment planning at the forensic hospital. For patients, the experience of treatment planning, which included their ability to understand and participate in it, was greatly influenced by how they were kept informed by their treatment team members. The perceived challenge associated with providing clinical information to patients has consistently arisen in previous studies on mental health treatment planning (Anthony & Crawford, 2000; Johansson & Lundman, 2002; Olofsson & Jacobsson, 2001). Overall, the participants in this study held a positive outlook about information-sharing at the forensic hospital. Potential ways to improve the degree to which patients feel they are 'kept in the loop' include encouraging treatment teams to adopt a more proactive approach for communicating information with patients and ensuring that patients receive education and training about their own treatment plans.

Theme 6: *To trust or not to trust*

The sixth and final theme focused on issues of trust, honesty, and openness between patients and staff. This theme intersected most of the aforementioned themes; however, it emerged as an important and standalone dimension of

treatment planning—especially in the unique context of a forensic hospital. The majority of patient participants reported that, overall, trust and openness had been established between them and their treatment teams:

I think . . . the level of trust and honesty is high . . . It goes both ways . . . They're [the treatment team] being honest with me, even about the hard information . . . And I'm being honest with them. (Patient: 106)

My treatment team is pretty honest and trustworthy and helpful, so far. I don't think they have . . . backstabbed me in the back, yet. (Patient: 121)

As the last quote above illustrates, some patient participants reported positive experiences with their treatment teams, but held reservations about their team members' actions in the future.

Openness and honesty with treatment team members was cited by a number of participants as an important vehicle for managing risk and promoting wellness. However, the participants identified several barriers for building openness and honesty. The participants spoke about having difficulty with the dual role that treatment team members had to assume as they care for the patients while also having to enforce rules, report information, and ultimately protect the public. Patient participants discussed the challenges with opening themselves up to the therapeutic process while, at the same time, knowing that their treatment providers may potentially use the information to prolong and increase restrictions on their liberties: *"I think you have to . . . bite your tongue when you sit down with your team because you have to guard your emotions . . . because it would be held against you"* (Patient: 123). Similar findings have been captured by other studies involving people with mental illness who receive compulsory treatment (Livingston & Rossiter, 2011). The staff participants also shared concerns that the forensic context had a deleterious impact on the level of openness and honesty between the patients and treatment team members: *"There's this kind of odd system of rewarding good health and punishing ill health . . . [It] acts as a barrier"* (Staff: 208).

Patient participants also discussed other ways in which openness and honesty were undermined at the forensic hospital. Information reported by treatment team members at the review board hearings was a point of contention for patient participants. For instance, several participants conveyed a sense of powerlessness regarding their inability to refute what they felt were inaccurate claims made by staff members both at the review board hearings and during daily interactions at the forensic hospital: *"I know about creative charting, I know it happens . . . you say one thing and they [the staff] write down a complete different [thing]"* (Patient: 125). Some of the patient participants spoke about their general mistrust of staff members who they perceived as possessing an

enormous amount of power and influence over the patients' lives at the forensic hospital.

Trust for treatment planning was also shaped by patient participants' perceptions that decisions were made in a fair, transparent, and equitable manner: *"I noticed some [patients] . . . get left behind by the system and other people move on and I don't think that's always fair . . . certain people are given more privileges even though they're not better patients"* (Patient: 112). The perceived inconsistency and, sometimes arbitrariness, in the application of rules was also mentioned by several participants. While staff participants acknowledged that case-by-case decisions were important, they also suggested the need for greater transparency and standardization in order to improve trust and confidence in the system.

Overall, trust, honesty, and openness were recognized by the patient and staff participants of this study as core elements of treatment planning. Although this is arguably an important dimension of any form of human relationship or social process, it manifested in an extraordinary manner within the context of a forensic hospital. The major barrier that stood in the way of patients being open and honest with their treatment team members was clear: the fear of negative consequences. Trust in the treatment planning process was also affected by a myriad of other factors, such as perceived fairness, transparency, and accountability. In a forensic hospital, the provision of care is interconnected with restrictions on patients' liberties, which has the potential to transform treatment planning into a process that may be perceived as adversarial and anti-therapeutic. Despite the challenging context, a large proportion of patient participants in the current study felt that their relationships with the treatment teams were based on openness and honesty.

DISCUSSION

In this article, we describe the qualitative findings from a participatory action research study that examined treatment planning in a forensic mental health hospital. This particular topic was identified by the peer researchers as a critical aspect of their inpatient experiences. Our analysis revealed that the narratives about treatment planning were complex and variable—frequently touching on the overarching issues of power, inclusion, and freedom.

As mentioned earlier, treatment planning has been conceptualized according to its structural, content, and process-related dimensions (McLoughlin & Geller, 2010). In relation to the structural component, the participants discussed issues concerning the multidisciplinary treatment teams at the forensic hospital. Many participants called for expanding the conceptualization of the core treatment teams to make them more inclusive of other professional groups. The content component of treatment planning was reflected in the participants' narratives about the hospital programs, discharge

planning, and the integrated treatment plan. The participants also pointed toward the need to educate patients about their treatment plans, and to involve them consistently in creating their plans. Finally, the process component of treatment planning emerged when the participants spoke about the TPC meetings, the interaction between patients and treatment team members, the sharing of information with the patients, and the level of trust between patients and treatment teams. The participants' also identified several ways to improve treatment planning processes, such as using more inclusive approaches to involve patients in all aspects of treatment planning and establishing ways for patients to feel safe about disclosing information to the treatment teams.

In addition to these four components, the challenge of the 'forensic' dimension of treatment planning surfaced from the narratives. The participants frequently referred to the restrictions of patients' liberties and freedoms, which had a perceived impact on the quality of therapeutic relationships, collaborative processes, information-sharing, and discharge planning at the forensic hospital. The patient and staff participants shared a mutual goal of community reintegration, yet they discussed the need to navigate the forensic context where patients are involuntarily detained, service providers have dual agency, and decisions are often made on the basis of legal rules. This was certainly echoed in the patient participants' reflections about the slow pace of treatment planning and problems with trusting their treatment teams. Similarly, the staff participants often cited issues related to the forensic context and culture, such as the risk-focus, safety concerns, and legal requirements, as being significant barriers for involving patients in different aspects of the treatment planning process.

LIMITATIONS

There are several methodological strengths and limitations that must be acknowledged when interpreting the study's results and conclusions. The major strengths include our use of a participatory action research approach and qualitative techniques (e.g., reflexive journaling, prolonged engagement, member checking, triangulation) to ensure methodological quality. Additionally, the peer researchers were able to break down the power differentials with the patient participants, which may have promoted dialogue and facilitated the disclosure of sensitive information. At the same time, the PAR approach may have created a sampling and response bias. We are aware that some service providers were reluctant to participate in the interviews because of their discomfort disclosing certain information to the patient interviewers. Therefore, the service providers who participated in the study may represent a particular perspective with respect to treatment planning. The majority of staff participants (63%, $n = 10$) were extended members of treatment teams who may hold different views than core team members. Additionally, the data may be skewed toward the patient perspective because

the research team was comprised of patients, two-thirds of the participants were patients, and having interviewers who were patients may have influenced the way in which participants, particularly staff, responded to the questions.

CONCLUSION

The participatory action research approach used in this study demonstrates the value and real potential of involving forensic mental health inpatients in research. The peer researchers participated in every aspect of this study, including planning and design, data collection and analysis, and interpretation of the findings. The entire process took almost two years, during which the peer researchers gained rich insights into treatment planning at the forensic hospital by reflecting on their own experiences and learning about the experiences of others, including staff members.

Our research also sheds light on how patients and staff members perceive treatment planning in a forensic mental health hospital. The core features, as identified by the participants, were to: involve patients, include staff, facilitate patient progress, cultivate understanding, share information, and promote trust. Many of these aspects of treatment planning have been documented by previous studies; however, we would argue that the credibility and authenticity of these findings are strengthened through our involvement of peer researchers as well as patient and staff participants. Several practical implications arose from this study, including suggestions for how to improve engagement with patients and different professional groups in treatment planning at the forensic hospital. In response to one of the findings, Team P.E.E.R. created a plain-language brochure to educate patients at the forensic hospital about the ITP and treatment planning. Further research is needed to gain a better understanding of how engaging forensic mental health patients in therapeutic, risk management, and research processes influences clinical (i.e., mental health recovery), criminal justice (e.g., re-offending), and administrative (e.g., length of stay) outcomes.

REFERENCES

- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58(9), 1219–1221. doi: 10.1176/appi.ps.58.9.1219
- Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: The mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425–434. doi: 10.1046/j.1365-2850.2000.00332.x
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Chinman, M. J., & Allende, M. (1999). On the road to collaborative treatment planning: Consumer and provider perspectives. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 26(2), 211–218. doi: 10.1007/BF02287492

- Cornwall, A., & Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science and Medicine*, 41(12), 1667–1676. doi: 10.1016/0277-9536(95)00127-S
- Corrigan, P. W., & McCracken, S. G. (1999). Training teams to deliver better psychiatric rehabilitation programs. *Psychiatric Services*, 50(1), 43–45.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *Counseling Psychologist*, 35(2), 236–264. doi: 10.1177/0011000006287390
- Deegan, P., & Drake, R. (2006). Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatric Services*, 57(11), 1636–1639. doi: 10.1176/appi.ps.57.11.1636
- Fereday, J., & Muir-Cochrane, E. (2006). Demonstrating rigor using thematic analysis: A hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 80–92.
- Fichtner, C. G., Stout, C. E., Dove, H., & Lardon, C. S. (2000). Psychiatric leadership and the clinical team: Simulated in vivo treatment planning performance as teamwork proxy and learning laboratory. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 27(5), 313–337.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busch, R., & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2382–2384. doi: 10.1176/appi.ajp.162.12.2382
- Hillbrand, M., Young, J. L., & Griffith, E. E. H. (2010). Managing risk and recovery: Redefining miscibility of oil and water. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 38(4), 452–456.
- Johansson, I., & Lundman, B. (2002). Patients' experience of involuntary psychiatric care: Good opportunities and great losses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(6), 639–647. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00547.x
- Jones, A. (2006). Multidisciplinary team working: Collaboration and conflict. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 19–28. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00400.x
- Liberman, R., Hilty, D., Drake, R., & Tsang, H. (2001). Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 52(10), 1331–1342. doi: 10.1176/appi.ps.52.10.1331
- Livingston, J. D., & Rossiter, K. R. (2011). Stigma as perceived and experienced by people with mental illness who receive compulsory community treatment: A qualitative study. *Stigma Research & Action*, 1(2), 1–8. doi: 10.5463/SRA.v1i1.1
- Ludman, E., Katon, W., Bush, T., Rutter, C., Lin, E., Simon, G., . . . Walker, E. (2003). Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychological Medicine*, 33(6), 1061–1070. doi: 10.1017/S003329170300816X
- McCallin, A. (2003). Interdisciplinary team leadership: A revisionist approach for an old problem? *Journal of Nursing Management*, 11(6), 364–370. doi: 10.1046/j.1365-2834.2003.00425.x
- McLoughlin, K., & Geller, J. (2010). Interdisciplinary treatment planning in inpatient settings: From myth to model. *Psychiatric Quarterly*, 81(3), 263–277. doi: 10.1007/s11126-010-9135-1
- Munich, R. (2000). Leadership and restructured roles: The evolving inpatient treatment team. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(4), 482–493.
- Nicholls, T. L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 23–30. doi: 10.1016/j.jljp.2008.11.007
- Olofsson, B., & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: Involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357–366. doi: 10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x
- Opie, A. (1997). Thinking teams thinking clients: Issues of discourse and representation in the work of health care teams. *Sociology of Health & Illness*, 19(3), 259–280. doi: 10.1111/j.1467-9566.1997.tb00019.x
- Rodenhauser, P. (1996). Psychiatrists as treatment team leaders: Pitfalls and rewards. *Psychiatric Quarterly*, 67(1), 11–31. doi: 10.1007/BF02244272
- Saldaña, J. (2009). *Coding manual for qualitative researchers*. London: Sage.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179–183. doi: 10.1002/nur.4770180211
- Schneider, B. (2012). Participatory action research, mental health service user research, and the Hearing (our) Voices projects. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(2), 152–165.
- Shaw, M., Heyman, B., Reynolds, L., Davies, J., & Godin, P. (2007). Multi-disciplinary teamwork in a UK regional secure mental health unit a matter for negotiation? *Social Theory & Health*, 5(4), 356–377. doi: 10.1057/palgrave.sth.8700103
- Singh, N. N., Singh, S. D., Sabaawi, M., Myers, R., & Wahler, R. (2006). Enhancing treatment team process through mindfulness-based mentoring in an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 30(4), 423–441. doi: 10.1177/0145445504272971
- Soffe, J., Read, J., & Frude, N. (2004). A survey of clinical psychologists' views regarding service user involvement in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(6), 583–592. doi: 10.1080/09638230400017020
- Storm, M., & Davidson, L. (2010). Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatric Quarterly*, 81(2), 111–125. doi: 10.1007/s11126-009-9122-6
- van der Velde, J., Williamson, D. L., & Ogilvie, L. D. (2009). Participatory action research: Practical strategies for actively engaging and maintaining participation in immigrant and refugee communities. *Qualitative Health Research*, 19(9), 1293–1302. doi: 10.1177/1049732309344207
- Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. (2009). *Manual for the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START): Revised*. Port Coquitlam, British Columbia and Hamilton, Ontario: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- White, G. W., Suchowierska, M., & Campbell, M. (2004). Developing and systematically implementing participatory action research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4 Suppl 2), S3–S12. doi: 10.1016/j.apmr.2003.08.109
- Whyte, L., & Brooker, C. (2001). Working with a multidisciplinary team in secure psychiatric environments. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 39(9), 26–34.
- Whyte, W., Greenwood, D., & Lazes, P. (1989). Participatory action research: Through practice to science in social research. *American Behavioral Scientist*, 32(4), 513–551. doi: 10.1177/0002764289032005003
- Woltmann, E. M., & Whitley, R. (2010). Shared decision making in public mental health care: Perspectives from consumers living with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 29–36. doi: 10.2975/34.1.2010.29.36

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

INTERVENTION

Texte 8

Le Fort, V.
(2011)

***Prendre soin du patient difficile en psychiatrie :
Une revue de littérature étoffée.***

Travail de *bachelor*, Haute École de Santé, Fribourg, p. 21-31.

4. RESULTATS

Afin d'exposer les résultats le plus clairement possible, nous avons dans un premier temps procédé à l'identification de thèmes. Puis, dans un second temps, nous avons classifié les résultats dans ces thèmes.

En première partie, il nous a paru essentiel d'exposer dans ce chapitre, les principales sources de difficultés identifiées dans les articles retenus pour cette revue de littérature. Bien que ces données ne répondent pas de manière directe à notre question de recherche, elles apportent un éclaircissement essentiel à la problématique et facilitent la compréhension des réponses amenées par les différents auteurs en deuxième partie.

La première partie des résultats permet une réflexion sur le sujet et amène déjà, de manière implicite, quelques pistes sur la recherche de stratégies permettant de prendre soin du patient difficile en psychiatrie.

4.1. IDENTIFICATION DES SOURCES DE DIFFICULTES

4.1.1. Les croyances et les perceptions des soignants

➤ Ce thème est évoqué huit fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14.

Les faits d'associer les comportements autodestructeurs à de la manipulation et de penser que le trouble de la personnalité borderline est plus un problème comportemental que pathologique, rendent le patient complètement responsable de son état et par conséquent, ne suscitent pas la volonté d'aider chez le soignant (Nehls, 1999). Pourtant, nombreux sont les participants aux études, notamment dans celles de Nehls (ibid.) ainsi que de Perseus, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005), qui soulignent que l'automutilation est un moyen d'atténuer la douleur émotionnelle et non de la manipulation.

Selon l'étude de Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers, la tendance qu'ont les professionnels à considérer les patients comme ayant la capacité mais pas la volonté de se comporter différemment, rend la relation thérapeutique difficile (2009). De même, le mythe que l'hospitalisation des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est contre-productive, nuit à la relation infirmière-patient et augmente la frustration de l'équipe (James & Cowman, 2007).

Dans l'étude de Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), nombreuses sont les infirmières convaincues qu'aider un patient souffrant du trouble de la personnalité borderline constitue une perte de temps et d'argent.

Quant à Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel & Schene (2011), ils identifient dans le processus d'interprétation du comportement difficile, chez le professionnel, quatre attributions causales influençant le comportement de ce dernier. Les causes peuvent être neurobiologique, sociale, psychologique ou morale. Selon Koekkoek et al. (ibid.), si la cause est neurobiologique, le professionnel pense que le patient n'a pas de contrôle sur son comportement. Ainsi, son comportement est admis et le patient est en droit de bénéficier des soins. En revanche, si l'attribution causale du comportement difficile est psychologique, elle entraîne facilement le rejet du patient (Koekkoek et al., ibid.). Ces auteurs expliquent que le patient est tenu en parti responsable de son comportement car il est perçu comme contrôlable mais doté de mauvaises capacités d'adaptation.

L'ambivalence des professionnels qui perçoivent des patients non psychotiques chroniques comme étant réellement malades ou non, ainsi que les demandes de ces patients à bénéficier du statut de malade, peuvent causer des frictions dans la relation thérapeutique (Koekkoek, van Meijel, Schene & Hutschemaekers, 2010).

4.1.2. L'étiquette de « patient difficile »

➤ Ce thème est évoqué sept fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 4, 6, 8, 10, 12.

La plupart des articles qui traitent du trouble de la personnalité borderline font ressortir la tendance des soignants à mettre une étiquette, voire à stigmatiser ces patients. En effet, le patient souffrant de ce trouble est vite classé dans la catégorie « patient difficile » car ce dernier constitue un vrai « challenge » pour l'équipe soignante (Fallon, 2003 ; Koekkoek, van Meijel & Hutschemaekers, 2006). De plus, le patient leur fait refléter des sentiments d'incompétence et d'impuissance (Koekkoek et al., ibid.). Raison pour laquelle cette étiquette évoque tout de suite des réactions négatives chez le professionnel, indépendamment du comportement actuel du patient et elle a pour conséquence d'abaisser la quantité et la qualité des soins (Koekkoek et al.,

ibid.). Ces attitudes contre-thérapeutiques qui en découlent renforcent les caractéristiques du patient difficile chez l'individu et par conséquent, placent le soignant et le patient dans un cercle vicieux (Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel & Schene, 2011).

4.1.3. La lutte du pouvoir

➤ Ce thème est évoqué cinq fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 3, 5, 14.

Le phénomène de lutte pour obtenir plus de pouvoir ou de contrôle est identifié comme étant une cause fréquente de difficulté dans la relation avec le patient. Pour Koekkoek et al. (2010), la lutte de pouvoir résulte essentiellement de la divergence des attentes entre le clinicien et le patient.

Les participants de l'étude de Breeze et Repper (1998) décrivent les règles imposées comme trop strictes ainsi que la volonté des soignants de monopoliser l'entier du pouvoir comme sources de conflits. L'obligation du patient de coopérer avec ce qui lui est imposé ainsi que l'utilisation de la menace ou du chantage pour que ce dernier obéisse, constituent également des éléments néfastes à la relation (Breeze & Repper, ibid.). Un participant de l'étude de Perseius, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005) affirme que pour lui, ne pas avoir le droit de donner son avis ou de prendre une décision, correspond à une attitude irrespectueuse de la part du soignant et rajoute de la souffrance.

4.1.4. Le manque de personnel

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 3.

Breeze et Repper (1998) ainsi que Laskowski (2001) perçoivent le manque de personnel, résultant notamment de restrictions budgétaires ou de l'organisation du service, comme une source de difficultés supplémentaire. Selon Breeze et Repper (1998), un manque de personnel accentue les difficultés lors des prises en soins de patients difficiles. En effet, ces derniers demandent beaucoup de temps aux infirmières et celles-ci, sous pression organisationnelle, se sentent souvent dépassées ou frustrées (Breeze & Repper, ibid.).

4.2. IDENTIFICATION DES STRATEGIES

4.2.1. S'intéresser au patient ainsi qu'à son vécu pour comprendre le sens de ses actes

- Ce thème est évoqué neuf fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 14.

« Comprendre le sens » est un point de la théorie ancrée de Laskowski (2001) soulignant que tout signifie quelque chose et arrive pour une raison. Selon cette même auteure, la flexibilité et surtout la capacité de voir le problème depuis le point de vue du patient permettraient de réduire les difficultés rencontrées dans la relation. De plus, selon Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), une alliance forte entre le patient et le professionnel peut être établie, à condition qu'il y ait une compréhension de la signification du sens du comportement du patient.

Notamment pour les patients atteints du trouble de la personnalité borderline, il est essentiel que le thérapeute soit conscient qu'il y a de fortes probabilités que le patient ait subi des abus dans son enfance (Langley & Klopper, 2005). Cette prise de conscience peut permettre au professionnel, de prévenir le développement d'attitudes négatives (Fallon, 2003). De plus, comme le rappellent Langley et Klopper (2005) les individus ayant été victimes d'abus éprouvent beaucoup de difficultés à savoir si les personnes qui les entourent sont dignes de confiance ou pas. Cela explique le besoin de ces patients à tester, à maintes reprises, la confiance chez le soignant (Langley & Klopper, *ibid.*).

Nehls (1999) souligne l'importance de voir les patients comme des « auteurs de la connaissance » et non comme des « objets de connaissances ». Elle ajoute que pour pouvoir apprendre d'une personne souffrant de troubles mentaux, il faut savoir contester toute tentative de stigmatisation.

4.2.2. Augmenter la responsabilité et favoriser l'autonomie du patient en intégrant le patient dans le processus des soins

- Ce thème est évoqué huit fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 14.

Les plans de soins déjà élaborés par les soignants paraissent souvent irréalisables aux yeux des patients (Breeze & Repper, 1998). Ainsi, il est essentiel que la prise en soins comprenne une construction de sens commune

entre le thérapeute et le client (Laskowski, 2001). L'étude de Fallon (2003) soulève qu'une meilleure intégration du patient dans le processus des soins, contribue à améliorer les prestations offertes dans les services psychiatriques. Koekkoek et al. (2010) soulignent l'importance de l'accord mutuel ; les buts ainsi que des stratégies de traitements doivent être décidés avec le patient. Le manuel d'intervention « Interpersonal Community Psychiatric Treatment », développé par Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers (2010), comporte un chapitre sur l'évaluation de l'entretien et du processus de l'alliance thérapeutique. Aussi bien le clinicien que le patient, donnent leur évaluation par écrit sur ces deux points et s'informent mutuellement sur leur satisfaction ou insatisfaction. Ainsi, chacun a sa part de responsabilité dans l'alliance et dans sa participation à l'entretien (Koekkoek et al, *ibid.*). Tous les cliniciens de l'étude de Langley et Klopner (2005) préconisent le recours au contrat qui permet de renforcer le partenariat patient–professionnel, la responsabilité du patient ainsi que son autonomisation.

4.2.3. Participer à des supervisions

➤ Ce thème est évoqué six fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 1, 2, 6, 10, 12, 13.

Une infirmière participant à l'étude de Laskowski (2001), souligne l'importance d'être écouté par un superviseur compétent, ayant des connaissances en psychothérapie et qui valide les sentiments exprimés par les participants. D'ailleurs, Laskowski (*ibid.*) appuie l'importance de mettre en place des cours pour développer les compétences des superviseurs. Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschenmaekers (2010) jugent également essentiel le soutien aux professionnels, par la supervision, pour améliorer la qualité et la coopération interprofessionnelle. Quant à Woollaston et Hixenbaugh (2008), ils maintiennent qu'une supervision régulière permettant de partager des expériences désagréables, constitue un moyen de prévention contre le burn-out.

4.2.4. Optimiser l'attitude du soignant

➤ Ce thème est évoqué six fois et se réfère aux articles correspondant aux grille no : 1, 3, 4, 7, 9, 14.

Nombreux sont les auteurs qui encouragent les soignants à adopter une attitude positive à l'égard du patient pour faciliter la relation.

Selon Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), le patient qualifié de difficile est particulièrement attentif à l'attitude et au comportement du soignant, raison pour laquelle certains aspects sont d'autant plus importants. L'attitude positive se traduit par : le respect du patient, l'écoute attentive, la validation des sentiments et des comportements ainsi que le non-jugement (Koekkoek et al, ibid.). Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009) soulignent qu'une attitude encourageante des infirmières à l'égard de leurs patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est un des aspects essentiels qui influence positivement les résultats des soins prodigués à cette population difficile. Les participants de l'étude de Perseus, Ekdahl, Asberg et Samuelsson (2005), affirment que la compréhension, le respect et la validation des soignants, à leur égard, apparaissent être indispensables pour atténuer leurs souffrances.

4.2.5. Favoriser le travail d'équipe

➤ Ce thème ressort quatre fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 4, 7, 13.

Fallon (2003) suggère une approche d'équipe incluant des discussions régulières sur les interventions, pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline. Cette approche permet de prévenir l'effet de clivage de l'équipe, mais aussi d'optimiser l'efficacité des soins.

Dans l'étude de Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), les infirmières expérimentées et satisfaites de leur expérience professionnelle, se révèlent être une importante ressource pour l'équipe. En effet, elles contribuent à amener une culture de travail positive et à permettre une meilleure gestion du stress psychique et physique de leurs collègues (Ma et al., ibid.). Il ressort également de cette étude que les infirmières ayant cherché de l'aide chez leurs collègues plus expérimentées ont acquis plus de satisfaction à la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, tout en offrant des soins plus individualisés. L'aide de leurs collègues leur a aussi permis d'avoir plus d'attentes positives quant aux résultats des prises en soins et leur a permis ainsi d'acquiescer plus de volonté, à faire face aux défis et d'interagir plus positivement avec leurs clients (Ma et al., ibid.).

Krawitz et Watson (2003) entendent surtout par « approche d'équipe », l'homogénéisation de la façon de travailler de tout le personnel, en utilisant des protocoles pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la

personnalité borderline, dans le but de réaliser des soins appropriés (cités par James & Cowman, 2007).

4.2.6. Etablir une solide relation thérapeutique

➤ Ce thème est évoqué quatre fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 4, 6, 9, 12.

Dans plusieurs études ayant recueilli les données auprès des patients, la relation se révèle être primordiale. L'étude de Fallon (2003) révèle que la relation constitue l'élément de soutien le plus important dans la vie des individus souffrant du trouble de la personnalité borderline. De plus, selon Ma, Shih, Hsiao, Shih et Hayter (2009), certains patients souffrant du trouble de la personnalité borderline adoptent des comportements perturbateurs envers les infirmières distantes afin que celles-ci démontrent un peu d'intérêt à établir une relation avec eux.

En effet, l'établissement d'une relation thérapeutique avec le patient constitue la première étape de la prise en soins et elle est indispensable pour arriver à des résultats (Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschemaekers, 2010 ; Woollaston & Hixenbaugh, 2008).

Tous les participants à l'étude de Langley & Kloppe (2005) s'accordent à dire que la confiance constitue l'élément essentiel pour établir et maintenir une alliance thérapeutique entre le soignant et le patient souffrant du trouble de la personnalité borderline. Ils affirment aussi qu'en absence de confiance, toute intervention a peu de probabilité de réussir.

4.2.7. Structurer la prise en soins à l'aide d'un modèle ou d'un protocole

➤ Ce thème ressort trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 6, 8, 13.

L'étude de James et Cowman (2007) suggère le développement et l'utilisation de protocoles pour la prise en soins des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline. Ces auteurs pensent que cette mesure permettrait de convaincre le personnel que l'admission de ces patients est efficace et augmenterait ainsi leur enthousiasme.

Le programme d'interventions « Interpersonal Community Psychiatric Treatment » développé par Koekkoek, van Meijel, Schene et Hutschenmaekers (2010), contient un modèle (« Stage Model ») qui aide les professionnels à mieux structurer leur prise en soins, ainsi qu'à choisir différentes techniques

thérapeutiques adaptées à l'évolution de l'état du patient. Les experts ayant participé à l'étude de Koekkoek, Hutschemaekers, van Meijel et Schene (2011) encouragent vivement l'utilisation de protocole permettant un meilleur suivi et une prise en soins plus structurée. De plus, dans l'étude de Koekkoek et al. (ibid.), le besoin de structure dans les soins est aussi mentionné par les patients.

4.2.8. Bénéficiaire de cours spécialisés

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 10, 12, 13.

Face à la difficulté de la prise en soins de patients souffrant du trouble de la personnalité borderline, la majorité des participants des études de James et Cowman (2007) ainsi que de Woollaston et Hixenbaugh (2008), désireraient bénéficier de cours spécialisés pour améliorer leurs compétences. Cleary, Siegfried et Walter (2002) affirment qu'indépendamment du niveau de connaissances relatives au trouble de la personnalité borderline, il existe un réel besoin de formation chez les soignants, pour maintenir l'enthousiasme, les attitudes positives et la confiance en eux (cités par James & Cowman, 2007). L'étude de James et Cowman (ibid.) confirme la nécessité d'offrir des cours aux infirmières, permettant d'apprendre à évaluer de manière efficace et correcte les antécédents d'abus chez les patients (fréquents chez les patients atteints du trouble de la personnalité borderline). Cette démarche contribuerait à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients concernés (James & Cowman, ibid.).

Nehls (1999) mentionne également l'importance d'améliorer notamment les programmes d'enseignement. Cet auteur ajoute que pour atteindre ce but, une meilleure compréhension de l'expérience vécue des patients (souffrant du trouble de la personnalité borderline) est une condition indispensable.

4.2.9. Parler ouvertement de la maladie

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 4, 5, 13.

Il existe une tendance, chez les professionnels, à ne pas communiquer le diagnostic au patient ou à ne pas l'évoquer en sa présence (Fallon, 2003). Pourtant, malgré la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard du patient atteint du trouble de la personnalité borderline, l'étude de Fallon (ibid.) met en

évidence le besoin de ces patients de connaître leur diagnostic pour mieux comprendre leurs sentiments et leurs comportements. En outre, recevoir un diagnostic signifie pour la plupart des patients, une reconnaissance sincère de leur problème et de leur souffrance (Koekkoek et al., 2010). D'ailleurs, les participants de l'étude de Koekkoek et al. (ibid.) soulignent la volonté d'obtenir une évaluation correcte de leur état de santé de la part des professionnels.

Quant à Linehan (2003), il affirme également que donner des informations au sujet du diagnostic au client, constitue un élément-clé pour le succès d'une psychothérapie (cité par James & Cowman, 2007).

4.2.10. Prendre de la distance avec le comportement difficile

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 5, 12.

Etablir des limites permet à l'infirmière de prendre de la distance face au comportement difficile et de se protéger contre d'éventuelles souffrances psychiques (Laskowski, 2001). Les participants de l'étude de Koekkoek et al. (2010) expriment le désir de traiter avec un soignant capable de ne pas interpréter les comportements difficiles comme dirigés contre eux personnellement. Aux yeux de ces participants, il est indispensable que le soignant soit capable de garder une certaine neutralité face au comportement et qu'il l'évalue correctement comme ayant du sens.

Les participants de l'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008) affirment que le sentiment d'être manipulés par certains patients, a pour conséquence de se sentir dévalorisés. Ces participants rajoutent qu'il est pour cette raison essentiel de maintenir la conscience de soi et de ses limites lors d'interactions avec ces patients.

4.2.11. Poser des limites claires

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 2, 4, 9.

Le soignant, en clarifiant son rôle et en posant des limites claires, permet de se protéger contre des éventuelles intrusions ou menaces du patient (Laskowski, 2001). Poser des limites est aussi une manière d'anticiper et de prévenir des difficultés dans la relation (Laskowski, ibid.).

Selon Langley et Kloppe (2005), un accord mutuel avec des règles claires quant à la disponibilité du soignant pour le patient, a plusieurs effets bénéfiques

à différents niveaux. Les risques de burn-out sont diminués pour le soignant, le patient agit moins de manière impulsive et la relation thérapeutique risque moins de se dégrader (Langley & Klopper, 2005). D'ailleurs, l'étude de Fallon (2003) révèle que les soignants capables de fixer des limites claires et précises ont été identifiés par les patients comme étant des personnes dignes de confiance.

4.2.12. Eviter la lutte du pouvoir

➤ Ce thème est évoqué trois fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 1, 2, 3.

D'après Breeze et Repper (1998), permettre au patient d'avoir un contrôle signifiant sur les soins qui lui sont prodigués, tout en le traitant de manière respectueuse et valorisante, diminuerait les conséquences négatives sur les comportements. Harris et Morrisson (1995) ajoutent que de privilégier des techniques de négociation, à l'inverse d'utiliser le pouvoir, diminue le risque d'éclats de violence (cités par Laskowski, 2001). Le soignant doit pouvoir abandonner le besoin de contrôle pour atteindre le but précité, mais aussi pour éviter de s'attribuer tout manque de coopération du patient à son propre échec thérapeutique (Laskowski, *ibid.*).

4.2.13. Analyser les phénomènes de transfert et de contre-transfert

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no : 1, 13.

La revue de littérature de Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006) met en évidence la difficulté rencontrée dans la relation thérapeutique. Ces auteurs soulignent l'importance de prendre conscience des phénomènes de transfert et de contre-transfert qui peuvent constituer la source des difficultés rencontrées dans la relation avec ces patients.

Koekkoek et al. (*ibid.*) rappellent que les sentiments émergents du phénomène de contre-transfert peuvent amener le soignant à prodiguer des soins de haute qualité ou au contraire, à négliger les soins. Raison pour laquelle ils encouragent vivement les soignants à essayer d'interpréter et de comprendre les causes de ces deux phénomènes pour améliorer la relation soignant-patient.

Quant à Bowers (2002) notamment, il souligne surtout l'importance d'avoir recours aux supervisions permettant d'aider le personnel à mieux gérer les problèmes de contre-transfert (cité par James & Cowman, 2007).

4.2.14. S'appuyer sur son expérience professionnelle

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 2, 12.

Le changement d'interprétation et de perception au fil des années est cité dans deux études. Ce processus constitue le fondement de la théorie ancrée de Laskowski (2001) se basant sur l'expérience et la compréhension. Des interventions avec des clients difficiles qui se terminent par un succès favorisent une meilleure confiance en soi et l'acquisition de plus de compétences pour interpréter le comportement du client (Laskowski, *ibid.*). Quant à l'étude de Woollaston & Hixenbaugh (2008), elle met en évidence l'acceptation du soignant, avec le temps, de ne pas pouvoir toujours aider et aboutir à des succès thérapeutiques.

4.2.15. Prendre soin de soi

➤ Ce thème est évoqué deux fois et se réfère aux articles correspondant aux grilles no: 1, 2.

Laskowski (2001) en parle dans la phase du « Illuminating Meaning ». Lorsque les émotions de l'infirmière sont trop fortes et l'empêchent d'adopter une attitude thérapeutique, elle va faire appel à des démarches individuelles lui permettant de prendre soin d'elle-même (Laskowski, *ibid.*). Selon cette auteure, ces démarches lui permettent également de prévenir le burn-out et de garder de l'intérêt pour son travail. Laskowski (*ibid.*) définit deux catégories de stratégies : le « Going in » et le « Going out ». Le « Going in » est un travail interpersonnel qui passe par l'introspection de soi pour comprendre ses propres sentiments. Une des participantes de cette étude explique que lorsqu'elle a recourt au « Going in », elle se retrouve seule et joue d'un instrument de musique. Cela lui permet de retrouver de l'énergie mais aussi de favoriser la réflexion personnelle. Le « Going out » (ex : la supervision) est une stratégie qui passe par la relation aux autres, également dans le but d'approfondir la compréhension de ses propres sentiments. Quant à Koekkoek, van Meijel et Hutschemaekers (2006), ils citent l'importance de maintenir un équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle.

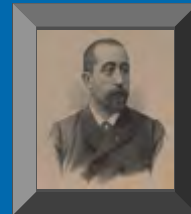
TEXTES COMPLÉMENTAIRES

PATHOLOGIE

Texte 9

(Non daté)

Syndrome Gilles de la Tourette



Syndrome Gilles de la Tourette

Intervention auprès de la famille et de l'école

Chantal Labbé
Travailleuse sociale

Geneviève Duchesne
Neuropsychologue

Le 16 mars 2010

Syndrome Gilles de la Tourette

Plan de présentation

- Description du SGT
- Tics / interventions
- Symptômes associés
- TDAH / interventions
- Anxiété / interventions
- Interventions familiales
- Interventions scolaires

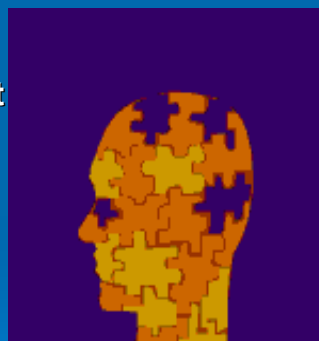


2

Syndrome Gilles de la Tourette

Diagnostic

- Trouble du mouvement caractérisé principalement par des tics
- Maladie neuropsychiatrique comportant plusieurs symptômes et souvent des troubles associés
- L'enfant doit avoir :
 - Tics sonores et
 - Tics moteurs... durant plus d'un an
 - Tics qui apparaissent avant 18 ans
- Diagnostic donné par neurologue et / ou psychiatre dans les cas complexes



3

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / tics

- Les tics sont des mouvements involontaires, soit simples ou complexes. Une forme d'inconfort physique qu'il faut soulager
- Les tics sont souvent répétitifs, varient dans le temps et l'évolution est imprévisible. Diminuent avec la concentration
- Ils augmentent dans les périodes de stress et de changement
- Période plus difficile entre 10 et 13 ans. **Amélioration après l'adolescence**
- Affecte davantage les garçons



4

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / tics

- **NE PAS INTERVENIR** pour faire cesser les tics, sauf si l'enfant se blesse ou blesse autrui
- **DÉDRAMATISER** les tics. Le sujet ne doit pas être tabou, surtout pour les parents et la famille élargie
- **ÉCHANGER** sur le sujet aidera l'enfant à mieux accepter ses tics
- **ÊTRE CAPABLE DE PARLER DE SES TICS** affectera moins son estime et facilitera ses relations

5

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / tics

- **Les tics peuvent épuiser physiquement** le jeune. Il peut être déconcentré. Il peut chercher à les contrôler et à les camoufler :
 - ◆ *Offrir des lieux ou des périodes où il peut évacuer ses tics*
- **Informers les intervenants** du diagnostic à la discrétion des parents et du jeune. Divulguer aux autres élèves et expliquer le syndrome doit se faire sous certaines conditions

6

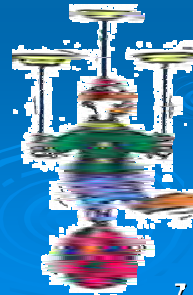
Syndrome Gilles de la Tourette

Description / Non spécifique

Atteinte affectant les mécanismes d'inhibition

Difficulté d'auto-contrôle

- ◆ des mouvements (*tics, hyperactivité, impulsivité*)
- ◆ des pensées (*peu d'inhibition, rigidité*)
- ◆ des émotions (*gestion et excès*)



7

Syndrome Gilles de la Tourette

Symptômes non spécifiques

- **Retard du développement de la motricité fine**
(ex.: maladroit, mauvaise calligraphie)
- **Souvent avec une plus grande sensibilité sensorielle**
(bruit, toucher, odeur)
- **Rigidité cognitive et comportementale**
(manque de flexibilité)

8

Syndrome Gilles de la Tourette

Troubles associés / TDAH

- **Déficit d'attention (inattention)**
- **Hyperactivité / impulsivité**
- ❑ **Souvent avec problème d'organisation et/ou de planification ...**



9

Syndrome Gilles de la Tourette

Grand principes / TDAH

ACCEPTER ET COMPRENDRE LES LIMITES
POUR COMPENSER ET AMÉNAGER

- 👉 **SOUTIEN ET COACHING PARENTAL** pour être constant
- 👉 **DONNER** consignes courtes, simples... **RÉPÉTER**... **ÉVITER** de diviser l'attention
- 👉 **SEGMENTER** le travail et s'entendre à l'avance sur ce qu'il doit faire
- 👉 **RAMENER** l'attention régulièrement par des gestes / contact visuel
- 👉 **ACCORDER** des pauses fréquentes où il peut bouger

10

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / TDAH

- 👉 **FAVORISER** un placement préférentiel en classe
- 👉 **AVOIR RECOURS** à un pair aidant et à l'aide aux devoirs
- 👉 **VERBALISER** ou **DESSINER** les étapes des routines et des stratégies de travail
- 👉 **UTILISER** abondamment des aide-mémoire
- 👉 **DÉFINIR** les circonstances optimales pour les devoirs
- ★ **Renforcements positifs et quotidiens par les intervenants et les parents**

11

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / TDAH / Jeune

- Aider le jeune à faire le lien entre ses difficultés scolaires et son TDAH : **CONSCIENTISATION** et **AUTO-ÉVALUATION**
- Amener le jeune à se donner des outils :

- **S'AUTOVÉRIFIER** et **S'AUTOCORRIGER**
- **POSER** des questions, demander de répéter
- **ÉCRIRE** au fur et à mesure
- **REGARDER** l'interlocuteur
- **RECHERCHER** les indices contextuels et visuels pour compenser
- **CHOISIR** sa place, **RÉDUIRE** le bruit ambiant
- **APPRENDRE** à vivre avec le fait qu'il devra travailler davantage



12

Syndrome Gilles de la Tourette

Troubles associés

- **Troubles anxieux :**
 - Crainte démesurée compte tenu de l'âge et de l'événement
 - Grandes peurs, anxiété et phobies
- **Trouble obsessionnel - compulsif :**
 - **Obsession** : idées ou images qui s'imposent à la conscience
 - **Compulsion** : comportements ou gestes répétitifs faits dans le but de soulager l'idée envahissante...

Associée à une **tension** Crise excessive si on l'empêche de faire le rituel ou le geste compulsif

13

Syndrome Gilles de la Tourette Recommandations / anxiété



- Comprendre qu'une peur est irrationnelle.
- Les parents doivent **percevoir l'anxiété**, **rassurer** et **élaborer des moyens concrets** pour sortir l'enfant de l'envahissement
- **Faire participer l'enfant** à l'élaboration des moyens
- Les parents ne doivent pas encenser **les comportements d'évitement** ni participer de façon excessive aux rituels
- Restreindre la durée ou le nombre de rituels
- **Nommer, expliquer** et **contenir** l'anxiété
- Attention aux **comportements régressés**

14

Syndrome Gilles de la Tourette Troubles associés

- **Troubles du sommeil**
Somnambulisme, somniloquie, problèmes d'endormissement, éveils fréquents, terreurs nocturnes, cauchemars
- **Trouble d'opposition avec provocation**
Ensemble de comportements de désobéissance et de provocation surtout avec les figures d'autorité
- **La Crise de colère** n'est pas un diagnostic



15

Syndrome Gilles de la Tourette

Colère / Opposition / Contrôle

- **La crise de colère** survient avec un sentiment de perte de contrôle, précédée souvent d'une impression de tension intérieure. Voir signes précurseurs
- **L'opposition** est de refuser toute forme d'autorité, de règles ou de limites. Attitude de toute puissance, lutte de pouvoir
- **La difficulté de contrôle** se voit davantage avec la difficulté à composer avec ses désirs, sa rigidité et son anxiété

16

Syndrome Gilles de la Tourette

Recommandations / Perte de contrôle

- Ne pas accepter des comportements inacceptables tels que: **menace, coup, bris d'objet ou insulte**
- Prévoir scénario lors des crises de colère
- Chercher avec le jeune des moyens très concrets pour l'aider à se contrôler et / ou se rassurer (*thermomètre de colère*)
- Ne jamais argumenter ou négocier, cela favorise les crises et suscite l'opposition : **changer de sujet, changer de pièce, couper le contact physique et verbal, l'orienter vers une activité...**



17

Syndrome Gilles de la Tourette

Cibler les symptômes dérangeants

- **La médication** est donnée sur le ou les symptômes les plus handicapants. Altération au niveau de son image ou de son fonctionnement social, scolaire ou familial
- **L'intervention** doit cibler les comportements les plus dérangeants et pas nécessairement le ou les diagnostics
- **Prioriser le comportement** le plus dérangeant pour chercher solution. Ne pas demeurer dans le général.....Tourette.....TDAH.....Anxiété

18

Syndrome Gilles de la Tourette

Les interventions auprès de la famille



- ◆ Il est difficile d'être parent
- ◆ Personne ne l'est à son entière satisfaction et personne ne traverse tout le processus sans blessure
- ◆ Cela a sans doute toujours été une tâche plus ou moins impossible

Minunchin

19

Syndrome Gilles de la Tourette

Problèmes fréquents

- ✓ Difficultés d'encadrement
- ✓ Comportements rebelles ou d'anxiété
- ✓ Relation parents / enfant trop proche
- ✓ Épuisement parental
- ✓ Difficultés en milieu scolaire
- ✓ Non acceptation du ou des diagnostics
- ✓ Problèmes mal identifiés, situation confuse

20

Syndrome Gilles de la Tourette

Famille avec difficultés d'encadrement

- Mésentente au niveau du couple parental
- Relation très proche mère / enfant
- Pas de tiers dans la relation (*frontière rigide*)
- Rôle parent / enfant est indifférencié (*confusion*)
- Absence de génération = impossibilité d'autorité parentale
- Communication concrète sans élaboration ni lien
- Rigidité dans les rôles, les attentes, la communication
- Un parent a souvent les mêmes limites que l'enfant

21

Syndrome Gilles de la Tourette

Interventions psychosociales

- Intervenir auprès du **couple parental** afin qu'il devienne plus cohérent comme sous-système
- Amener les parents à s'entendre sur la compréhension:
 - ◆ maladie ◆ comportement ◆ traitement
- **Vérifier** auprès des parents si **leurs attentes** sont semblables et réalistes considérant les limites de l'enfant. **Acceptation des diagnostics** par le jeune et ses parents dans le quotidien

22

Syndrome Gilles de la Tourette

Interventions psychosociales

- Bien interpréter les comportements du jeune pour les associer aux bons diagnostics
- Bonne interprétation des comportements par les parents et les intervenants favorise une cohérence de l'intervention
- Faire le profil du jeune avec parents et intervenants

23

SGT: Portrait du jeune Comportements fréquents

◆ FAIRE PROFIL DU JEUNE ◆

TICS : renifle, tousse, plisse le nez, cligne des yeux

TDA : lunatique, inattentif, peu concentré, manque information

Hyperactivité : bouge, agité, impulsif, agit avant de penser

Rebelle : argumente, s'oppose, mèche courte, crise de colère

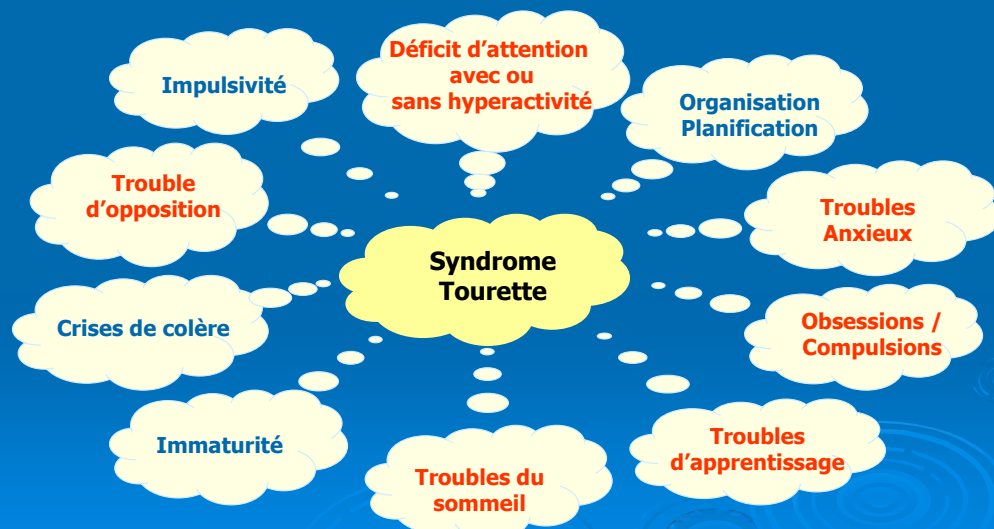
Anxiété : craintif, peureux, dépendant, inhibé

Socialisation : pas d'ami, partage peu, conflits avec les pairs

Apprentissage : échec académique, période des devoirs conflictuelle, absentéiste, "parent- professeur"

24

Syndrome Gilles de la Tourette Par l'Association SGT



25

Syndrome Gilles de la Tourette Intervention psychosociale

➤ Discussions sur l'**encadrement** pour questionner:

- ◆ les relations (*trop proche / trop loin*)
- ◆ la communication
- ◆ l'autorité
- ◆ les règles



➤ Encourager de toutes les manières possibles la **différenciation des générations**

26

Syndrome Gilles de la Tourette Interventions psychosociales

➤ **Élaborer** avec les parents **un encadrement** clair, cohérent et constant pour suppléer:



- ◆ manque de contrôle
- ◆ offrir un milieu sécurisant

➤ **Chercher avec le jeune** des petits moyens concrets pour qu'il se contrôle davantage dans son quotidien

27

Syndrome Gilles de la Tourette

Interventions psychosociales

- Toujours vérifier si **l'interdépendance** (la proximité de la relation) entre le jeune et les parents favorise l'autonomie du jeune
- Encourager les parents à aider leur enfant à vieillir, devenir autonome et avoir des **mouvements de séparation / individuation**
- Atténuer les sentiments de culpabilité et d'incompétence chez les parents pour favoriser une bonne relation avec l'enfant

28

Syndrome Gilles de la Tourette

Milieu scolaire



- ◆ **PRÉCISER** les difficultés
- ◆ **Déterminer** les **BESOINS**
- ◆ **S'AJUSTER**
- ◆ **COMMUNIQUER**

29

Syndrome Gilles de la Tourette

Problèmes fréquents: Difficultés d'apprentissage

- ➡ Problèmes d'écriture, dessin, calligraphie
- ➡ Difficulté à mémoriser par cœur
- ➡ Concentration / inattention inefficace
- ➡ Organisation temporelle, de la planification et l'élaboration de stratégies problématiques
- ➡ Manque de flexibilité, difficulté à généraliser, à abstraire
- ➡ La grammaire et la syntaxe sont un défi
- ➡ Mauvaises méthodes de travail

30

Syndrome Gilles de la Tourette

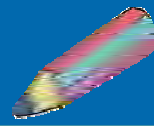
Troubles d'apprentissage

- Certains enfants ont un trouble spécifique d'apprentissage
- Difficulté à comprendre ou traiter certain type d'informations, **indépendamment** de l'intelligence ou de l'attention
- La dyslexie / dysorthographe, la dyscalculie, la dyspraxie sont des exemples de troubles spécifiques d'apprentissage
- Une évaluation par des professionnels (*ex.: neuropsychologue, orthophoniste...*) est nécessaire pour donner ce diagnostic et d'orienter les services et les interventions.

31

Syndrome Gilles de la Tourette

Intervention scolaire



- Établir avec les intervenants, les parents et le jeune, le **portrait de l'enfant** au plan :
 - ◆ du fonctionnement personnel et social
 - ◆ des routines
 - ◆ des capacités d'apprentissage
- Faire un **plan d'intervention** et impliquer si nécessaire les professionnels extérieurs à l'école
- S'assurer d'une **communication régulière** entre les parents et l'école durant les périodes difficiles

32

Syndrome Gilles de la Tourette

Intervention scolaire

- Une rigidité mentale et un manque d'autocontrôle sont fréquents. Cela s'associe à une immaturité. Il faut être plus tolérant et ajuster certaines attentes pour l'âge
- Il importe toutefois de maintenir des exigences et de les adapter. *Par exemple, ce qui est inacceptable le demeure : blesser, insulter, frapper...*
- Au lieu de punir, proposer de réparer ses torts *(s'excuser, payer les dégâts avec son argent de poche, etc.)*

33

Syndrome Gilles de la Tourette

Intervention scolaire

- **Prévenir les situations problématiques** est souvent préférable
- **Un TOC, l'anxiété, un trouble du sommeil, un TDAH, la médication** peuvent entraver les résultats scolaires
- Garder en tête que l'efficacité des interventions peut être en dents de scie....**chercher l'explication**

34

Syndrome Gilles de la Tourette

En Bref

- ✓ **S'INFORMER** sur le syndrome Gilles de la Tourette
- ✓ **CONNAÎTRE** les symptômes associés de l'enfant
- ✓ **DÉDRAMATISER LES TICS** chez les parents et l'enfant
- ✓ **DÉPARTAGER les comportements** en les associant soit aux tics, au déficit d'attention, à l'hyperactivité, à l'anxiété, à l'impulsivité, à l'immaturité, à l'opposition, aux obsessions / compulsions tout en tenant compte de la personnalité et l'âge de l'enfant

35

Syndrome Gilles de la Tourette

En Bref

- ✓ **S'ENTENDRE** entre parents sur la compréhension des comportements et les difficultés de l'enfant
- ✓ **S'ENTENDRE** entre parents sur le soutien, l'encadrement et la discipline et par la suite impliquer l'enfant
- ✓ **ÉLABORER** entre parents et ensuite avec l'enfant, des moyens très concrets pour l'aider à se contrôler et / ou se rassurer
- ✓ **INVITER** l'enfant à se contrôler via de petits objectifs

36

Syndrome Gilles de la Tourette

En Bref

- ✓ **PLANIFIER** un scénario lors des crises de l'enfant
- ✓ **COLLABORER** étroitement avec les intervenants scolaires
- ✓ **ORGANISER** l'environnement familial et scolaire
- ✓ **PRÉVOIR** dans votre quotidien des moments agréables avec votre enfant pour favoriser une bonne relation
- ✓ **GARDER** une intimité de couple

37

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

MÉCANISMES DE DÉFENSE

Texte 10

Ruszniewski, M.
(2011)

***Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade :
confrontation à la maladie grave***

18^e Journées La douleur de l'enfant. Quelles réponses? 8-9 décembre.

Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave

Martine Ruszniewski

Psychologue, institut Curie, Paris

Les patients, l'entourage des malades et le milieu soignant sont souvent très angoissés par cette perspective. Ainsi, les médecins, conscients de leur responsabilité au moment d'annoncer aux malades une réalité médicale, savent que la façon dont ils vont la formuler déterminera par la suite les relations entre le malade et l'équipe médicale.

Dans la relation qui s'instaure entre le soigné et le soignant, chacune des parties éprouve des difficultés quant aux dires. Ainsi, le médecin craint de trop en dire et/ou choisit de ne rien dire, alors que le soigné peut être convaincu qu'on ne lui dit rien. Les relations risquent perpétuellement d'être biaisées par les non-dits, par ce qu'il est impossible de dire tout en sachant qu'il faut faire la distinction entre la vérité et la réalité médicale.

De fait, la réalité médicale est objectivée par la médecine et le pronostic est déterminé en fonction de statistiques.

Par opposition, la relation à la vérité est fondée sur des mécanismes psychiques, tant de la part des malades que de celle des bien portants. Chacune de ces parties peut adopter, dans leur relation à la vérité, différents mécanismes de défense.

Mécanismes de défense des soignants

Les soignants adoptent fréquemment des mécanismes de défense, de l'ordre de la fuite mais aussi plus massifs ou plus subtils, leur permettant d'atténuer l'impact de la souffrance dans leur relation avec le malade. Ces comportements de fuite sont d'autant plus exacerbés en situation de crise aiguë ou d'appréhension extrême. En tant que mécanismes inconscients, ils ne doivent pas être jugés. On ne reconnaît pas suffisamment l'angoisse qui étreint le médecin au moment de dévoiler la réalité à un malade qu'il ne connaît pas sur le plan psychologique. Il semble d'ailleurs nécessaire de donner davantage de crédit aux volontés de la famille, certainement la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour son proche.

Ainsi les différents mécanismes de défense des soignants sont les suivants.

Le mensonge

Le mensonge, « mécanisme de défense de l'urgence », s'avère être, de par son caractère entier et radical, le plus dommageable à l'équilibre psychique du malade. Dans ce cas la violence de l'impact de la vérité, dévoilée sans préalable le moment venu, engendrera toujours par sa soudaineté un effet de traumatisme insoutenable pour le patient. En voulant « apaiser » le malade par le mensonge, le soignant neutralisera chez le patient la montée progressive de l'angoisse, alors protectrice par le biais des contre-tensions qu'elle génère ; car l'angoisse, en protégeant le malade de l'effet de sidération, lui permet alors de s'ajuster progressivement à la menace qui se profile. Le soignant lui, dans une situation d'angoisse extrême, ne peut décrypter les mécanismes psychiques

du patient et ne se préoccupe en fait que de sa propre angoisse.

La fausse réassurance

En optimisant des résultats alors que le patient lui-même n'y croit plus, le soignant va chercher à se protéger encore un peu en conservant la maîtrise de ce savoir sur lequel lui seul a encore prise ; en tentant d'enrayer le processus psychique du patient, le soignant parvient ainsi à suspendre, encore un temps, l'accès du malade à l'inéluctable certitude.

La fuite en avant

Surestimant parfois la maturation psychique du patient, certains soignants ne parviennent pas à s'adapter au rythme du malade ni à suivre les bouleversements de son cheminement intérieur : devançant toutes les questions et brûlant sans cesse les étapes, ils s'empresseront de tout dire, comme oppressés par le poids d'un secret non partagé dont ils voudraient se libérer sur-le-champ.

Les conséquences de cette action sont dramatiques car elle génère par la suite une effraction psychique. L'effet de surprise agit en effet comme un traumatisme.

L'identification projective

Elle consiste à prêter à l'autre ses propres sentiments en fonction de son histoire, de sa culture.

On peut également citer : la banalisation et l'esquive.

Mécanismes de défense des malades

Les réactions des malades sont souvent fluctuantes, imprévisibles et déconcertantes. Elles s'opposent ainsi à l'organisation quasi obsessionnelle de l'hôpital. Les mécanismes de défense sont les suivants.

La dénéiation

Le malade refuse de toutes ses forces de reconnaître la réalité traumatisante, préférant refouler sa souffrance et enfouir, en le niant, ce savoir encore trop douloureux. En dépit de l'évidence et de la multiplication d'indices manifestes et flagrants, certains patients s'acharneront à récuser la menace pour tenter, le plus longtemps possible, d'assourdir le choc de l'inconcevable certitude. Avec le *déni apparent*, le malade fait semblant de ne pas savoir. Il peut adopter deux attitudes :

- la sérénité, qui constitue un mécanisme opérant dans la mesure où le patient a le sentiment de rester vivant à part entière ;
- par opposition, l'angoisse, véritable bouclier contre le désespoir, forme de déni inopérant. Elle se traduit soit par une projection agressive sur l'entourage — il s'agit alors de temporiser avant d'affronter l'inéluctable réalité —, soit par une régression, c'est-à-dire une demande de protection et de prise en charge.

La sublimation et la combativité

Le malade essaie de rendre constructive son épreuve en maintenant un continuum de vie. Il adapte son psychisme à la maladie. Ce sont évidemment ces malades qui sont les plus faciles à traiter dans le système hospitalier.

Le déplacement

Le malade focalise sa peur sur une autre réalité en transférant l'angoisse inhérente à sa maladie

sur un élément substitutif, souvent sans rapport apparent avec sa maladie ; en procédant par associations directes (ne parler que de sa peur de l'alopécie sans jamais évoquer son cancer) ou parfois plus lointaines et complexes, le malade « choisit » ainsi une cible plus accommodante et, de ce fait, moins douloureuse.

Les rites obsessionnels

Le malade se sentira moins vulnérable s'il pense pouvoir encore comprendre son mal et en maîtriser le processus, lui restituer — dans le présent — une certaine cohérence. Il s'attachera ainsi à certains rites, précis et obsessionnels, respectant scrupuleusement toutes les prescriptions, suivant rigoureusement l'évolution de sa maladie pour en appréhender les moindres détails, comme si cette hantise d'une surveillance sans relâche avait pour corollaire un gage de guérison : les manquements de l'entourage ou de certains soignants aux mesures d'hygiène préconisées par le corps médical constitueront pour ces patients une souffrance telle que leurs réactions seront souvent d'une extrême violence.

En conclusion

Il semble important d'accepter qu'il ne soit pas toujours possible d'accéder à une « belle mort ». La mort est parfois un processus violent. Les familles ne doivent pas se sentir coupables de ce fait. L'obligation de sérénité peut être aussi préjudiciable pour le patient que l'obligation de guérir. Il semble également nécessaire d'accepter de considérer les mécanismes de défense comme légitimes face à l'angoisse de la mort, sans négliger le fait qu'interpréter ces mécanismes de défense ne permet pas de les lever. Au contraire, si un patient est violenté dans ses défenses psychiques, celles-ci peuvent s'en trouver renforcées.

Ainsi, ce travail auprès de patients atteints de maladie grave, ce difficile cheminement dans un pas à pas au quotidien, requiert une immense énergie aux soignants, souvent usés par les trop-pleins de tensions émotionnelles inexprimées. Mieux se comprendre permet alors aux soignants d'affronter cette usure pour pouvoir tenir et composer avec leur propre angoisse et celle du malade. Pour parvenir à côtoyer la mort et tenter d'accompagner cet être en souffrance, peut-être faut-il aussi accepter l'imprévu en se laissant surprendre, admettre de n'être, dans le silence, que le dépositaire impuissant de la détresse du malade ; le laisser cheminer tout en l'assurant de son soutien et de son écoute et tenter de l'aider à vivre au cœur de ce présent, en restituant à ce temps sa valeur, son amplitude et son intensité ; réinventer enfin, jour après jour, ces liens complexes qui se tissent au travers d'une relation faite de souffrance et d'authenticité pour permettre au malade de demeurer, jusqu'au bout, un sujet aimant et aimé, un être encore vivant malgré la mort qui se profile.

Bibliographie

Buckman R. *S'asseoir pour parler*. Inter Éditions, Paris, 1994.

Freud A. *Le moi et les mécanismes de défense*. PUF, Paris, 1949.

Mannoni M. *Le nommé et l'innommable*. Denoel, Paris, 1991.

de M'Uzan M. *De l'art à la mort*. Gallimard, Paris, 1977.

Ruszniewski M. *Face à la maladie grave, patients, familles, soignants*. Dunod, Paris, 1995.

Ruszniewski M. *Le groupe de parole à l'hôpital*. Dunod, Paris, 1999.

Sapir M. *Formation à la relation soignant-soigné*. La pensée sauvage, Grenoble, 1989.

Zittoun R, Ruszniewski M. Implications psychologiques des cancers. Conséquences psychologiques de la maladie. *Bull Cancer (Paris)* 1988 ; 75 : 943-8.

18^e Journées *La douleur de l'enfant. Quelles réponses ?*

8 & 9 décembre 2011

Zittoun R, Engel M, Ruszniewski M. Tranquilliser le malade gravement atteint ou en risque de mort. *Psy Fr* 1991 ; 1 : 142-55.

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

MÉCANISMES DE DÉFENSE

Texte 11

Bazex, H., Combalbert, N.
(2009)

**Les mécanismes de défense d'une équipe soignante
d'une unité d'hospitalisation sécurisée pour les détenus**

L'évolution psychiatrique 74, 556-564.

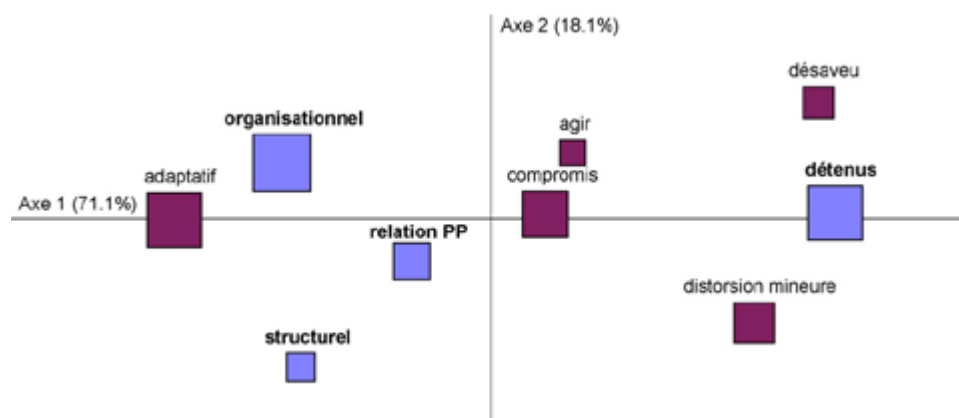


Fig. 1. Analyse factorielle des correspondances entre les mécanismes de défense et les dimensions de la prise en charge.

désaccord entre les deux juges, une discussion sur la pertinence du repérage des mécanismes de défense a permis de trouver un consensus pour toutes les situations de désaccords.

Le **Tableau 2** met en évidence les fréquences significativement supérieures ou inférieures à l'effectif théorique.

Les soignants mobilisent significativement plus de mécanismes du niveau adaptatif élevé et significativement moins de mécanismes de niveau mineur de distorsion de l'image pour les dimensions organisationnelles professionnelles. Alors que l'évocation des éléments relatifs aux détenus (dimensions cliniques) augmente le recours aux mécanismes du niveau du désaveu et diminue significativement l'utilisation de mécanismes de niveau adaptatif élevé. En effet, la différence des répartitions des mécanismes de défense entre les dimensions organisationnelles professionnelles et les dimensions cliniques (détenus) est très significative ($\chi^2 = 40,98$; $p < 0,01$). D'autres dimensions s'avèrent significativement différentes au regard de leur mobilisation défensive : les dimensions structurelles et organisationnelles professionnelles ($\chi^2 = 14,57$; $p < 0,01$), les dimensions des relations avec le personnel pénitentiaire et clinique ($\chi^2 = 20,11$; $p < 0,05$), et les dimensions structurelles et cliniques ($\chi^2 = 26,32$; $p > 0,01$). Seule la différence des répartitions des mécanismes de défense entre les dimensions structurelles et celles des relations avec le personnel pénitentiaire est peu significative ($\chi^2 = 7,80$; $p < 0,09$).

La **Fig. 1** représente les liens entre les modalités des variables et nous permet de visualiser le degré d'attraction ou de répulsion des mécanismes de défense avec les dimensions de la prise en charge. Les dimensions organisationnelles à gauche, et cliniques (détenus) à droite, confirment le clivage repéré et le lien spécifique entre les dimensions organisationnelles professionnelles et les mécanismes de niveau adaptatifs élevés et entre les dimensions cliniques et les mécanismes du niveau du désaveu. Le pourcentage de variances cumulées par les deux facteurs est très satisfaisant, il atteint 89,2 % et restitue près de la totalité de l'information (**Fig. 1**).

Nous présentons dans la partie suivante l'interprétation des résultats statistiques à la lumière d'une lecture psychodynamique.

3.3. Analyse psychodynamique du discours des soignants

L'analyse des dimensions organisationnelles (professionnelles et relationnelles) et cliniques a été particulièrement développée afin de préciser les modalités de la régression défensive repérée dans les résultats statistiques.

3.3.1. La dimension organisationnelle professionnelle

3.3.1.1. *Les motivations au travail à l'UHSI.* Cet aspect de cette dimension organisationnelle professionnelle est celui qui a mobilisé le plus de mécanismes de défense de niveau adaptatif élevé chez les soignants. Le mécanisme de l'altruisme est mobilisé chez plus de la moitié des soignants et se repère par la volonté d'exercer une médecine « sociale » auprès d'une population vulnérable et marginalisée : « *ma motivation, c'était de rencontrer des gens. . . qu'on ne rencontre pas dans la vie normale, c'est-à-dire tournés sur les problèmes sociaux* ». Certains développent un positionnement idéologique et humaniste à l'égard des « patients détenus » : « *J'avais très envie de travailler avec ce type de population, je pense que c'est des gens qui ont encore plus de chose à demander donc, j'ai encore plus de choses à apporter* ».

On retrouve aussi de manière majoritaire l'utilisation des mécanismes tels que l'affiliation, dans la recherche d'un travail en équipe pluridisciplinaire, de sublimation, dans la volonté de créer un espace de soins identique à celui que l'on trouverait dans une unité traditionnelle. La question des motivations met en évidence une attente importante dans le discours des soignants qui, au travers de ce renouveau professionnel, envisagent la possibilité d'associer leurs spécialisations à la création d'un service dédié à une population vulnérable. Beaucoup évoquent ici la difficulté de leur travail précédent et le sentiment de lassitude qu'ils pouvaient ressentir (cinq sur 12).

Le personnel médical évoque en majorité la formation suivie avant leur prise de poste à l'UHSI de manière conjointe avec le personnel pénitentiaire. Si elle a permis de construire des relations d'équipe avant même l'ouverture de l'UHSI (neuf sur 12), certains soignants ont trouvé que l'aspect sécuritaire était trop développé (quatre sur 12) : « *il y avait certaines choses un peu exagérées. Surtout au vu des gens qu'on a ici, depuis décembre, ça se passe bien. . .* ».

3.3.1.2. *Les pratiques professionnelles..* De manière générale, le personnel soignant considère que le fait de travailler à l'UHSI est une expérience professionnelle positive. La pluridisciplinarité apparaît comme un moteur essentiel des pratiques de soin à l'UHSI (six sur 12). Pluridisciplinarité que l'on retrouve au sein de l'équipe soignante et rendue nécessaire par les missions de soins diverses de l'UHSI et par la collaboration avec le personnel pénitentiaire. Le principe d'égalité des soins est aussi central dans la pratique des personnels interrogés : « *Moi, je suis désolée, je suis en blanc, quoi, et quand je suis en blanc, je suis professionnelle, et j'ai choisi de soigner quelle que soit la personne en face, quoi, sinon, je change de métier* ».

La question des pratiques professionnelles révèle l'utilisation de mécanismes adaptés en majorité. L'affiliation et la sublimation sont mobilisées au travers des notions de pluridisciplinarité et de création d'un service. La satisfaction professionnelle est repérable dans le discours des infirmières qui trouvent un intérêt intellectuel (intellectualisation) dans la pratique de leur métier à l'UHSI. Ce sentiment est d'autant plus renforcé par le récit d'expériences antérieures marquées par un épuisement professionnel dû à une cadence importante et à l'intensité des relations qu'elles entretenaient avec les patients. Du côté des aides-soignantes, la pratique du brancardage lors des extractions pour amener les détenus hospitalisés dans d'autres services, les oblige à mobiliser des mécanismes visant la défense contre l'angoisse. Elle reste, cependant, contenue par l'utilisation de mécanismes de niveau adaptatif élevé (humour, affiliation) ou de compromis (déplacement).

3.3.1.3. *L'organisation de l'hospitalisation.* Mais, le fonctionnement de l'UHSI demande une organisation concertée et structurée. La pluralité des intervenants demande une coopération en amont de l'hospitalisation du détenu et le respect d'une procédure complexe. Son organisation devra prendre en compte plusieurs paramètres, à la fois sécuritaires (nombre d'extractions limité par semaine, nombre d'ouvertures de portes de chambres limité à deux simultanément), et médi-

caux (prise de rendez-vous pour d'éventuels examens complémentaires, organisation des escortes pour l'accès au plateau technique).

Si le fonctionnement de l'UHSI est complexe, il est rendu possible par le nombre peu important de détenus hospitalisés (cinq sur 12). D'ailleurs, il est très rare que les 16 lits soient occupés simultanément et les soignants se déclarent inquiets des raisons de l'irrégularité du nombre d'hospitalisations et de l'importante proportion des refus de soins par les détenus (huit sur 12). Certaines rendent compte d'un sentiment d'ennui.

Lorsque cette thématique a été développée, les mécanismes de défense mobilisés (isolation des affects, déplacement, agression passive) appauvrirent l'élaboration. Le lien quasi systématique qu'opéraient les soignants avec le refus de soin nous encourage à penser que l'organisation de l'hospitalisation est entravée par la représentation négative qu'ils ont des règles de sécurité, considérées comme une des causes principales du refus de soin chez les détenus hospitalisés.

3.3.1.4. Les règles de sécurité. Pourtant, la majorité du personnel soignant déclare avoir assimilé les règles de sécurité liées au fonctionnement de l'UHSI (neuf sur 12). « *Ca n'empêche pas le côté sécuritaire, moi, je m'y plie, à partir du moment où c'est. . . pas toujours logique d'ailleurs, mais je m'y plie* ». Et ce, grâce à la formation conjointe suivie avant de travailler à l'UHSI (sept sur 12). Les mises en situation ainsi que la présence des personnels pénitentiaires leur ont permis d'intégrer les règles importantes : la non-divulgence d'informations sur le parcours de soin et d'éléments personnels au patient, la vigilance quant au matériel médical apporté dans les chambres des patients, l'ouverture des portes par les surveillants, les mesures de sécurité à l'entrée de l'UHSI.

Cependant, l'équipe soignante ressent la présence de certaines règles comme une perte d'autonomie. Habituees à une grande marge de manœuvre professionnelle dans les services traditionnels, l'ouverture des portes des chambres par les surveillants est vécue avec une certaine frustration (quatre sur 12). De la même façon, certains ressentent la présence du surveillant derrière la porte comme une pression qu'ils tentent de gérer en restant le moins possible dans la chambre (six sur 12). La relation « soignant-soigné » est affectée par le regroupement des soins et se trouve limitée pour six soignants sur 12.

Cet aspect fait l'objet d'une élaboration modérée par les soignants qui articulent difficilement les aspects de la sécurité à ceux du soin. Si la formation commune a permis l'assimilation de règles de sécurité à l'UHSI, les mécanismes de défense mobilisés témoignent d'un conflit non résolu entre les aspects sanitaires et les aspects sécuritaires. On note de manière générale la réactivation d'affects liés à la frustration de subir ces règles. Cette frustration est d'autant plus importante que les soignants n'évoquent que très rarement les risques potentiels liés aux soins des personnes détenues et qu'ils s'identifient aux détenus dans le vécu des règles de sécurité. Seulement quatre soignants sur les 12 interrogés élaborent une pratique de soin cohérente dans un cadre sécurisé. Pour les autres personnels interrogés, les stratégies qu'ils utilisent laissent apparaître une agressivité qui s'oriente, par déplacement, sur le personnel pénitentiaire, représentant des règles. Un sentiment d'injustice envahit le discours de la majorité des soignants que les mécanismes de niveau adaptatif ne parviennent plus à maîtriser. La projection des « mauvais éléments » liés à l'hospitalisation des détenus sur les personnels pénitentiaires permet de garantir aux soignants une position réparatrice et « bonne » dans le sens de la considération des détenus hospitalisés comme des « patients comme les autres ».

3.3.2. La dimension clinique

3.3.2.1. La relation avec les détenus. La plupart des soignants (11 sur 12) repèrent d'importantes limitations dans les relations qu'ils entretiennent avec les détenus hospitalisés dues aux contraintes

sécuritaires (non-divulgations aux détenus d'informations relatives à l'organisation des soins et à la vie personnelle et présence du surveillant derrière la porte pendant les soins) : « *Il faut toujours, heu... faire intervenir le surveillant, donc on essaye de regrouper tous les soins, pour faire le moins d'interventions, de rentrer le moins possible dans les chambres... C'est vrai qu'au début, c'était un peu difficile et puis après on s'y fait très bien, d'avoir toujours un intervenant pour nous ouvrir la porte, c'est ce qui est le plus difficile à... s'habituer... faire attention à tout ce qu'on rentre dans les chambre, les pansements et tout le matériel, faut rien laisser, rien oublier, enfin... faire attention à tout ça... faire attention à ce qu'on dit...* ». La limitation des relations avec les détenus nuit au sentiment de satisfaction professionnelle dans la mesure où l'aspect relationnel est prépondérant dans le métier de soignant : « *Ca réduit le relationnel, en plus ce sont des patients qui sont difficiles d'approche dans la mesure où ce sont des gens un peu, qui ne parlent pas aussi facilement, qui sont un peu repliés sur eux-mêmes (...)* *Ca me manque, ça me manque, parce que dans ma fonction d'aide-soignant (...)* *Je pensais qu'on allait avoir beaucoup plus de contacts* ».

3.3.2.2. L'attitude des détenus. La majorité du personnel soignant s'accorde à dire que les détenus se comportent de manière respectueuse avec eux (neuf sur 12). Alors qu'ils s'attendaient à être confrontés à des individus s'apparentant à l'image du « *mauvais garçon* », le personnel soignant interrogé se dit même « *très surprise par les réactions des patients qui sont très respectueux, sûrement qu'il y avait une espèce d'idée où on se représente le prisonnier comme un mauvais garçon (rires)...* ». Cette politesse des détenus à l'égard du personnel soignant s'accompagne aussi d'une attitude perçue comme beaucoup moins demandeuse (six sur 12) que celle auxquelles les soignants étaient habitués dans les services non sécurisés : « *après ils sont pas très, très demandeurs, je crois que si on va pas au devant, ils vont se le garder...* ». Pour trois des soignants interrogés, cette attitude peu demandeuse est à relier au fonctionnement auquel les détenus se sont habitués en prison.

La question de la relation que les soignants entretiennent avec les détenus réactive un sentiment de frustration important qui se manifeste chez dix soignants sur les 12 interrogés. Cette frustration génère un recours important à des mécanismes de compromis (déplacement) qui permettent de reporter sur la présence des surveillants ou sur l'attitude du détenu, les restrictions relationnelles dans la relation « soignants-soignés ». La justification de cette limitation s'apparente aussi pour la majorité des personnes à une rationalisation qui procède du niveau du désaveu. Une seule soignante rend compte de stratégies créatrices (sublimation) lui permettant de sauvegarder une relation de qualité avec les détenus, différente, mais aussi « *riche* » que celle qu'elle entretenait auparavant.

3.3.2.3. Le vécu de l'hospitalisation.. Les soignants déplorent que les conditions d'hospitalisation soient restrictives pour les patients détenus (11 sur 12) : L'opacité des fenêtres, l'isolement des patients détenus, l'absence de cours de promenade, l'interdiction de téléphoner font l'objet de critiques assez marquées dans le discours de la moitié du personnel interrogé : « *Je trouve ça un peu ridicule qu'il y ait pas de promenade, que les patients puissent pas sortir des chambres, enfin, non seulement c'est ridicule, mais en plus c'est insoutenable, pour quiconque... je pense qu'on pourrait assouplir et qu'il leur simplifierait un peu le séjour. Il y a pas mal de patients qui ne veulent pas venir, en fait, dans des situations non urgentes, à cause de ce régime qui est un peu sévère, à mon sens* ». La représentation négative de l'UHSI dans ses aspects sécuritaires est d'autant plus prégnante qu'elle est renforcée par une forte empathie pour les détenus qui subissent des conditions qualifiées « *pire que la prison* ». Une proportion importante de soignants s'identifie aux détenus (sept sur 12), sans pour autant trouver de solution créatrice à la conflictualisation à laquelle ils sont confrontés.

Comme nous venons de le voir dans la dernière citation, la question du vécu de l'hospitalisation est aussi fortement associée au refus de soin (six sur 12). L'équipe s'interroge de leur proportion relativement importante. *« C'est très bizarre parce qu'on se dit : pourquoi ils veulent revenir en prison, quand même ? ... Ils sont si bien ici. ... »*. Certains se positionnent avec une certaine empathie pour le détenu, d'autres, l'interprètent selon l'établissement d'origine du détenu. Les règles de l'UHSI se rapprochant davantage de celles d'une maison d'arrêt, les détenus provenant de centres de détention vivraient l'hospitalisation comme une *« régression »*. De manière plus minoritaire, certains pensent que le patient détenu va surinvestir le peu de liberté que l'administration lui octroie au travers de son corps qui serait un de ses derniers espaces d'expression. Ce thème met en évidence l'importance de l'aspect relationnel dans le cadre des soins pour les soignants et l'entrave que constituent les règles de sécurité dans leur pratique : *« En étant vraiment en colère de toutes ces restrictions qu'ils mettent parce que je trouve qu'ils sont allés trop loin, quoi. Je suis en colère quand un patient me dit que c'est pire que la prison. Je le vis très mal. Je le vis très mal »*.

Le vécu de l'hospitalisation marque l'échec des procédés défensifs adaptés, de par la déception que le refus de soin des détenus génère chez les soignants. Nous repérons une ambivalence dans l'abord de la pluralité des fonctionnements à l'UHSI : pour une grande proportion (huit soignants sur 12), l'UHSI, de par son aspect hospitalier revêt une représentation idéalisée. Alors que ses côtés sécuritaires s'articulent aux représentations négatives que les soignants véhiculent du fonctionnement carcéral. Le repérage des mécanismes de défense aux dimensions structurelles avait en effet montré, que les soignants évitent l'aspect sécuritaire dans les missions de l'UHSI.

3.3.2.4. La représentation des détenus. L'évocation des représentations sanitaires des détenus réactive encore la thématique du refus de soin qui s'explique pour ces cas, par le manque de considération que les détenus portent à leur santé au profit d'avantages matériels qu'ils conserveraient en restant en prison. Une faible proportion (trois sur 12) pense que les détenus ont des problèmes sanitaires spécifiques dus au peu d'implication qu'ils développent par rapport à leur santé. Les représentations du fonctionnement psychologique des détenus sont quant à elles, peu homogènes. Pour environ la moitié du personnel (cinq sur 12), les détenus sont *« manipulateurs »*, *« caractériels »* (*« Ils peuvent avoir des changements de comportements d'une heure à l'autre (...) ils sont tellement sur eux en cellule »*) ou *« immatures »*. Pour deux soignants, les détenus ont des comportements difficiles à qualifier, ce qui semble rendre compte d'une incompréhension à leur égard. D'un autre côté, les détenus sont perçus comme des personnes issues de la population générale par rapport à laquelle il n'y pas de différence (trois soignants sur 12).

La question de la représentation des détenus par le personnel soignant leur a aussi permis d'évoquer la question de leur dangerosité (quatre sur 12) qui ne semble pas faire l'objet d'un consensus au sein de l'équipe. Les soignants ont recours à une évaluation très subjective de la dangerosité des détenus hospitalisés. Pour un soignant, par exemple, les détenus hospitalisés n'ont pas un comportement qui laisserait envisager une possibilité d'agression ou un risque quelconque d'évasion : *« quand on les voit comme ça, on se dit pas qu'ils sont dangereux, on a des gens tout à fait normaux »*. Sinon, le caractère *« manipulateur »* évoqué est directement relié à une certaine méfiance à l'égard des détenus : *« C'est vrai que je suis un peu sur mes gardes, des fois j'aime bien savoir s'il a tué quelqu'un. J'estime important de savoir s'il est super dangereux, ou pulsionnel »*.

La dimension clinique est celle qui a mobilisé dans le discours des soignants le plus de mécanismes du niveau mineur de distorsion de l'image et du désaveu. Les détenus font alternativement l'objet de dévalorisation et d'idéalisation dans le discours des soignants qui opèrent généralement

une régression défensive à l'évocation de cette question. Nous repérons aussi qu'ils se placent dans une certaine omnipotence par rapport aux soins qu'ils apportent en comparaison au traitement dégradant que constitue la prison pour les détenus.

Les détenus peuvent donc être « mauvais », selon leur délit (pédophilie), leur attitude (manipulatrice, mielleuse et peu demandeuse) ou leur physique (« impressionnant »). Ils peuvent être aussi « bons » de part leur présence à l'UHSI (et non à la prison). Les détenus hospitalisés sont investis selon l'aspect « patient » et non par rapport au fait qu'ils font l'objet d'une mesure judiciaire. L'évitement de l'aspect judiciaire est rationalisé par le principe d'égalité et la qualité des soins : le personnel dans son ensemble, souhaite que les détenus hospitalisés à l'UHSI soient appelés : « des patients-détenus », car cette appellation traduit la primauté du soin que l'UHSI doit poursuivre sur celui de la sécurité. De même, les chambres dans lesquelles sont hospitalisés les détenus ne doivent jamais être appelées « cellules ». Les personnels condensent leur conflit sur des territoires symboliques (questions de vocabulaire et géographiques) en revendiquant leur identité professionnelle qui semble se sentir menacée par l'intrusion de la pratique pénitentiaire.

3.3.3. Les dimensions organisationnelles relationnelles

Concernant les relations avec le personnel pénitentiaire, huit soignants sur 12 déclarent qu'elles sont positives, surtout avec la première équipe avec qui la formation avait été donnée en commun. Les relations semblent plus conflictuelles avec la deuxième équipe arrivée en avril pour remplacer la Police² : « *On avait pas du tout ressenti de problème avec la première équipe, alors que là, on a l'impression, nous aussi d'être méprisés par certaines personnes, on se demande pour quelles raisons ils sont là* ».

Certains (six sur 12) pensent que ces difficultés relationnelles sont dues à la conception de la relation qu'ils entretiennent avec les détenus et se sentent jugés par le personnel pénitentiaire : « *Je suis sûr qu'ils pensent qu'on tombe un peu dans le... l'affectif, le cocooning, parce que le métier de soignant c'est ça, (...) eux, ils sont plus durs, dans leurs expressions, dans leur façon de parler (...) c'est deux métiers complètement différents, on le sent... des fois ils ont tendance à se moquer de vous* ». La présence des personnels pénitentiaires derrière la porte pendant les soins encourage cette impression et justifie dans le discours des soignants le fait que les relations avec les détenus soient limitées (sept sur 12). Certains (six sur 12) évoquent une conception différente de l'appartenance institutionnelle et de la culture professionnelle de l'UHSI « *On a deux visions de l'UHSI différentes (...). Eux, c'est une prison et nous, c'est un hôpital, c'est pas toujours évident d'arriver à concilier que c'est un patient détenu (...); On va voir un détenu qui va engager la conversation qui va avoir un sourire et quand on va sortir, on va s'entendre dire : il te sourit parce que c'est un délinquant sexuel et que tu lui plaît, il veut te manipuler* ». D'autres (quatre sur 12), rendent compte des différences de missions professionnelles : « *Nous, on répond à des besoins à des services, eux, c'est plus on ferme, on ouvre la porte, on est plus dur avec eux* ». Les relations avec le personnel pénitentiaire ont été évoquées en termes de rapports de force (trois soignants) et d'incompréhension (trois soignants).

Le cadre de la collaboration avec les personnels pénitentiaires reste assez peu développé (quatre sur 12). Lorsque c'est le cas, les soignants font état d'un sentiment de confiance à leur égard au

² L'UHSI où nous avons réalisé notre étude est un site pilote où a été testée la prise des fonctions qu'occupait la Police par l'Administration Pénitentiaire. Une nouvelle équipe de personnels pénitentiaires est arrivée en complément de la première quelques mois après l'ouverture de l'UHSI.

niveau de la sécurité dont ils ont la responsabilité : *« Je leur fais totalement confiance à partir du moment où ils me disent : bon, là ça va être un peu différent que d'habitude. Bon, là je suis les directives, c'est leur job, ils sont là pour nous aussi »*.

Les relations avec les CIP (les travailleurs sociaux pénitentiaires) sont considérées comme très limitées ($n=8$). Les soignants déplorent ce manque de communication et souhaitent (deux sur huit) davantage de dialogue afin de coordonner la prise en charge du détenu hospitalisé. D'autres dévalorisent leur attitude envers les détenus hospitalisés (deux sur huit) : *« le CIP va voir le médecin plutôt que nous, on ne sait pas ce qu'ils font, on trouve qu'ils ne travaillent pas assez vite, mais je pense qu'ils font leur travail »*.

La question du secret professionnel a été évoquée par huit soignants. La moitié défend l'idée d'un partage minimum des informations faisant pourtant l'objet du secret professionnel. Un échange sur des informations pertinentes doit être permis afin de faciliter la gestion de l'hospitalisation et de réduire les risques, qu'ils soient sanitaires (maladies contagieuses) ou sécuritaires : *« Des fois on est au courant des délits qu'ils ont commis et des fois, on ne l'est pas. Mais, ça ne change pas grand-chose, hein (...) mais c'est certain, on va éviter certaines paroles, certains trucs par rapport à ce qu'ils ont fait, on va faire attention à ce que l'on dit »*. Ce positionnement consensuel au sein de l'équipe permet de développer un esprit de collaboration avec les personnels pénitentiaires vers une représentation partagée des détenus et des missions de l'UHSI : *« Donc, on voit que le côté médical les intéresse aussi un peu plus, il faut pas les interdire aussi de s'intéresser au médical, justement si on veut pouvoir leur dire qu'ils ne sont pas que détenus »*.

La relation avec le personnel pénitentiaire s'évoque en termes de différence, de conflit, ou d'incompréhension. Les mécanismes de défense mobilisés renseignent sur la difficulté que les soignants rencontrent à mettre en place une collaboration sereine avec les surveillants. Le niveau de l'agir est d'ailleurs fortement représenté, ce qui traduit un échec des défenses à élaborer les tendances opposées (sécurité et santé). La question de cette relation semble étroitement liée à la question des règles de sécurité à l'UHSI. Ainsi, on peut repérer une confusion entre la relation avec le personnel pénitentiaire et le vécu des règles de sécurité. Les mécanismes du niveau de désaveu (projection et rationalisation) situent sur les personnels pénitentiaires les mauvais aspects liés à l'enfermement et à l'incarcération. Nous assistons à une équation : *personnel pénitentiaire = règles de sécurité = prison = mauvais objet* qui encourage les soignants, victimes des règles de sécurité, à s'identifier davantage aux détenus hospitalisés. Leur positionnement professionnel semble se rigidifier dans sa confrontation aux contraintes sécuritaires de l'UHSI. Le mécanisme de l'affiliation n'est que très peu mobilisé pour cet aspect. Ainsi, les soignants s'attribuent des aspects idéalisés qui s'enracinent dans leur idéologie professionnelle : donner des soins de même qualité que ceux prodigués dans un milieu ouvert. Pour certains soignants, la présence des surveillants réactive une angoisse liée à la frustration que des mécanismes adaptatifs ou de compromis parviennent à réguler. Mais, pour d'autres (six sur 12), cette surveillance représente une menace d'intrusion de représentations dangereuses au sein de l'institution. Des mécanismes visant le refus de la réalité (niveau de désaveu) ou sa distorsion (les surveillants sont dévalorisés) sont alors mobilisés. L'émergence de l'agressivité, par le repérage d'une fréquence importante des mécanismes de l'agression passive traduit le faible niveau d'élaboration avec lequel les soignants envisagent la collaboration avec le personnel pénitentiaire.

Les stratégies défensives seraient donc mobilisées en fonction des dimensions de la pratique qui semble s'effectuer au prix de clivages repérables. Les soignants ne parviendraient que très difficilement à relier les différentes contraintes dans une activité de soins créatrice ou dans le cadre d'une collaboration effective avec les personnels pénitentiaires.

4. Conclusion

L'objectif de cette publication était de décrire le positionnement subjectif et professionnel des soignants d'une UHSI. Nous avons pu montrer que leur pratique souffrait d'un clivage, et donc, d'une articulation entravée entre des tendances considérées comme ambivalentes ou opposées, alors qu'elles constituent le socle institutionnel de l'UHSI. Ces résultats soulèvent plusieurs perspectives :

- au niveau méthodologique, le repérage des mécanismes de défense permet de caractériser les positionnements subjectifs et professionnels individuels et collectifs ;
- au niveau théorique, cette méthode contribue à la connaissance de la problématique des professionnels qui œuvrent auprès des personnes potentiellement dangereuses et vulnérables. La réalisation des soins se fait au prix d'un clivage important et potentiellement nuisible à la qualité des soins d'une part et à la sécurité des professionnels d'autre part.

Comme nous l'avions suggéré lors de l'introduction, la qualité de la relation entre les soignants et les patients constitue un axe fondateur du soin. Et les freins (règles de sécurité et attitude des détenus « formatée » au fonctionnement carcéral) à cette relation creusent l'incompatibilité entre les pratiques pénitentiaires et soignantes. Comme l'avait repérée la littérature, la limitation des relations avec les détenus [8] génère une frustration chez les soignants, alimente un conflit avec les personnels pénitentiaires et provoque un repli des soignants sur « *l'originnaire de leurs identités professionnelles* » [17].

Des efforts ont été entrepris pour réduire l'ambivalence des pratiques professionnelles (formation commune, recrutement d'un personnel soignant non militant. . .), mais nous avons, cependant, repéré la difficulté qu'éprouvent les soignants à construire une représentation globale et cohérente de l'UHSI.

Les éléments analysés nous encouragent à penser que les soignants opèrent une régression défensive à l'évocation de la relation au détenu. Si les aspects structurels et organisationnels (pratiques professionnelles) font l'objet de stratégies adaptées, les dimensions cliniques (représentation du détenu, relation au détenu et vécu de l'hospitalisation par le détenu) favorisent chez les soignants l'utilisation de mécanismes très proches du clivage. Ce mécanisme, qui permet de préserver les bons objets internes et de projeter sur l'extérieur les éléments dangereux maintient l'équipe dans une certaine omnipotence : le détenu ne peut pas être envisagé selon les aspects judiciaires qui pourtant modifient son statut au sein de l'institution hospitalière. Pour les soignants interrogés, il s'agit d'un patient qui doit être traité de la même façon qu'un individu lambda. Les propos d'une soignante illustrent ce constat : « *C'est que je veux pas qu'un patient se sente prisonnier devant moi* ».

Comme le souligne Pinel [17], les clivages sont alimentés par la pathologie des personnes accueillies par l'institution, et se fixent dans la formation d'alliances psychopathiques. Il a en effet été notable lors des entretiens, que les soignants manifestaient une empathie importante à l'égard des détenus hospitalisés, notamment, par rapport au vécu des règles de sécurité ; et reportaient sur les personnels pénitentiaires l'agressivité générée par les frustrations liées aux contraintes sécuritaires.

Il ne suffit donc pas de créer un dispositif pour améliorer la fluidité des rapports entre des missions sécuritaires et sanitaires. Il apparaît nécessaire d'opérer un accompagnement des professionnels confrontés à une population vulnérable et potentiellement dangereuse vers une

appropriation créatrice de leurs missions. L'exemple du conflit sur l'appellation des détenus hospitalisés nous paraît symptomatique : le terme « patient-détenu » met en évidence le clivage que subit le bénéficiaire du dispositif selon des considérations institutionnelles ou professionnelles. Tour à tour, « *détenu-patient* » puis « *patient-détenu* », ce n'est plus la personne qui fait l'institution, mais bien l'institution qui façonne la personne.

Ces résultats permettent de mieux comprendre les sources inconscientes des entraves à la coopération « *qui prennent la forme d'antagonismes radicaux lorsque la psychopathologie des liens prévaut* » [17]. L'UHSI fonctionnerait de la même façon que certaines institutions qui réunissent des professionnels de formation différente, dont la mission commune est de prodiguer une prise en charge pluridisciplinaire. Jean-Pierre Pinel [17], au travers de son analyse des liens institutionnels du secteur de l'enfance inadaptée, décrit des processus psychiques identiques à ceux que nous avons pu mettre en évidence : « *Les incompatibilités, la rupture des alliances interprofessionnelles s'associent à un repli des praticiens sur l'originaire de leurs identifications et de leur identité professionnelles (...). Cet originaire brut, non élaboré s'associe à une perte du sens de la tâche commune* ».

Il paraît nécessaire de proposer un accompagnement psychologique à l'équipe soignante. L'expérience de suivis psychologiques d'équipes soignantes hospitalières est connue pour améliorer la définition et la dynamique des pratiques [18]. Cet accompagnement débiterait par une formation à la psychopathologie qui donnerait la possibilité aux soignants de libérer et d'élaborer leurs affects relatifs à la prise en charge de cette population. Ces affects pourraient être alors appréhendés comme un matériau inhérent à leur pratique et reliés à la problématique des détenus hospitalisés. Ce travail faciliterait ainsi la construction d'une pratique professionnelle basée sur une meilleure appropriation de la spécificité du soin auprès de personnes détenues. Sous la forme d'un groupe d'analyse de la pratique, l'accompagnement psychologique viserait ensuite l'amélioration de la collaboration avec l'équipe pénitentiaire par un échange autour des représentations des détenus hospitalisés et des missions de l'UHSI. La création d'un espace dédié à des groupes composés de personnels soignants et pénitentiaires améliorerait la reconnaissance mutuelle de la différence des identités professionnelles et de leurs particularités.

À l'heure de la promulgation de loi relative à la rétention de sûreté, il apparaît nécessaire de réfléchir aux modalités de la collaboration entre l'Administration Pénitentiaire et la Santé, afin de faciliter la tâche des professionnels qui vont travailler dans les « *centres sociomédicojudiciaires de sûreté* » dont l'ampleur des enjeux institutionnels, sociétaux et politiques risquent d'accentuer les dysfonctionnements observés dans le cadre de l'UHSI.

Références

- [1] Décret no 94-629 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 18 septembre 2009).
- [2] Bonnet Galzy MC, Lalande F, Feltz F. Rapport sur les besoins d'hospitalisation des personnes incarcérées et le devenir de l'établissement d'hospitalisation public national de Fresnes. Paris: La documentation française; 1995. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/964121200/index.shtml> (consulté le 30 août 2009).
- [3] Fatome T, Verneley M, Lalande F, Valdes Bouloque M, Froment B. L'organisation des soins aux détenus : rapport d'évaluation. Paris: IGAS /IGSJ/ministère de l'Emploi et de la Solidarité/ministère de la Justice/ministère de la Santé; 2001.
- [4] Arrêté du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées, JO du 31 août 2000. Available from: <http://www.droit.org/jo/20000831/MESH0022669A.html> (consulté le 30 août 2009).

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

ÉCHELLES PSYCHOMÉTRIQUES

Texte 12

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D.
(1986)

**The Overt Aggression Scale for the objective rating
of verbal and physical aggression**

American Journal of Psychiatry, 143 (1), 35-39.

The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and Physical Aggression

Stuart C. Yudofsky, M.D., Jonathan M. Silver, M.D., Wynn Jackson, M.D.,
Jean Endicott, Ph.D., and Daniel Williams, M.D.

The authors describe the design and reliability of a rating scale that measures aggressive behaviors in adults and children. On the Overt Aggression Scale (OAS), aggression is divided into four categories: 1) verbal aggression, 2) physical aggression against objects, 3) physical aggression against self, and 4) physical aggression against others. In addition, specific interventions related to each aggressive event can be recorded on the OAS. The clinical and research applications of this scale are discussed. (Am J Psychiatry 143:35-39, 1986)

Violent and aggressive behaviors are highly prevalent among psychiatric patients and often result in institutionalization or other severe disruptions of occupational, societal, familial, or other social functions. Among patients in a New York State psychiatric hospital for longer than 1 month, 7% physically assaulted other persons at least once within a 3-month period (1). A New York State legislative committee estimated that 12,000 assaults per year occur in the New York State hospital system (2). Patients who suffer from organic brain damage and mental retardation are especially prone to assaultive behavior (1, 3, 4). In addition, aggressive outbursts affect many others who do not seek psychiatric help but whose behavior is disruptive to their families and society (5).

Somatic interventions for controlling aggressive behaviors have been proposed (6-10). Evidence for the efficacy of these treatments has been largely limited to open uncontrolled drug studies, pilot studies, and case

reports. In our efforts to assess the effects of propranolol on aggressive behavior, we found that the lack of suitable methods for measuring aggressive behaviors impeded the valid and reliable documentation of severity, change, or partial improvement in such behaviors.

Many of the scales designed to measure rage, anger, and violence are self-report questionnaires of angry feelings, violent thoughts, or reactions to anger-provoking situations (11, 12). Testing of these scales often has been done on nonviolent, nonpatient samples, such as psychology students (12, 13). An extensive effort to validate the most widely used scale, the Buss-Durkee Hostility Inventory, found no relationship between the scores on the inventory and observable aggressive or violent behavior (14). However, there may be a correlation between scores on some scales and "violence potential" (15). There are other difficulties in the use of self-rating scales. Patients whose cognitive abilities are impaired by psychosis or organic mental disease cannot reliably complete questionnaires. Further, many patients are not angry between aggressive episodes, and do not reliably recall or admit to past violent events.

There are few objective scales that may be used in rating aggressive behaviors. The Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (16) and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (17) have a few items that rate aggressiveness but do not differentiate mild aggressive behaviors from more severe ones. Further, these scales do not have the capacity to document the number or describe the types of aggressive behaviors. Other scales focus on a specific patient sample, need highly trained raters, or contain a large number of items to be completed (18, 19).

Existing self-rating and objective scales cannot differentiate hostility from actual assaultive or aggressive behavior and do not distinguish patients with "characterologic" or chronic hostility from those with episodic aggressive outbursts. For these reasons, we concluded that an easy-to-complete scale that uses family or staff observations would be superior to self-report questionnaires or current rating scales in the documentation and quantification of overtly aggressive behaviors. We describe the design and reliability of a new scale, the Overt Aggression Scale (OAS).

Received May 30, 1984, revised July 15, 1985; accepted Aug. 30, 1985. From the Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons and the New York State Psychiatric Institute, New York, N.Y. Address reprint requests to Dr. Yudofsky, Allegheny General Hospital, 320 East North Ave., Pittsburgh, PA 15212.

Supported by a grant from the Elizabeth Dorrance Fund and Mental Health Clinical Research Grant MH-30906 from NIMH.

The authors thank John Nee, Ph.D., James Dillon, M.D., Frances Davey, Helen Houston, Henrietta Wollard, Barn Katz, and Ruth Kugelmas for their assistance.

Copyright © 1986 American Psychiatric Association.

THE OVERT AGGRESSION SCALE

METHOD

On the OAS, violent behavior is divided into four categories: 1) verbal aggression, 2) physical aggression against objects, 3) physical aggression against self, and 4) physical aggression against other people. Within each category, aggressive behavior is rated according to its severity. Examples of representative behaviors are used to define the scale points and to guide the raters in gauging severity. We tested two versions of the OAS. In the initial version of the scale, there were three gradations of severity for verbal behavior and four gradations for all physical behaviors. On the final form, there were four levels of severity for all behaviors. Aggressive episodes were also rated according to the staff interventions used in response to the violent behaviors, and severity of intervention was rank ordered.

Interrater reliability of the initial version of the OAS was tested on the Children's Psychiatry Service at New York State Psychiatric Institute and on intensive care units at Middletown Psychiatric Center, Middletown, N.Y. On the children's service, two nurses made independent OAS ratings of aggressive episodes by noting all aggressive behaviors and the interventions required to control each specific behavior. For example, if an episode consisted of both a verbal and a physical outburst, different interventions could be used in response to each behavior. For our initial testing of interrater reliability of the OAS, comparisons of various ratings of aggressive events were obtained: 1) those observed by both raters; 2) those observed by one rater and described to the other; 3) those which were not observed by either rater but which were described to them by an observer; and 4) those which were reported in the official patient records. Because of the small numbers of these individual types of ratings, data were pooled for analysis. Ratings of all interventions and behaviors noted for individual episodes were analyzed by intraclass correlation coefficients of reliability (20).

On the intensive care units of Middletown Psychiatric Center, nurses and mental health therapy aides made independent ratings of aggressive episodes that were observed simultaneously. For each category of aggression, we analyzed the most severe behavior observed and the most extreme intervention used. Each behavior and intervention was assigned a weighted score according to relative severity. The reliability of the sum of weighted behavior and intervention scores was tested to provide a composite rating that indicated a global level of severity for an aggressive episode. Finally, the relationship between the ratings of severity of behavior and severity of staff interventions was assessed by Pearson correlation coefficients to determine whether both categories of ratings contributed independent information regarding the incidents.

On the basis of suggestions made during testing of the initial version of the OAS, the four-page format of

the scale was condensed to one page (figure 1), and the category of verbal aggression was increased from three to four levels of severity. This version was tested on patients from several wards of Creedmoor Psychiatric Center, Queens, N.Y. Independent ratings were made by nurses and mental health therapy aides who simultaneously observed aggressive episodes. Intraclass correlation coefficients of reliability were determined for individual items as well as for the most severe behaviors in each category and the most restrictive interventions noted for each episode. Reliability coefficients were determined for a weighted total aggression score, which consisted of the sum of weighted scores for the most severe episode of each type of behavior and the most restrictive intervention utilized during the respective episode.

Although most subjects were involved in multiple aggressive episodes, each incident was treated as an independent event. This strategy was used because the focus of this assessment was on the reliability of ratings of behavior and of interventions, not of the presence or absence of aggressiveness in individual patients.

RESULTS

In the study of children, there were 16 subjects who were involved in a total of 54 episodes (range, 1-16; mean \pm SD, 3.8 ± 4.2). There were 21 adult patients at Middletown Psychiatric Center involved in 35 episodes (range, 1-6; mean \pm SD, 1.7 ± 1.1). At Creedmoor Psychiatric Center, eight adult subjects were observed in 70 episodes (range, 1-30; mean \pm SD, 8.8 ± 11.8). For each study sample, the intraclass correlation coefficients of reliability for behaviors, interventions, and sums of weighted behavior and intervention scores are shown in table 1. For the children's study, the reliability correlation coefficients for all behaviors and interventions are given. In the Middletown and Creedmoor samples, only the reliability correlation coefficients for the most severe behaviors in each category and most restrictive interventions are listed.

For the final version of the Overt Aggression Scale (i.e., the one given to Creedmoor patients only), intraclass correlation coefficients of reliability were determined for all individual items that were marked present at least once by both raters (21 of 25 total items). Of these 21 items, 11 (52%) demonstrated a correlation coefficient greater than .75; nine (43%), .50-.75; and one (5%), less than .50. A total of 15 items (71%) had a correlation coefficient greater than .70. The total aggression score, representing the sum of weighted scores for the most severe of each type of behavior and the most restrictive intervention, had a correlation coefficient of .87.

The correlations between the severity of behavior and the severity of intervention noted by all raters in the children's and the Middletown samples were de-

YUDOFKY, SILVER, JACKSON, ET AL.

FIGURE 1. Overt Aggression Scale*

IDENTIFYING DATA

Name of Patient: _____ Name of Rater: _____

Sex of Patient: ☐ Male ☐ Female Date: ____/____/____ (mo/day/yr)
Shift: ☐ Night ☐ Day ☐ Evening

No aggressive incident(s) (verbal or physical) against self, others, or objects during the shift ____

AGGRESSIVE BEHAVIOR (check all that apply)

<p style="text-align: center;"><i>Verbal Aggression</i></p> <p><input type="checkbox"/> Makes loud noises, shouts angrily.</p> <p><input type="checkbox"/> Yells mild personal insults, e.g., "You're stupid!"</p> <p><input type="checkbox"/> Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self.</p> <p><input type="checkbox"/> Makes clear threats of violence toward others or self ("I'm going to kill you") or requests to help to control self.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Physical Aggression Against Self</i></p> <p><input type="checkbox"/> Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only).</p> <p><input type="checkbox"/> Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurts self without serious injury).</p> <p><input type="checkbox"/> Small cuts or bruises, minor burns.</p> <p><input type="checkbox"/> Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth.</p>
<p style="text-align: center;"><i>Physical Aggression Against Objects</i></p> <p><input type="checkbox"/> Slams door, scatters clothing, makes a mess.</p> <p><input type="checkbox"/> Throws objects down, kicks furniture without breaking it, marks the wall.</p> <p><input type="checkbox"/> Breaks objects, smashes windows.</p> <p><input type="checkbox"/> Sets fires, throws objects dangerously.</p>	<p style="text-align: center;"><i>Physical Aggression Against Other People</i></p> <p><input type="checkbox"/> Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes.</p> <p><input type="checkbox"/> Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them).</p> <p><input type="checkbox"/> Attacks others, causing mild-moderate physical injury (bruises, sprain, welts).</p> <p><input type="checkbox"/> Attacks others, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury).</p>

Time incident began: ____ : ____ a.m. / ____ : ____ p.m. Duration of incident: ____ : ____ (hours:minutes)

INTERVENTION (check all that apply)

<p><input type="checkbox"/> None.</p> <p><input type="checkbox"/> Talking to patient.</p> <p><input type="checkbox"/> Closer observation.</p> <p><input type="checkbox"/> Holding patient.</p>	<p><input type="checkbox"/> Immediate medication given by mouth.</p> <p><input type="checkbox"/> Immediate medication given by injection.</p> <p><input type="checkbox"/> Isolation without seclusion (time out).</p> <p><input type="checkbox"/> Seclusion.</p>	<p><input type="checkbox"/> Use of restraints.</p> <p><input type="checkbox"/> Injury requires immediate medical treatment for patient.</p> <p><input type="checkbox"/> Injury requires immediate treatment for other person.</p>
--	--	---

COMMENTS

*Computer analysis of data generated by the scale is available from the first author.

terminated. For the children's study, Pearson correlation coefficients were .07 for verbal aggression; .41 for physical aggression against objects; .15 for physical aggression against self; and .17 for physical aggression against others. For the sample from the Adult Intensive Care Unit at Middletown, the Pearson correlation coefficients were .12 for verbal aggression, .86 for physical aggression against objects, 1.0 for physical aggression against self, and .17 for physical aggression against others.

DISCUSSION

The intraclass correlation coefficients of reliability obtained indicated good reliability (greater than .75) for most items (20). The sum of the weighted severity scores of aggressive behaviors and interventions, as well as the total aggression score, had reliability coefficients similar to those obtained for the individual components. Thus, this scale can be used to assess specific types of aggression in addition to global sever-

THE OVERT AGGRESSION SCALE

TABLE 1. Intraclass Correlation Coefficients of Reliability (ICC) for Behaviors, Interventions, and Sums of Weighted Behavior and Intervention Scores for Three Samples of Patients Whose Aggression Was Assessed With the Overt Aggression Scale

Sample and Type of Aggressive Behavior	Number of Subjects	Number of Observations	Behavior				Intervention				Summed ICC	
			Severity			ICC	Severity			ICC		
			Range	Mean	SD		Range	Mean	SD			
New York State Psychiatric Institute (children)	16											
Verbal	13	58	1-3 ^a	1.7	0.8	.50	69	1-6	1.0	1.6	.75	.73
Physical												
Against objects	7	35	1-4	2.0	0.7	1.00	24	2-6	3.1	0.6	.58	.86
Against self	5	18	1-2	1.9	0.3	1.00	18	1-7	3.9	2.1	1.00	1.00
Against others	15	68	1-3	2.0	0.4	.81	66	2-7	4.3	1.5	.90	.90
Middletown Psychiatric Center (adults)	21											
Verbal	15	44	1-3 ^a	1.8	0.8	.97	44	1-5	3.1	1.4	.88	.90
Physical												
Against objects	5	12	1-3	2.0	0.8	1.00	12	1-5	3.1	1.3	.96	.98
Against self	2	4	2-4	2.8	0.8	.80	4	2-7	4.3	2.5	1.00	.99
Against others	10	28	1-3	1.5	0.8	.72	28	2-7	4.5	1.7	.72	.72
Creedmoor Psychiatric Center (adults)	8						140	2-11	6.9	1.7	.92	.87 ^b
Verbal	8	64	1-4 ^a	2.9	1.0	.82						
Physical												
Against objects	7	28	1-4	2.0	0.8	.82						
Against self	5	29	1-2	1.8	0.4	.77						
Against others	6	89	1-3	1.4	0.6	.89						

^aThe initial version of the OAS, which was given to the children's sample and to the Middletown sample, had three gradations for verbal aggression; the final version of the OAS, which was given to the Creedmoor sample, had four gradations for verbal aggression.

^bIntraclass correlation coefficient for the total aggression score of the Creedmoor sample.

ity of aggression. Verbal aggression and the associated intervention in children had the lowest reliability. Verbal aggression expressed by children may be interpreted differently with regard to severity than verbal aggression expressed by adults and may require different types of intervention. For example, children on the inpatient unit commonly screamed at other children and threatened them with physical harm. Occasionally, such threats were part of their natural play. This behavior was difficult to categorize as either clear threats of violence or loud noises, and the intervention in response to this aggression was mild. Thus, the correlation between aggression and intervention was very small. We caution other investigators who use this scale to document verbal aggression in children.

The fact that the correlation coefficients for the relationship between aggression and intervention varied from -.07 to 1.0 indicates that the two ratings were not redundant and that each rating added information regarding the characteristics of the aggressive episode. The intervention axis demonstrated that behaviors which appear descriptively similar may have highly variable clinical significance. The intervention would be different for a playful patient with mania pushing another patient on the unit than for an agitated patient with schizophrenia who shoves another patient in an act of fear.

There are several potential sources of artifactually increased reliability for the Overt Aggression Scale. First, multiple episodes for individual patients may increase reliability if there is high intraindividual con-

sistency in aggressive episodes; however, reliability coefficients were similar across the three different samples tested. Second, a small range in behaviors within a specific category of aggression may artificially increase reliability. After examining the data, we found no clear relationship between range of behavior and reliability; for example, in the Creedmoor sample, physical aggression against objects had a reliability of .82 and a severity range of 1-4, while physical aggression against self had a lower reliability of .77 and a range of 1-2. Third, in the initial reliability testing on the children's sample, several ratings were made from charts or a third observer. Since this would be a common source of information for both raters, reliability could be increased. Although some of the reliability coefficients for the ratings of behaviors and interventions were high (1.0 and .90), other coefficients of reliability were similar to those found in the other two samples, where all ratings were completed by independent observers.

Examination of completed OAS forms and the written comments of raters indicated that one source of unreliability was clerical. For example, a written description of an aggressive episode by two observers would be in agreement, but the behaviors marked by both raters would be inconsistent. Independent editing of ratings and continued supervision of raters during an ongoing study by the investigator is required to maintain reliable completion of the OAS. In this way, any inconsistencies could be brought to the attention of the raters and corrections made. A review of the

data also revealed that some aggressive events or interventions were not witnessed in their entirety by each of the raters. For example, both raters may have viewed an incident, but only one rater would have been present when medication was administered.

In conclusion, the Overt Aggression Scale is easy to complete and reliable for rating aggressive events. It has the capacity to document and to quantify verbal and physical overt aggressive behaviors and may be used successfully by routine hospital staff. Initial training of staff, monitoring of ratings, and feedback to staff are important for obtaining reliable and valid ratings of incidents of aggression. The OAS should prove useful in assessing aggressive events longitudinally for a single patient with regard to both severity and characteristics of aggressive episodes and number of aggressive episodes within a specified time period. It may be used to compare aggressive behaviors between patient samples if the intervention axis is not used. The ratings should be sensitive to changes in aggression that result from pharmacologic or other interventions.

REFERENCES

1. Tardiff K, Sweilam A: Assaultive behavior among chronic inpatients. *Am J Psychiatry* 139:212-215, 1982
2. New York State Senate Select Committee on Mental and Physical Handicap: Violence Revisited—A Report on Traditional Indifference in State Mental Institutions Toward Assaultive Activity. Albany, New York State Senate, 1975-1976
3. Tardiff K, Sweilam A: Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 37:164-169, 1980
4. Ellner FA: The neurology of explosive rage. *Practitioner* 217:51-59, 1976
5. Bach-y-Rita G, Venu A: Habitual violence: a profile of 62 men. *Am J Psychiatry* 131:1015-1017, 1974
6. Sheard MH, Mann JL, Bridges CI, et al: The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *Am J Psychiatry* 133:1409-1413, 1976
7. Luchins DJ: Carbamazepine for the violent psychiatric patient (letter). *Lancet* 2:766, 1983
8. Yudofsky SC, Stevens L, Silver J, et al: Propranolol in the treatment of rage and violent behavior associated with Korsakoff's psychosis. *Am J Psychiatry* 141:114-115, 1984
9. Yudofsky SC, Williams D, Gorman J: Propranolol in the treatment of rage and violent behavior in patients with chronic brain syndromes. *Am J Psychiatry* 138:218-220, 1981
10. Williams DT, Mehl R, Yudofsky SC, et al: The effect of propranolol on uncontrolled rage outbursts in children and adolescents with organic brain dysfunction. *J Am Acad Child Psychiatry* 21:129-135, 1982
11. Buss AH, Durkee A: An inventory for assessing different kinds of hostility. *J Consult Psychol* 21:343-349, 1957
12. Novaco RW: *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment*. Lexington, Mass, Lexington Books, 1976
13. Biaggio MK, Sapplee K, Curns N: Reliability and validity of four anger scales. *J Pers Assess* 45:639-648, 1981
14. Edmunds G, Kendrick DC: *The Measurement of Human Aggressiveness*. Chichester, England, Ellis Horwood, 1980
15. Selby MJ: Assessment of violence potential using measures of anger, hostility, and social desirability. *J Pers Assess* 48:531-544, 1984
16. Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ: Nurses' Observation Scale for Inpatient Evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. *J Clin Psychol* 21:65-71, 1965
17. Overall JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 10:799-812, 1962
18. Ropahn J: Self-injurious behavior in institutionalized severely profoundly retarded adults—prevalence data and staff agreement. *J Behavioral Assessment* 6:13-26, 1984
19. Ostrov E, Marohn RC, Offer D, et al: The adolescent antisocial behavior checklist. *J Clin Psychol* 36:594-601, 1980
20. Spitzer RL, Fless JL, Endicott J: Problems of classification—reliability and validity, in *Psychopharmacology: A Generation of Progress*. Edited by Lipton MA, DiMascio A, Kellam KF. New York, Raven Press, 1978

TEXTES COMPLÉMENTAIRES

ÉCHELLES PSYCHOMÉTRIQUES

Texte 13

Brochu, H.
(2009)

***L'OAS, Overt Aggression Scale, un outil d'évaluation clinique
de la violence à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal***

IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers, 7-11 juin.

IV^e Congrès mondial des infirmières et infirmiers

L'OAS, overt aggression scale, un outil d'évaluation clinique de la violence à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal

Présenté par :
Hélène Brochu, directrice adjointe des soins infirmiers
Institut Philippe-Pinel de Montréal

7 au 11 juin 2009



Institut Philippe-Pinel de Montréal

Institut psychiatrique universitaire desservant une clientèle médico-légale souffrant de pathologies psychiatriques lourdes incluant une dangerosité importante



Institut Philippe-Pinel de Montréal

- Situé à Montréal (Québec, Canada)
- Services pour des clientèles externes et internes
- 15 unités
 - 2 unités d'expertise (homme)
 - 7 unités de traitement (mixte)
 - 1 unité de transition (mixte)
 - 1 unité (femme avec sentence du fédéral)
 - 1 unité délinquants sexuels
 - 2 unités admission-réadmission-expertise
- 291 lits
- 97 % taux d'occupation
- 800 employés

Les comportements violents

- La violence de la part des patients en milieu psychiatrique est une problématique importante.
- Elle interroge la sécurité du personnel soignant et des patients.
- On a besoin d'outil pour quantifier et caractériser l'agressivité des patients.

Origine de l'OAS

- Yudofsky et al. (1986) New-York
- Seul outil répertorié qui était complété par les intervenants de première ligne et non par les patients
- Initialement quatre (4) catégories d'évaluation
- Modification au cours des années
- Documente l'agression manifeste du patient
- Permet une lecture longitudinale des comportements agressifs

Description de l'OAS

- Échelle d'agression manifeste
- Instrument reconnu. Partie intégrante du profil clinique des unités
- Documente les types de comportements violents observables et quantifiables selon les catégories suivantes :
 - Agression verbale
 - Agression non verbale envers autrui
 - Agression physique contre soi
 - Agression physique contre autrui
 - Agression contre les objets

Objectifs de l'OAS

- Améliorer la qualité de l'observation du comportement des patients agressifs hospitalisés
- Établir une corrélation entre l'évaluation de la dangerosité, les mesures prises et leur efficacité
- Soutenir l'information et la communication pour initier des discussions cliniques interdisciplinaires
- Moduler les aspects contre-transférentiels chez les intervenants
- Favoriser la reconnaissance du problème par le patient

Objectifs de l'OAS (suite)

- Faciliter le signalement des incidents qui se produisent sur une unité de soins
- Faciliter la mise à jour des dossiers des patients sur une unité de soins
- Décrire le type d'intervention utilisé
- Compiler les informations par jour, par mois, par année sur une ou plusieurs unités de soins

Avantages de l'utilisation de l'OAS

- Améliore la qualité des observations des intervenants
- Permet de suivre toute la démarche de l'intervenant face à un événement d'une agression manifeste donnée
- Décrit la nature, le type d'incident, la date, l'heure, le lieu où les événements se produisent
- Permet de suivre l'application des mesures restrictives

Avantages de l'utilisation de l'OAS

- Offre un outil de communication avec le patient et pour l'équipe
- Favorise l'union du travail clinique, la recherche et l'informatique
- Est facile à compléter pour le personnel soignant

Adaptation de l'application de la grille OAS

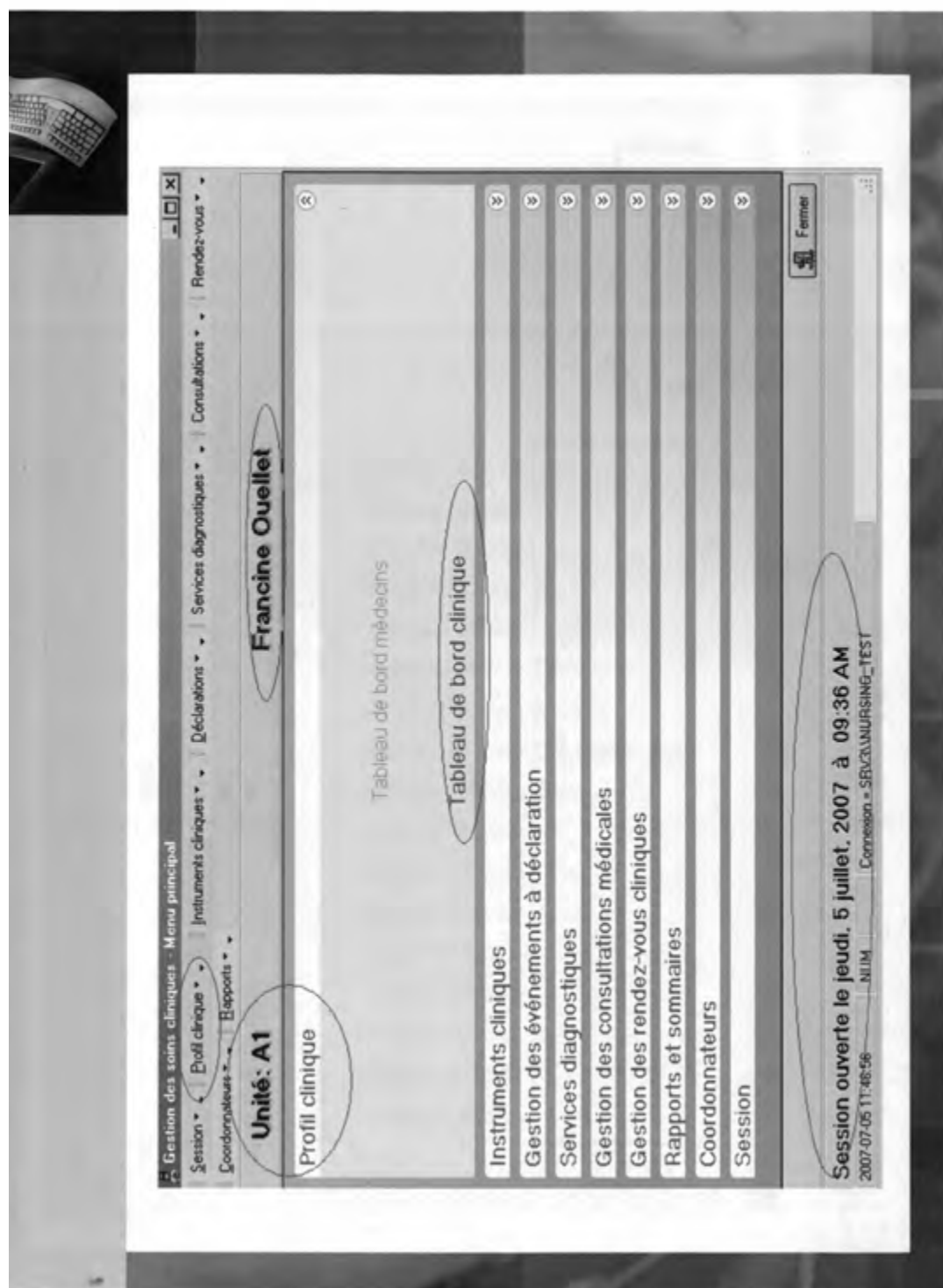
À l'IPPM nous avons fait les ajouts suivants:

- **Mesure de l'agressivité non-verbale.**
Comme nous pouvions l'observer nous voulions la mesurer
- **Interventions Oméga:** Pour permettre l'intégration de cette approche et favoriser un langage commun (favorise l'acquisition et le maintien des connaissances pratiques)
- **Mesures restrictives:** Pour l'intégration des mesures restrictives utilisées

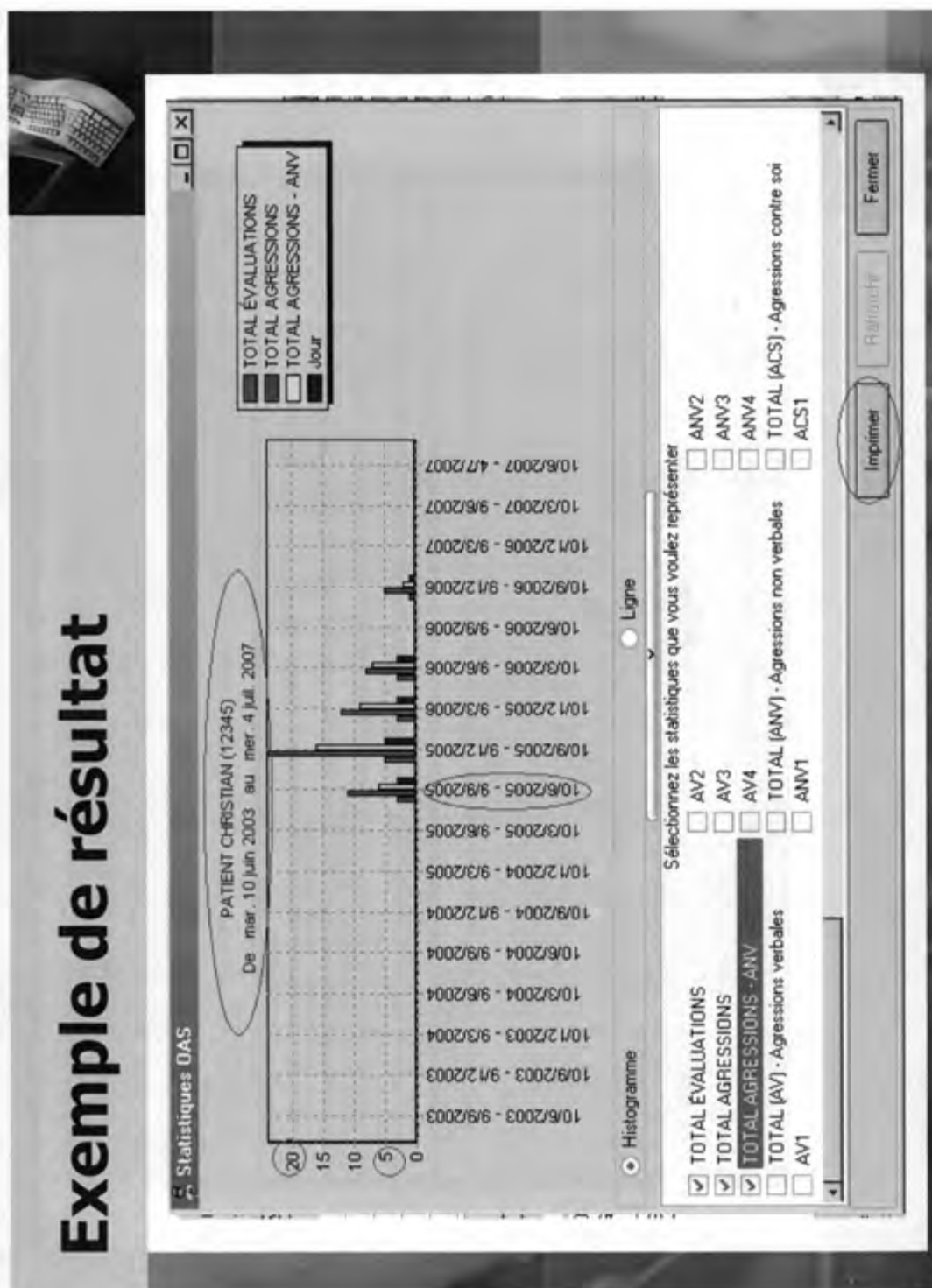
Utilisation de la grille OAS

- Données inscrites au dossier informatisé du patient
- Informations compilées automatiquement
- Vue de l'ensemble des événements ou des comportements qui nécessitent un signalement pour un patient
- Aperçu global des comportements survenus sur l'unité selon le mois ou l'année
- Analyse les événements selon le type, l'endroit ou l'heure





Exemple de résultat



Exemple de résultat

Unité A11 - Profil clinique

Profil quotidien

Evaluations DAS

Profil clinique des patients en date de: mercredi, 04 juillet 2007

Identification patient

Séjour

Date admission

Début séjour

Fin séjour

Dossier	Nom	Prénom	Date admission	Début séjour	Fin séjour	Evaluations DAS	Total DAS	MRRP	MRRP	MUA	MUE	MU
12345	PATIENT	CHRISTIAN	M 1991-01-04	1998-09-09			15				1	7
12345	PATIENT	REMI	M 2004-12-20	2005-02-16			10				1	1
12345	PATIENT	GUILLAUME	M 2006-06-22	2006-11-20			4			2	1	1
12345	PATIENT	CLAUDE	M 2005-07-20	2005-12-19			5					
12345	PATIENT	SERGE	M 2006-04-26	2006-05-03			9				1	
12345	PATIENT	JOHN	M 1992-08-13	2001-07-11			3					
12345	PATIENT	YVES	M 1994-05-04	1998-09-09			2					
12345	PATIENT	ANDRE	M 1986-07-30	2002-07-22			4				2	1
12345	PATIENT	ALPHONSE	M 2001-02-01	2001-04-11			1				1	
12345	PATIENT	MARC DIDLEY	M 2000-02-03	2001-10-29			3				1	
12345	PATIENT	GILLES	M 1990-07-26	1998-09-09			19			1	6	2
12345	PATIENT	YVES	M 2003-05-15	2003-05-15			13				3	1
12345	PATIENT	JONATHAN ROBBIE	M 2002-12-19	2003-01-29			16			1	3	
12345	PATIENT	DANIEL	M 2005-06-14	2005-07-04			18			2	5	2
12345	PATIENT	RAYMOND	M 1991-04-02	2000-07-10			22					3
12345	PATIENT	RAPHAEL	M 2006-07-11	2006-11-02			0					
12345	PATIENT	MICHEL	M 1994-06-28	1998-09-09			0					
12345	PATIENT	PIERRE	M 2006-01-12	2006-03-27			0					
12345	PATIENT	DAVID	M 2005-10-29	2005-11-22			0					
12345	PATIENT	DENIS	M 2004-05-03	2004-11-16			0					

20

Sélectionner une date:
mercredi, 04 juillet 2007

Aujourd'hui

☒ Dates de séjour

0

144

0

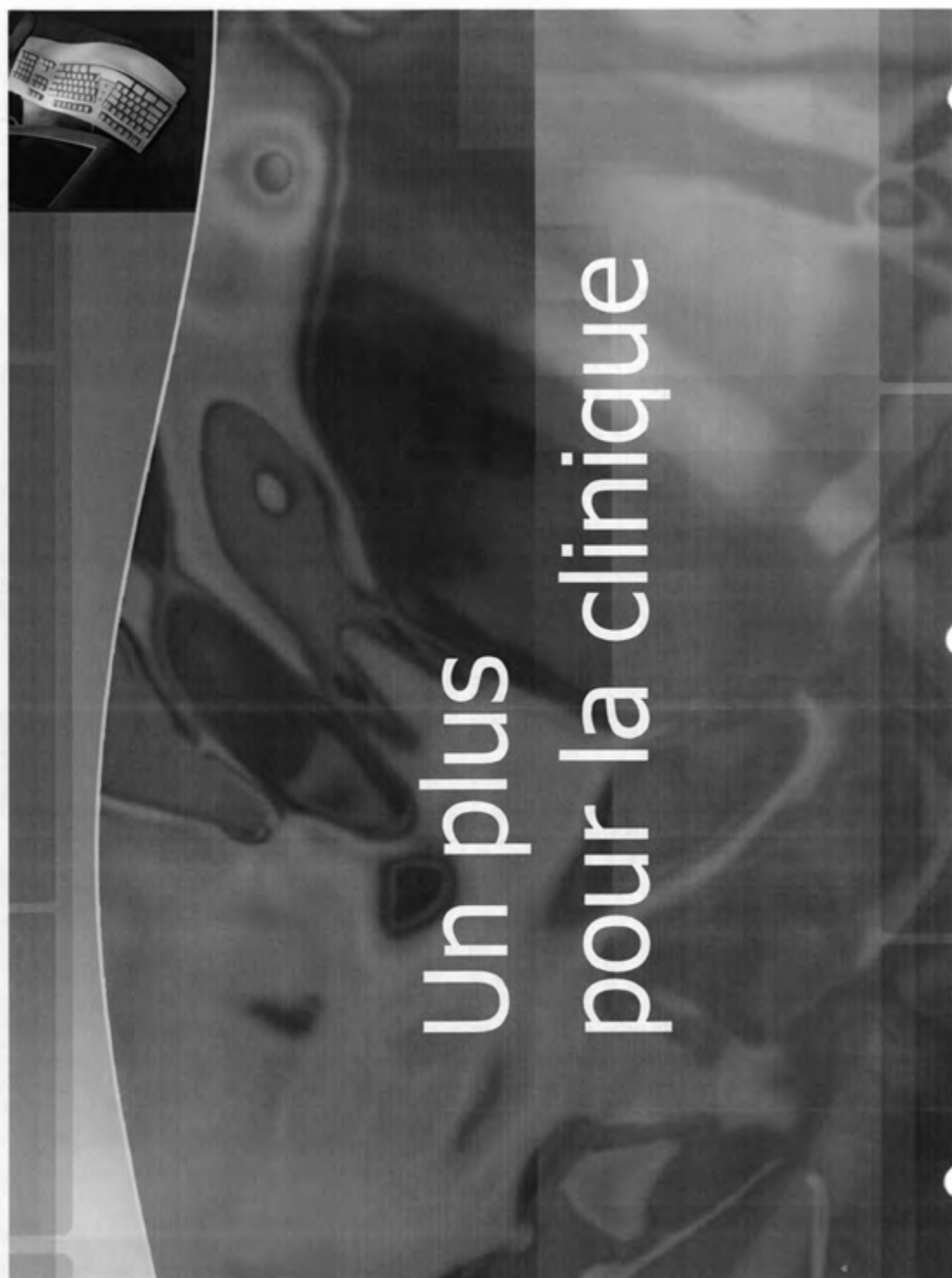
0

6

22

21

Fermer



Utilisateurs

- Tous n'ont pas le même accès: soit par unité, par programme ou par direction
 - Le personnel des unités de soins: les infirmières et les éducateurs ont accès au logiciel pour l'entrée des données seulement
 - Les cadres ont accès au logiciel pour l'entrée et l'analyse des données

Application en clinique

La grille OAS est utilisée :

- Présentation lors des études de cas. Valider les objectifs de plan de soins et l'efficacité des interventions
- Évaluation des mesures restrictives
- Évaluation de l'efficacité de la Rx sur les comportements agressifs
- Comité de transfert
- Comité de sorties
- Audition au TAQ. Curatelle

Application en gestion

La grille OAS est utilisée :

- Objectiver la survenue des événements, par exemple: quart de travail, fin de semaine, périodes de vacances, etc.
- Déterminer s'il survient plus d'événements lors de présence féminine ou de personnel inexpérimenté ou lors de l'absence de l'intervenant principal

Défis du maintien de l'utilisation de l'OAS pour les unités de soins

- Que les grilles soient complétées en présence de toute agression manifeste peu importe l'origine
- De ne pas perdre le « focus » de l'agression manifeste chez les grands malades
- De porter attention aux zones grises : patient désorganisé à long terme
- D'identifier la source de l'agression (intention)

Défis du maintien de l'utilisation de l'OAS pour l'organisation

- D'identifier une personne vouée à l'enseigner et à la clarifier au besoin
- De nommer un porteur de dossier
- De soutenir les intervenants dans leur apprentissage
- De maintenir la rigueur et la qualité de l'entrée des données
- Surtout, de maintenir **l'intérêt et la motivation** malgré les changements organisationnels

Conclusion

Les avantages de « monitorer » la violence à l'aide de la grille OAS:

- Démystifie la notion d'agressivité
- Facilite les explications vis-à-vis l'entourage du patient et les différents partenaires
- Objective et appuie nos décisions en regard du plan de traitement du patient

A défaut de pouvoir prédire les
comportement violents, dans la
majorité des cas les cliniciens peuvent
à l'aide de l'OAS mieux la gérer

Merci

SAM 4220

ISBN 978-2-7624-2554-3

