

La contenance, ça se tra

En unités pour malades difficiles (UMD), des situations parfois anodines peuvent dégénérer en conflit. Comment créer un climat de sécurité affective et limiter l'approche sécuritaire ? Qu'est-ce qui favorise la contenance ?

vaille et ça s'entretient !



Les Unités pour malades difficiles (UMD) sont par nature des lieux clos, très réglementés, pour des patients qui présentent une dangerosité psychiatrique et traversent une période dominée par une grande souffrance psychique. Des situations « anodines » peuvent rapidement dégénérer et aboutir à l'incompréhension, au rapport de force, à l'escalade, et parfois à la contrainte, via des mesures d'isolement et de contention.

• **Intolérance à la frustration...** Par une belle soirée de printemps, le soleil brille encore au moment du dîner. Les patients installés autour des tables dans la cour de l'UMD profitent de la douceur estivale et de l'ambiance détendue. Après le repas, Louis, infirmier, sert une tisane lorsqu'il repère un morceau de pain au sol près d'une table. Un pigeon avance prudemment pour s'en saisir. Surpris, Louis questionne, déjà accusateur : « *Qui a jeté ce pain ?* » Les patients détournent les yeux. Quelques secondes plus tard, Jean lance tranquillement : « *Je n'en sais rien !* » et plonge aussitôt sa tête dans sa tasse. Dissimulant maladroitement son agacement, Louis shoote dans le morceau de pain et l'envoie vers la poubelle. C'en est trop pour Robert, qui se redresse, tremblant d'indignation, et crie à l'infirmier : « *Pourquoi vous faites ça ? Laissez-le manger !* »

Louis met alors en avant l'hygiène, argument qui fonde l'interdit et demande à Robert de se calmer. Mais le pain, aliment hautement symbolique, renvoie au sacré et au partage. L'attitude de Louis aurait-elle transgressé un tabou ? Submergé par l'incompréhension, Robert est décontenancé de voir ainsi l'animal privé de nourriture. Peut-on vraiment dire ici qu'il est intolérant à la frustration, impulsif ou sthénique ?

Slimane ZERROUK

Infirmier, Unité pour malades difficiles (UMD),
CH le Vinatier (Bron), DU de criminologie.

• **Autre source de tensions, le tabac,** géré par l'équipe. Après chaque repas, les patients disposent de trente minutes pour fumer. Par mesure de sécurité, c'est un infirmier qui dispose du briquet et se charge d'allumer les cigarettes. Dans ce cadre, Laurent a pris l'habitude de réclamer du feu juste avant la fin du « temps réglementaire ». Selon certains soignants, il joue avec les limites, pour contourner le règlement intérieur. Ces infirmiers soulignent son regard « *trionphant* », un sourire railleur ou ironique. D'après eux, « *ce sont des signes qui ne trompent pas...* ». Ce soir-là, alors que le « temps cigarette » s'achève, Laurent surgit précipitamment dans le bureau infirmier dans l'espoir d'en allumer une dernière. Je me lève, ma collègue Charlotte me montre discrètement la pendule, « *C'est trop tard !* », me souffle-t-elle. Sans répondre à sa remarque, j'accède à la demande de Laurent. Je garde à l'esprit ses journées rythmées par les privations. Il brûle sûrement d'impatience de fumer. J'imagine que prolonger ce moment de quelques minutes lui procure une intense satisfaction. Comme un enfant, il sait se montrer suppliant. Quel mal y a-t-il à lui faire plaisir ?

La contrainte horaire fixée par cette règle n'est pas en elle-même un objectif à atteindre. C'est la question des limites qu'il faut travailler avec le patient, en sortant des automatismes qui nous empêchent d'interroger le comportement répété de Laurent (1). Nous pourrions ainsi l'aider à découvrir ce qui le pousse à agir de la sorte, à éprouver les limites du cadre.

Dans ces deux situations, quels sont les moyens mis en œuvre pour obtenir « du matériel clinique » ? Quelles actions de soin en découlent ? Comment créer un climat de sécurité affective et limiter l'approche sécuritaire ? Qu'est-ce qui favorise ou *a contrario* freine la contenance ? Après quelques repères théoriques, ces situations de terrain serviront de fil conducteur à notre réflexion.

LA QUÊTE DE SENS

Dans l'approche scientifique, le souci de la preuve est une obsession. L'étude d'un objet doit conduire à un raisonnement capable de dégager des lois générales et reproductibles. Cette démarche valorise l'objectivité de l'observateur. C'est ce que nous retrouvons dans la méthode dite expérimentale. À partir d'hypothèses issues d'une théorie, l'observation vise à mettre en évidence un phénomène prévisible. L'expérimentateur vérifie des liens de causes à effets, posture créant inévitablement une « *distance épistémique* » (2) entre l'observateur et l'objet observé.

Les sciences humaines, et la psychiatrie en particulier, peuvent-elles adopter cette démarche ? L'obstacle majeur provient de la subjectivité de l'observateur, partie prenante dans les situations cliniques déterminées par des intersubjectivités. La spécificité et la complexité des interactions font appel notamment à l'analyse des comportements.

Dans l'UMD, le modèle repose sur « *un cadre créant un espace d'émergence potentielle d'un inattendu* » (3). La quête de sens plus que la recherche de la cause d'un phénomène motive nos actions infirmières, dans la mesure où soignants et soignées engagent leurs subjectivités dans les relations.

L'observation clinique devrait donc s'organiser autour de ces deux paradigmes, articuler objectivité et subjectivité.

L'exigence première est de tenir compte du contexte et des circonstances de survenue d'une problématique. D'où notre préoccupation permanente d'attirer l'attention sur l'enchaînement des faits des situations cliniques rencontrées. L'idéal serait de les décrire, de les étudier, de les analyser pour qu'elles servent à construire l'avenir. Par ailleurs, un écueil nous guette, celui de considérer qu'il existerait « une frontière invisible » séparant les soignants des soignés. Dans ce cas, au-delà de nos différences, nous ne pourrions pas saisir ce qui est semblable, identification indispensable aux soins.

Dans les vignettes cliniques précédentes, les interprétations n'appartiennent ni à Robert, ni à Laurent. Elles sont tributaires de la rencontre clinique, espace de partage des affects : mécontentement, colère, révolte, ou apaisement, satisfaction, joie... La signification des interactions est déterminée par nos réponses et par les subjectivités en jeu.

LES BATAILLES DE ROBERT

• **Robert, la quarantaine, souffre d'une schizophrénie paranoïde.** Sa première décompensation a eu lieu alors qu'il poursuivait un cursus universitaire de gestion et d'économie. Il avait succombé aux chants des sirènes, alcool et cannabis, ce qui l'avait précipité dans la psychose. Rien pourtant ne le présageait. Une famille étayante, des relations apaisées au sein de la fratrie (une sœur et trois frères) et un baccalauréat en poche, il s'efforçait de bâtir un avenir qu'il espérait radieux. Depuis une quinzaine d'années, après de multiples hospitalisations sectorielles, deux séjours en unité de soins intensifs en psychiatrie (Usip), les équipes se heurtent à sa pathologie chimio-résistante.

En février 2018, Robert est admis à l'UMD pour crise clastique avec destruction de matériel et hétéro-agressivité sur soignant. Son état clinique oscille durant une longue période avant de se stabiliser. Nous envisageons alors de consulter la Commission de suivi médical (CSM) pour qu'il puisse quitter l'unité. Malheureusement, au début du mois de mars 2020, lors du premier confinement lié à l'épidémie de covid-19, nous observons une recrudescence de ses symptômes. Nous attribuons cette dégradation à l'arrêt des visites et à la crainte d'être contaminé. Pour Robert, le coronavirus est « *une punition divine* ». Son délire s'amplifie : « *Je n'ai plus de famille, ils sont tous morts de la covid !* »

Reclus dans une chambre plongée dans l'obscurité, il rejette toute compagnie. Incapable de s'avouer ses faiblesses, choisit-il la solitude ? Résigné, pense-t-il qu'il n'est rien et que ce n'est pas la peine qu'on s'attache à lui ? Inertie psychique et régression m'apparaissent comme d'ultimes tentatives de contrôle par ce patient, semblable à un naufragé qui s'agrippe à une bouée de sauvetage pour ne pas couler. Les soins d'hygiène se font rares. À quoi bon se doucher, se raser, faire attention à soi... ?

Harassé, à bout de forces, le soir venu, il pleure, gémit et hurle sa douleur. Chagrin, désespoir, lui arrive-t-il de penser que sa vie ne passe pas par le bonheur ?

Robert prie parfois des heures entières. Dieu, Allah, comme seul Salut, un allié de taille pour combattre le mal, Satan dissimulé derrière les blouses blanches... En effet, nous sommes « *le Chetan* » ou des « *djinns* » (4), le « *malin* », qui habilement, sournoisement, cherchent à l'empoisonner. Cette conviction délirante l'amène à ne

plus rien avaler. Ses propos, qui peuvent nous paraître incohérents, relèvent pour lui d'une logique aussi effrayante qu'indiscutable. En proie à une peur incontrôlable, il s'oppose farouchement aux soins. Choc des théories, notre approche occidentale de la psychose est en concurrence avec sa croyance issue de la mythologie arabe et de son interprétation de l'islam.

Sa chambre est tantôt un refuge, tantôt un territoire à partir duquel il mène de nombreuses batailles. Tremblant d'angoisse, il laisse monter en lui un sentiment de puissance qui le reconforte. La vie reprend ses droits. Il exige que nous lui apportions dans sa chambre « *un petit-déjeuner copieux avec supplément* ». En cas de refus, la sanction est immédiate. Arrêt des échanges verbaux, mise en acte du mécontentement : plateau jeté à terre, mutisme ou insultes et intimidations. Sur son visage, empreint de gravité, son regard profond et noir exprime l'intensité de sa colère.

• Un patient clivant

Témoins impuissants, nous assistons à « sa chute ». La passivité et l'agressivité de Robert nous heurtent, nous indignent ou nous révoltent. Est-il moral, éthique de continuer à le regarder sombrer sans réagir ? Devant l'absence supposée d'évolution/de résultats, certains soignants ne supportent pas « *de ne rien faire* ». Partisans de la manière forte, ils suggèrent d'imposer douches et sorties de chambre régulières, de ne surtout pas tomber dans le piège du « *chantage* », de crainte que les « *exigences* » de Robert ne deviennent « *un dû* ». Cette position sans concession se justifie d'un : « *Nous n'avons pas à lui accorder un traitement de faveur* ». Ces soignants dressent le portrait d'un patient caractériel et tout-puissant. Être à son contact, voir et sentir sa souffrance sont probablement intolérables. Par un renversement aussi surprenant qu'énigmatique, sa vulnérabilité « *criante* » se transforme en puissance... Robert demande-t-il simplement un peu de générosité, de douceur ? Dans la tourmente, cherche-t-il seulement à recevoir une marque d'affection ? Bénéfices secondaires, être plaint et encouragé pour aller mieux ! Plaisir de la régression pour ne pas avoir à affronter la vie ?

Avec une poignée de collègues, nous prenons le risque de satisfaire Robert, de ne pas le contrarier. Nous offrons du sirop de citron ou de menthe avec de l'eau fraîche, ajoutons une confiture à l'abricot et un morceau de pain pour son petit-déjeuner,

privileges qui le rendent heureux et lui font oublier pour un moment ses échecs antérieurs. J'ai le sentiment que nous comptons pour lui. Nous sommes rarement la cible de ses injures et de son mépris. J'ai parfois la sensation pénible d'être « complice », de trahir la confiance d'une partie de l'équipe soignante et d'avoir à « choisir

revanche. Actes libérateurs d'un opprimé? Même pas! Car l'apaisement n'est pas au rendez-vous.

Cette fois, un vent de révolte souffle côté soignant, le ton monte, les tensions se multiplient. « *Il faut que ça s'arrête! Que fait le toubib?!* », s'exclament les uns. Se tenant à l'écart avec un brin d'animosité,

Ses ennemis sont nombreux: le mal, les soins, la famille..., la société. Il semble redouter de se montrer tel qu'il est. Peur de décevoir ou d'être déçu, peur d'abandonner ou d'être abandonné? ...

Faut-il envisager un accompagnement qui s'ajusterait aux symptômes, escomptant qu'ils s'atténueront progressivement? Ne



Avec les liens qui se construisent dans la relation thérapeutique, émergent la singularité et l'interdépendance. Apprivoiser serait l'art d'éviter les deux pièges de toute relation : l'intrusion et, a contrario, l'abandon. »

mon camp », comme si je manquais de loyauté. Le paradoxe de l'équipe, souligne Denis Mellier, est « *de mettre ses membres en situation de couplage avec des accueillis tout en voulant sauvegarder l'unité de l'ensemble* » (5). En tant que soignants, nous sommes en tension entre deux pôles : créer un lien de qualité avec l'utilisateur et de ne pas trop se distinguer des collègues. Prodiguer des soins individualisés dans un collectif aux multiples visages, c'est le difficile quotidien d'un infirmier. Cet impératif nous conduit souvent dans une impasse, deux approches se distinguent, fissurant « l'unité groupale ». Un clivage se crée de facto. L'infirmier qui se différencie par les relations privilégiées qu'il instaure, nourrit malgré lui des fantasmes, donnant « une teinte » transgressive à ce lien. Nous sommes placés dans la situation de faire cohabiter deux « forces » en apparence antagonistes.

• « Que fait le toubib ? »

Les jours passent et malheureusement, l'état clinique de Robert ne s'améliore pas. Une spirale s'enclenche : dialogue impossible, refus de traitement et augmentation des injections d'antipsychotiques. Son opposition passive et nos réponses « brutales » me donnent l'impression d'être un geôlier surveillant son prisonnier. « *Je suis en guerre* », dit Robert, c'est sa façon de résister, de combattre. Il est devenu si méfiant et haineux que toute l'équipe représente un danger à ses yeux.

Les liens sont rompus. Comportement inédit et troublant, Robert se met alors à uriner contre la porte d'entrée de sa chambre avant notre passage et à boucher les toilettes avec ses draps. Sourires ironiques aux lèvres, il nous observe nettoyer, comme s'il avait brûlé d'impatience de prendre sa

d'autres répètent : « *Avec moi ça ne passe pas... Je vous laisse vous en occupez* ». Les injonctions prennent le pas sur les encouragements. Notre soutien, qui passait par la sensorialité – le ton, le regard, le geste, le toucher et l'écoute –, par les menues attentions qui font du bien, laisse progressivement place à une rigidité qui exige des résultats immédiats. Dominique Friard parle de « *ces petits soins parce qu'ils s'adressent à chacun participent de l'ambiance du lieu de soin. Ils constituent l'arme absolue contre l'isolement. Ils sont le socle du contenir* » (6).

Les actes agressifs de Robert s'aggravent, du « nouveau » s'est produit dont nous devons tenir compte dans l'analyse clinique. Il s'agit de nous ouvrir à une nouvelle mise en forme/mise en sens des événements. Avec ce type de patients, qui nous mettent dans l'impasse, la tentation simpliste du bouc émissaire n'est jamais loin, avec son lot de ressentiments. Ici, le coupable désigné est tantôt le patient, tantôt le psychiatre : il s'agit d'étiqueter Robert dans la catégorie du « *patient difficile et chimio résistant* ». Dès lors, trouvons les « *bonnes molécules* » à la fois sédatives et incisives! Qu'attend le médecin pour nous indiquer la conduite à suivre? Ces pensées aussi confortables qu'erronées nourrissent le soupçon. Mais l'équipe fait ainsi l'économie d'une question cruciale : quel sens donner à nos pratiques infirmières? Comme par magie, les raisonnements réducteurs font disparaître la dimension relationnelle du soin. Nous risquerions de découvrir dans nos interactions avec Robert notre part de masochisme et de sadisme. Cette réalité viendrait ternir l'image fantasmée, idéalisée de l'infirmier pur et dévoué.

Les combats de Robert nous renseignent sur son aliénation.

pas entraver, ne pas contraindre, simplement accueillir, laisser le processus aller à son terme?

Dans un premier temps, l'absence de consensus et de cohésion dans l'équipe semble vouer nos efforts à l'échec. Puis, progressivement, les collègues capables d'accompagner les mouvements dépressifs, agressifs et régressifs de Robert sont pris pour modèles. Nous nous efforçons d'interpréter les situations pour gérer la violence et l'agressivité. Nous avons fini par nous faire à l'idée qu'il fallait refuser de lutter contre Robert, ne pas chercher à lui faire courber l'échine, pour préserver le lien ténu et fragile qui subsiste.

YOHAN. « J'AI ENVIE DE FRAPPER »

• **Yohan, 27 ans, se distingue par son gabarit important et qui présente des dysmorphies. Atteint d'un trouble grave de la personnalité avec déficit intellectuel moyen, il bénéficie dès sa petite enfance de soins psychiatriques et d'un suivi socio-éducatif. Il a grandi avec un père absent, condamné à de longues peines de prison.**

À 15 ans, sa symptomatologie hétéro-agressive et impulsive le conduit à commettre des incendies, ce qui entraîne son premier séjour en Usip. Jusqu'à aujourd'hui, il en a effectué cinq, et deux en UMD.

En février 2021, il est admis dans notre établissement dans le cadre d'un transfert inter-institutions. Il se trouvait alors à l'UMD de Cadillac depuis 18 mois, son comportement violent dépassant les capacités d'accueil de son unité de secteur.

À son arrivée, Yohan développe un mode relationnel déroutant, bizarre. Les distances physiques sont abolies et le discours inquiétant. Il colle son visage à une dizaine de centimètres du nôtre et se fige, sans dire un mot. Immobile, son regard nous

transperce. À d'autres moments, les poings serrés, il tient des propos violents : « *J'ai envie de frapper, je rêve de découper une personne en morceaux pour voir ce que ça fait... C'est facile de tuer!* ». Il justifie son attitude par ses « *voix* ».

Heureusement qu'il ne suffit pas de s'accuser des pires méfaits pour paraître criminel ou dangereux. Avec Yohan, nous avançons dans le brouillard, sans savoir où commence et où finit la véracité de ses confidences. Abandonnés dans un flot de paroles et de sensations, nous devons trier. Un après-midi, Yohan choisit en guise « *de proie* » une étudiante en soins infirmiers. Terrifiée, elle ne reste jamais seule. Il la suit constamment du regard et lui adresse des signes indéchiffrables qui le rendent mystérieux. Je l'interroge sur ce comportement, il me répond avec un sourire arrogant : « *C'est mon jouet et j'ai envie de jouer avec elle!* »

Yohan excelle surtout dans la provocation et se montre facilement méprisant. L'inquiétude, la peur et parfois l'effroi qu'il devine dans les regards de ses interlocuteurs semblent le stimuler.

Mais ses histoires, vraies ou fausses, tendent finalement toutes au même but : que l'équipe lui accorde du temps et de l'intérêt. Prendre de la valeur, exister, quitte à paraître méchant. « *Comme je suis laid, exclu, incapable de séduire, que le mal soit mon bien.* » Plutôt condamner, humilier, terrifier qu'être condamné, humilié ou terrifié. Ses propos extrêmes lui donnent l'illusion d'exercer un pouvoir sur les autres. En quelque sorte, il se réfugie dans un monde qui lui offre le premier rôle. Atteint d'importants problèmes somatiques (diabète et grave myopie) et d'une grande dépendance psychique, la réalité de sa situation contraste fortement avec cet idéal dominant.

Yohan suscite ainsi rejet et dégoût chez certains, peur du passage à l'acte chez d'autres. Il ne laisse personne indifférent et peu d'entre nous parviennent à ressentir de l'empathie.

À de nombreuses situations (défiance, menaces ou provocations répétées...), nous décidons de l'isoler. Le problème est

que cela devient fréquent. Loin du « dernier recours », nous devons impérativement diminuer la contrainte, faire évoluer nos pratiques. Soutenue par des arguments sécuritaires, la « punition » nous fait oublier la dimension thérapeutique.

Qu'est-ce que ça nous fait d'être en relation avec lui? Et inversement, qu'est-ce que ça lui fait d'être en relation avec nous? Ce va-et-vient, ce double mouvement convoque la problématique relationnelle. L'impact émotionnel des aménagements pervers de Yohan nous empêche-t-il de voir la souffrance sous-jacente? Ces interrogations partagées en équipe nous permettent progressivement de différencier le fantasme du danger réel. Notre regard change, nous parvenons à nous décaler (7), à nous détacher de l'image « *d'agresseur potentiel* » qu'il renvoie. Nos contre-attitudes cédant la place à l'humour et à la dérision (8) conduisent Yohan à nous montrer des aspects méconnus de sa personnalité. Des sorties thérapeutiques les montrent sous un jour nouveau, nous faisant découvrir une « *extrême gentillesse* », autrement dit sa difficulté à « *dire non* », à l'origine d'un sentiment de persécution et parfois d'intrusion. Fan de moto (cross) et de musique électronique sous toutes ses formes, il est intarissable, dès que nous abordons ses deux passions.

CONCLUSION

Le *Petit Prince* de Saint-Exupéry (9) nous propose une définition poétique et philosophique de la contenance. « *Que signifie apprivoiser?* », demande l'enfant au renard. — *Créer des liens.*
— *Créer de liens?*
— *Bien sûr! Tu es pour moi un garçon semblable à cent mille garçons. Je n'ai pas besoin de toi et tu n'as pas besoin de moi. Je ne suis pour toi qu'un renard semblable à cent mille renards. Mais si tu m'apprivoises, nous aurons besoin l'un de l'autre. Tu seras pour moi unique au monde et je serais pour toi unique au monde.* »

Avec les liens qui se construisent dans la relation thérapeutique, émergent la singularité et l'interdépendance. Apprivoiser serait l'art d'éviter les deux pièges de toute

relation : l'intrusion et *a contrario* l'abandon. Les liens sont aussi ceux que nous tissons au cœur même de notre pensée. Aide précieuse pour structurer des points de vue, des raisonnements... une vision du monde. Nous parlons de symbolisation. Ce travail tant individuel que collectif renforce notre propre contenance.

La contenance se travaille et s'entretient au fil du temps. Il faut cent fois « *sur le métier remettre l'ouvrage* ». C'est un processus dynamique qui concerne les individualités et le groupe soignant (pluridisciplinaire) dans son ensemble. Les variétés des situations, la diversité des tempéraments sont une richesse à condition de respecter les différences qui rendent parfois difficiles la cohésion d'équipe. La cohérence est possible et elle passe par le partage d'une culture professionnelle commune. Reconnaître sa propre vulnérabilité et tenir compte de celle du patient en lui proposant des soins personnalisés au plus près de ses besoins : nous devrions toujours chercher à atteindre ces objectifs, qui placent l'utilisateur comme acteur principal de son rétablissement. Établir des liens « *fondés sur la confiance mutuelle est le meilleur rempart contre la violence* » (10) et donc contre la coercition.

1—Gille. E. Cubells. J. *Entre flexibilité et contenance à l'UMD. Santé Mentale*, n° 244, janvier 2020.

2—Ciccione. A. *L'observation clinique*. 2013, (1998), Dunod, p 28.

3— *Ibid.*, p 28.

4—Djinn : *créatures surnaturelles intelligentes et malfaisantes.*

5—Mellier. D. « *Ce qui fait équipe, exigence d'un travail professionnel et appareillage psychique groupal d'équipe.* », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol.14, n° 2, 2012, p. 131-134.

6—Friard. D. *Un entretien qui ne ressemble pas à un autre. Santé Mentale*, n° 136, mars 2009, p. 25.

7—Lanquetin. JP. *Jeu et décalage dans la relation. Santé Mentale (spécial formation)*, août 2018, p. 26-31.

8—Lanquetin. JP. *Humour et rires dans les soins infirmiers. Santé Mentale*, n° 206, mars 2016, p. 40-45.

9—De Saint-Exupéry. A. *Le petit prince*. Gallimard, 1943.

10—Combret. M. *Oser la relation pour moins de violence. Santé Mentale*, n° 230, septembre 2018, p. 51

Résumé : Les Unités pour malades difficiles sont des unités fermées d'hospitalisation pour des sujets présentant une dangerosité psychiatrique. La contrainte est omniprésente. Dans ce contexte, comment être « contenant », comment accueillir un patient? Au fil d'histoires cliniques, l'auteur, infirmier en UMD, montre comment l'équipe tisse des liens au quotidien.

Mots-clés : Attitude du professionnel – Cadre thérapeutique – Cas clinique – Relation interpersonnelle – Relation soignant soigné – Travail en équipe – Unité pour malades difficiles.