

Slimane Zerrouk

*Infirmier à l'Unité pour Malades Difficiles (UMD) du Centre Hospitalier Le Vinatier
Bron*

SOIGNER À L'UNITÉ POUR MALADES DIFFICILES

À travers une étude observationnelle mixte, qui a permis de recueillir 36 questionnaires et de mener 6 entretiens, nous avons réalisé une enquête sur « la contenance soignante à l'Unité pour Malade Difficile (UMD) » (Zerrouk, Katsaros, Vernet et Durr, 2018) dans le cadre du Conseil Scientifique de Recherche (CSR) du Centre Hospitalier Le Vinatier. Cette investigation interroge le quotidien des aides-soignants et des infirmiers travaillant de jour. Le point de départ de notre réflexion reposait sur une hypothèse : lorsque les capacités de contenance d'une équipe sont dépassées, les soignants ont recours à l'isolement.

Contexte

Livia Velpy (2016) explicite dans son article que depuis 2007, les politiques donnent une orientation sécuritaire à la psychiatrie. En quelques années, les UMD passent de cinq à dix établissements. Parallèlement, les chambres d'isolement se multiplient dans les hôpitaux. En décembre 2011, l'UMD de Bron ouvre ses portes en créant une première unité d'admission. C'est une unité de gestion de crise. Les patients sont soumis à un cadre de soin strict sur une période moyenne d'un mois. En juillet 2012, c'est au tour des unités 2 et 3 de faire leur apparition. Elles reçoivent les patients stabilisés. Ces deux structures sont tournées vers l'extérieur et travaillent le lien avec les équipes de secteur. Les soins reposent sur une préparation à la sortie pour un retour dans leur service d'entrée.

Le 26 janvier 2016, un changement s'opère. Une loi de modernisation du système psychiatrique français, et plus particulièrement l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique, instaure un cadre juridique rigoureux concernant l'isolement et la contention en rappelant qu'il s'agit de pratiques de dernier recours. En février 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) publie des recommandations de bonnes pratiques professionnelles en les qualifiant de mesures de protection à envisager lorsque toutes les autres alternatives ont échoué.

Évolution des pratiques

À l'ouverture de l'unité 2, j'observais des disparités dans la pratique soignante et des points de vue tranchés. Certains estimaient qu'il ne fallait pas « exciter les patients » et évitaient la relation en dehors des temps qui rythment une journée (levés, administration des traitements médicamenteux, repas, couchers...). D'autres, *a contrario*, se « mélangeaient » et proposaient des moments de partage autour des activités (babyfoot, diffusion de films, jeux de société...). Dans les deux autres unités, lors de remplacements, je découvrais de nouvelles façons de penser le soin et d'agir.

Durant les deux premières années, nous avons tendance à isoler de façon systématique un patient évalué comme agressif, inquiétant ou agité. Les situations de tension étaient résolues par le recours à l'isolement. Progressivement, sans que nous en repérions clairement les causes, notre pratique s'est assouplie. Un grand nombre de soignants traitait davantage les conflits par le dialogue.

Les deux années suivantes, nous avons questionné le dispositif institutionnel. Nous avons ressenti la nécessité d'écrire un règlement intérieur intitulé « règles de vie » pour s'en détacher et permettre au patient de s'y référer. Ce document, porté par l'équipe, était susceptible de faire tiers dans la relation. Dans le même temps, le lien avec l'extérieur était de plus en plus recherché et les sorties se multipliaient : accompagnements achats, visites de musées, groupe cinéma, repas thérapeutiques... Conjointement à cette évolution, le pôle d'activités médiatisées (PAM) s'est développé en offrant un panel de médiations proposées par un éducateur sportif, un infirmier, un aide-soignant, une psychomotricienne et un ergothérapeute.

Nos approches, qui passent du soin relationnel au sécuritaire et du sécuritaire au soin relationnel, ainsi que les évolutions de la pratique au sein même de l'UMD viennent poser la question de la contenance. Les patients que nous rencontrons sur le terrain sont souvent incapables de formuler une demande de soin. Les traumatismes auxquels ils auraient été soumis remonteraient à une période qui se situe avant l'apparition du langage. René Roussillon parle de souffrances primitives. Denis Mellier (2005) fait l'hypothèse que la fonction contenante permet de reconnaître et de traiter ce type de souffrances.

Les équipes de l'UMD sont confrontées quotidiennement aux refus de soin, aux comportements régressifs, adhésifs, à la passivité, à l'énigmatique... et à l'imprévisible. Ces situations mettent en scène une conflictualité non transformée et externalisée. Elles révèlent la souffrance du sujet sous différentes formes et demandent à chaque fois une réponse personnalisée, appropriée, adaptée. Nous pensons qu'il devrait y avoir des corrélations entre le soignant, l'équipe et l'institution.

Spécificité du travail soignant

Les patients admis à l'UMD ont un long passé d'hospitalisation, souvent émaillé de passages à l'acte autos ou hétéro-agressifs. Ils présentent également une mauvaise observance des traitements. Épuisées, les équipes de secteur se tournent

vers ces structures fermées dans l'espoir d'un relais salvateur. Dernier rempart, elles sont conçues pour assurer à la fois un contrôle, une surveillance et un soin. Le soignant se retrouve à devoir assumer cette situation paradoxale.

Chaque mouvement est soumis au diktat d'une clef électronique, objet incontournable, outil indispensable. Retour en chambre, accès aux biens (livres, stylos, vêtements, nécessaire de toilette...) passent par l'ouverture de portes. Des moments très appréciés comme les pauses « cigarettes » sont réparties en cinq temps dans une journée et à heure fixe. Le personnel distribue deux cigarettes par pause et par patient. Regarder un programme télévisé, bénéficier d'une sortie thérapeutique, d'un appel téléphonique ou d'une visite... C'est encore l'équipe qui gère.

La contrainte est là, plus ou moins intense et omniprésente. Ce fonctionnement basé sur une relation asymétrique renforce la dépendance psychique déjà existante. Tous ces facteurs concourent à rendre le soin difficile. Dans ces conditions, la rencontre peut-elle avoir lieu ? Le défi à relever, le tour de force à réaliser serait de créer un espace de liberté dans cet endroit qui en manque cruellement. Ne pas ajouter de contrainte à la contrainte, c'est probablement la voie qu'il faudrait suivre pour rendre l'hospitalisation supportable. La peur d'être débordé et de ne plus pouvoir faire face aux moments de tension seraient à l'origine des mouvements défensifs et au recours à la force.

Le patient dépose son délire, évoque ses hallucinations, se plaint d'un corps douloureux, adopte un comportement étrange, provocant ou agressif... Ces signes et ces symptômes seraient la manifestation de sa vulnérabilité. Elle s'observe à travers l'étayage nécessaire pour les actes de la vie quotidienne : accompagnement pour les soins d'hygiène, pour les démarches d'ordre social, sur le plan cognitif, dans la gestion des émotions et de l'agressivité. La dépendance psychique se dissimule derrière une immédiateté et une toute-puissance. Cette façon « d'être au monde » n'est que le reflet d'un narcissisme primaire qui n'aurait pas su se secondariser. Bernard Golse et René Roussillon (2010) parlent d'une logique du « tout, tout de suite, tout seul ». Notre travail consiste à faire découvrir au patient une temporalité qui intègre à la fois le passé, le présent et le futur. Il s'agit de l'aider à sortir de cet « éternel présent » dans lequel il semble bloqué.

Concrètement, nous rythmons une journée en instaurant une sorte de rituel. Les réveils, les repas, l'administration des traitements médicamenteux et les couchers se font toujours aux mêmes horaires. Les appels téléphoniques, les temps cigarettes, les visites, les sorties et les médiations sont repérés dans une planification hebdomadaire. Chaque patient peut se référer à son cadre de soin qui lui indique ce qui est autorisé et ce qui est interdit. Il est écrit dans le dossier informatisé du patient et est parfois imprimé et affiché dans sa chambre. Il est élaboré en équipe pluridisciplinaire. Les soignants le portent et le font respecter.

Dans le même temps, nous proposons des activités « occupationnelles » autour de jeux de société, de la cuisine, de l'écoute musicale et du film du dimanche après-midi. Il est possible, en fonction des centres d'intérêt du soignant et des souhaits du patient, d'utiliser d'autres supports comme les instruments de musique ou les

livres. Il est important de créer une ambiance détendue où chacun prend plaisir à partager ce moment de divertissement. Une journée est rythmée à la fois par des temps programmés et des temps informels.

Mais comment faire lorsque précisément la temporalité psychique n'est pas intégrée ? Comment faire respecter les « règles de vie » et les consignes des cadres de soin ? Nous avons là une source de frustration et de violence. D'ailleurs, le patient exerce sur nous une pression qui s'apparente parfois à du harcèlement. Dans une relation d'emprise il cherche à faire agir le professionnel dans le sens escompté. Les demandes deviennent impérieuses, elles se multiplient. Nous arrivons à ressentir sa tension interne. Il s'adresse aussi à d'autres collègues pour avoir gain de cause. L'énergie qu'il déploie n'est-elle pas le reflet de l'emprise qu'il ressent soumis aux soins sous contrainte ? Il y a probablement un besoin de maîtrise de part et d'autre. L'exigence immédiate d'un désir qui rencontre un obstacle, une « blouse blanche », favorise l'éclosion d'un conflit. L'agressivité verbale, les provocations ou l'agitation psychomotrice traduisent l'insatisfaction ressentie par le patient. Mais bien souvent cette insatisfaction est réciproque et est également éprouvée par le professionnel. Un ensemble de questions le préoccupe : sommes-nous à l'origine de son mal-être ? Avons-nous bien agi ? Que faut-il faire ?

Notre étude rapporte des témoignages d'infirmiers qui nous renseignent sur le vécu soignant lors de moments de tension. Face à un patient qui adresse des demandes répétées alors que le professionnel n'est pas disponible, les réactions sont variées. Un infirmier se confie : « *Tu répètes avec un ton de plus en plus ferme.* » L'insistance et la répétition des demandes a pour conséquence cet « effet miroir » de la part du soignant. Derrière ce va-et-vient qui n'est pas toujours décodé, le sujet met en scène une souffrance qu'il ne parvient pas à formuler avec des mots, un besoin impérieux qui chercherait à se faire entendre. Le professionnel ajoute : « *Le patient clashe, mais la fois d'après le malade ne refait pas la même chose.* » Ces propos sont intéressants et la confusion qu'ils apportent pour nous l'est tout autant. En effet, il est possible d'en avoir deux lectures très distinctes : le patient est-il en mesure de relier ses actes aux conséquences et donc d'intégrer une notion de responsabilité ? Se soumet-il simplement au « pouvoir infirmier » dans la crainte de représailles ? Le soignant ne confond-il pas soin et soumission ?

Une infirmière raconte que les patients au profil abandonnique adoptent souvent ce genre de comportement. Elle leur apporte une réponse « *si c'est une demande qui est justifiée.* » En effet, elle repère l'angoisse d'abandon derrière « *la demande écran* » mais elle ne la traite pas. Elle réalise que ses capacités de contenance sont mises à mal. Dans ce contexte, elle peut être agressive ou s'agacer : « *Si je me rends compte que j'ai été peut-être un petit peu trop agressive, j'essaie de réfléchir là-dessus et de savoir pourquoi.* » Elle évoque l'effet potentialisateur de n'avoir pas un seul mais de multiples patients difficiles à gérer. La patience et la disponibilité sont mises à rude épreuve. Elle pense que les patients nous poussent dans nos propres limites : « *Il faut se contenir un peu plus pour rester à sa place de soignante.* » La question de la contenance concerne tout le monde, à la fois les patients et les professionnels.

Elle cherche des moyens de régulation. Comment trouver la juste distance ? « *Je me pose beaucoup de questions... J'aurais peut-être tendance parfois à être plus à distance mais je commence un peu plus à me laisser l'opportunité de mettre de l'affect dans le soin et de pouvoir le gérer.* » Il faut compter sur le temps et l'expérience pour comprendre jusqu'où l'on peut aller dans la relation en fonction nos propres limites.

Il est fréquent qu'un membre de l'équipe soit victime d'agression verbale. Là encore les réactions varient d'un soignant à l'autre en fonction de la situation et de son histoire. Un infirmier se remémore une scène : « *Il m'est arrivé d'avoir la boule au ventre quand un patient se sentait très persécuté, il disait que je l'empoisonnais...* » Il ajoute : « *Il était très angoissé et je m'attendais à ce qu'il me tombe dessus.* » Une zone de confusion apparaît comme si une « frontière de différenciation » soignant/soigné s'amenuisait. Dans ce contexte, le professionnel ne repère pas clairement sur le plan émotionnel ce qui vient de lui et ce qui appartient au patient. Perdu dans ses ressentis, il est en difficulté pour comprendre ce qu'il vit dans la relation : comment accueillir et transformer les mouvements transférentiels de cette nature ? Il semblerait qu'un élément de réponse résiderait dans la capacité d'une équipe à faire tiers dans une relation duelle. Le groupe serait le médiateur capable d'étayer à la fois le patient et le soignant.

Cadre de soin et clivage

Tous les moyens sont « bons » pour obtenir la réponse attendue. Les patients, naturellement, s'adressent à plusieurs soignants pour y parvenir. Ils représenteraient un danger pour l'équipe et risqueraient de créer des conflits entre collègues selon une infirmière : « *Les soignants évitent ces situations difficiles mais certains malades utilisent le clivage quand ils sentent que certains soignants sont en désaccord entre eux.* » Elle confond le clivage, mécanisme de défense inconscient et l'effet qu'il peut avoir sur l'équipe. Ce danger supposé provoque une rigidité dans les postures professionnelles : « *C'est le praticien référent qui doit définir le cadre et non les soignants.* » Tout est fait pour éviter le clivage qui pourtant est inévitable puisqu'il est inconscient. Il suscite dans le groupe de la peur et de l'inquiétude. Ce serait un piège, tendu par le patient, qu'il faudrait impérativement éviter. Lorsque le clivage réussit et qu'il empêche l'élaboration de la conflictualité sous-jacente, il est vécu comme un échec et parfois un drame par l'ensemble du personnel. C'est un danger qui pourrait remettre en cause la cohésion et la cohérence d'équipe. Lorsque la contenance groupale est défaillante, n'existe-t-il pas un risque de vouloir renforcer le cadre et la peur du clivage n'est-elle pas exacerbée ?

Une infirmière indique que ce risque est réel. Elle précise que les règles du cadre de soin peuvent être « détournées » à des fins punitives. Il y a bien à cet endroit une emprise du soignant sur le patient. Nous constatons que lutter contre le clivage renforce les défenses et la rigidité de l'équipe. Accepter le clivage pour ce qu'il est, soit un mécanisme de défense, et l'utiliser comme support de réflexion mettrait en évidence des enjeux narcissiques qui traversent le groupe. Cette élaboration aurait pour vertu de resituer le patient au centre du dispositif de soin et de favoriser la

communication entre collègues. Ces récits soulignent l'impact d'une parole ou d'un comportement sur le soignant. En fonction de l'intensité de l'événement ou de la représentation qu'il s'en fait, le professionnel risque d'être affecté, débordé, de devenir agressif ou d'utiliser la contrainte.

Qu'est-ce qui rend ce dispositif thérapeutique ? Il délimite en quelque sorte la scène où se jouent les soins. Les restrictions et les interdits représentent des limites à respecter. Les patients dont la réalité est indifférenciée pourraient, en appui sur ce dispositif qui différencie le réel, amorcer un travail de symbolisation. Ces deux réalités sont éloignées l'une de l'autre à bien des égards. Elles viennent se heurter et faire conflit. « L'immédiateté » des patients, comme nous l'avons mentionné précédemment, se confronte à un cadre qui introduit de la temporalité. Les limites de cette nouvelle temporalité font surgir l'altérité et la dépendance. Cette découverte, essentielle à tout travail d'élaboration, fait violence. Denis Mellier (2003) nous éclaire sur ce point en distinguant conflit et conflictualité. Le conflit serait la part visible, manifeste d'une conflictualité psychique sous-jacente. Dans l'incapacité de penser la conflictualité, le patient ou l'équipe agissent sous forme de conflit. C'est ce qu'indique l'origine étymologique du mot conflit, qui signifie « faire se rencontrer ».

Comment atténuer l'effet du dispositif sur le patient en le rendant le moins violent possible ? Un infirmier apporte une piste de réflexion : « *Il faut arriver à donner du sens... À s'en amuser.* » Il invite à mettre du jeu dans la relation. Cette distanciation dédramatise le soin et insère de la souplesse dans les réponses. Le décalage qu'opère le professionnel par le jeu crée un espace transitionnel évitant l'écueil de l'omnipotence soignante et des risques inhérents à la relation duelle. Pour jouer, ne faut-il pas rencontrer le patient en allant au-delà des symptômes et des troubles ? Cette position, cette façon d'être, tiendrait compte de la singularité et de la complexité du sujet. Elle exige ce qu'appelle Daniel Stern (2003) un accordage affectif, dans le sens d'un partage d'affect. Dans la relation, le soignant et le patient s'ajusteraient l'un à l'autre. Ils s'approviseraient progressivement. Parlant du cadre de soin, un aide-soignant ajoute : « *Il faut qu'il accepte pour que ça fonctionne correctement.* »

Qu'est-ce qui favoriserait l'adhésion du patient ? Probablement un regard qui comprend qu'un sujet ne devrait pas être imaginé *ex nihilo* et devrait être pensé à partir de l'intersubjectivité. Porter ce regard c'est lui transmettre que l'on partage une même condition humaine.

Toute personne est un sujet à part entière à la fois semblable et différent. La spécificité du travail soignant à l'UMD résiderait, dans la mise à disposition d'un espace capable d'accueillir et de transformer un vécu douloureux, la violence et l'agressivité du sujet. Winnicott (1975) parle de survivance de l'objet. C'est maintenir un lien en exerçant ni rétorsion, ni retrait (isolement). C'est montrer au patient que le monde a survécu à sa rage et à sa détresse. Le soignant grâce à sa disposition d'esprit, similaire à la capacité de rêverie de Wilfred R. Bion, met en sens ce qui a été ainsi transféré. Ce travail de transformation, qui s'effectue à la fois au niveau individuel et au niveau groupal, représenterait les capacités de

contenance soignante.

Cette situation n'est pas sans danger pour le personnel. Il est confronté à l'impact émotionnel des souffrances archaïques, aux effets contaminants. Réguler l'impact de ces effets devient indispensable. Pour y parvenir, le professionnel aura recours à l'étayage du groupe.

Impact émotionnel de l'intersubjectivité

À partir d'un questionnement sur le concept de contenance, notre investigation nous pousse à préciser la notion de soin. Nous découvrons que soigner c'est prendre le risque de l'intersubjectivité en allant à la rencontre du sujet. Le professionnel s'expose à un transfert massif. Il accueille et transforme ce qui est mis en scène pour le restituer sous une forme assimilable. Ce travail de contenance a un coût : celui de l'impact émotionnel. La régulation de cet impact s'appuie sur une équipe et sur un dispositif institutionnel proposant des espaces d'élaboration autour de la clinique et des problématiques.

Les témoignages des professionnels placent la question émotionnelle au-devant de la scène. Les vécus douloureux et traumatiques des patients les affectent. René Roussillon utilise le concept d'*identification narcissique de base* pour décrire ce phénomène. Cette identification peut faire résonance avec l'histoire personnelle du soignant, la relation lui ferait alors vivre des émotions et sentiments désagréables. Il s'agit de culpabilité, de peur, de colère, de sentiment d'impuissance... Les patients éprouvent des sensations pénibles et un sentiment diffus de mal-être qu'ils ne sont pas en capacité de traduire en mots. Ce travail de transformation revient au professionnel qui met à disposition son appareil à penser les pensées. Il devrait accueillir et transformer ces ressentis pour les restituer sous une forme métabolisable au patient. Sur le terrain, qu'en est-il ?

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

Un phénomène rare, mais riche d'enseignement, nous fournit des informations importantes. Il s'agit de la question concernant l'agressivité verbale d'un soignant envers un patient. Les causes sont multiples : la fatigue, l'intensité de la relation, l'impact de certains comportements pathologiques. Un infirmier précise que ça peut arriver. Il conseille alors au collègue d'arrêter la relation et de se mettre en retrait. Cette alternative requiert une équipe solidaire et disponible. C'est un moyen de régulation du contre-transfert basé sur la possibilité de s'extraire du soin et de prendre le temps de la réflexion. Selon un aide-soignant, ces situations sont rares mais elles existent. Il raconte : « *Il y a certains patients avec qui au bout de huit heures... vous êtes à reprendre les choses, à recadrer. Quand on est fatigué, on en a marre et il faut savoir passer la main. C'est ça une équipe.* » Son discours parle des mouvements transférentiels « à haute dose » qui épuisent les soignants. L'équipe permettrait de réguler la charge émotionnelle. Les collègues peuvent

prendre le relais. « Savoir passer la main » supposerait une capacité à élaborer, à verbaliser ses propres difficultés aux collègues présents et être en mesure de se reposer sur la contenance offerte par le « groupe soignant ». Ainsi, lorsque l'individu sent que ses ressources ne sont plus suffisantes pour accueillir la souffrance, l'équipe devient une aide précieuse par l'étayage qu'elle procure. Ce constat met en exergue le lien qui existe entre ces deux niveaux de contenance : l'un vient suppléer ou renforcer l'autre.

Un autre aide-soignant aborde la question de la souffrance au travail : « *Au bout de huit heures, on ne peut pas tout encaisser, on n'est pas des machines. Ça m'est arrivé de leur expliquer que ma journée a été difficile, que je suis fatigué et que je ne suis pas prêt à tout entendre.* » Nous pouvons corrélérer la façon d'aborder le soin et l'état émotionnel du soignant.

Les mouvements transférentiels sont inévitables, inconscients et empêchent parfois les professionnels de transformer le message implicite que renferme le symptôme. Les soignants sont en lutte avec leur propre tension. Dans cette scène, le personnel et les patients sont en difficulté pour traiter les angoisses qui « circulent ». Les professionnels adoptent une attitude défensive pour se protéger des effets contaminants de l'intersubjectivité. Une forme d'indifférenciation s'installe. Le soignant se retrouve dans une « zone de confusion » et peine à percevoir ce qui vient de lui et ce qui vient du patient. Wilfred R. Bion parlerait de la contamination du soignant par les éléments bruts (appelés béta) projetés dans la relation par le sujet. Le professionnel se trouve plongé dans « un monde de dé-liaison » qui l'empêche de penser le soin.

Le processus de transformation que le soignant ne peut alors faire seul pourrait être pris en charge par l'équipe. Ainsi, un temps d'élaboration serait salutaire. Il resituerait le soin et permettrait de donner du sens au vécu soignant. Il correspondrait à une réflexion et un partage d'interrogations, lors d'échanges, de synthèses cliniques, d'analyses de la pratique. Nous découvrons que les professionnels ne peuvent pas faire l'économie d'un travail de symbolisation. André Green (2000) a décrit d'ailleurs cette étape : « Le temps où ça se passe n'est pas le temps où ça se signifie. » Cette phrase met en exergue deux temporalités dans le processus de symbolisation : celle de l'expérience, du vécu d'un côté et celle de la réflexion, de l'élaboration de l'autre. L'analyse a posteriori permettrait de créer du sens clinique et d'engager un changement. C'est ce que Philippe Grondin (2015) nous invite à faire en « transformant les faits divers en faits cliniques ».

L'équipe, un étayage essentiel

Le soin en psychiatrie n'est pas facile et les soignants précisent dans leurs discours les difficultés qu'ils rencontrent. Ils ont évoqué à plusieurs reprises la nécessité de pouvoir compter sur les collègues. Un professionnel ne peut rien affronter tout seul. Dans quelles mesures peut-on s'appuyer sur une équipe et quelles en sont les limites ?

Rappelons qu'à l'UMD les patients sont hospitalisés pour de longues périodes. Ils

présentent des pathologies chroniques marquées par la régression et une tendance à résister aux thérapeutiques. Il n'est pas rare également d'accueillir à nouveau les mêmes patients pour une seconde décompensation. Ces allers et retours sont vécus comme des échecs et posent la question de l'utilité des soins. Le doute s'installe et l'interrogation revient comme un leitmotiv : « À quoi sert tout ce qui est fait ? » La démotivation et un sentiment d'impuissance s'emparent du personnel. Albert Camus (1942) parle de ce ressenti, de cette position soignante en écrivant : « L'absurdité naît de la confrontation entre un appel humain et le silence déraisonnable du monde. » L'absence de réponse, de sens, correspond à l'absurdité évoquée par l'auteur. Les discussions parfois polémiques s'invitent pendant la pause-café ou lors des relèves. Dans un mouvement répétitif, comme l'a démontré Freud (1920) avec le concept de compulsion de répétition, ce qui n'a pas été intégré revient sans cesse jusqu'à ce qu'il le soit.

Chaque jour les patients attaquent les liens que nous tissons avec eux. La destructivité et la dé-liaison sont plus ou moins manifestes mais elles sont souvent là dans l'intersubjectivité. Aux attaques du « dedans » s'ajoutent les attaques du « dehors », comme les contraintes budgétaires, une tendance au protocole, une certaine lenteur administrative... À l'UMD, il faut également tenir compte de la dimension médico-légale. Les intrications entre justice et psychiatrie complexifient nos représentations et nos rapports à la folie. Le risque toujours présent serait de mêler au soin la morale et d'endosser le rôle d'un avocat général ou d'un procureur. Ces mouvements conjugués atteignent les équipes dans leurs capacités de penser le soin collectivement. Dans ce contexte, comment une institution hospitalière peut-elle rester un lieu d'accueil, de transformation psychique et de contenance ? Comment éviter qu'elle ne devienne un lieu d'exclusion et de contention ? Sortir de cette impasse est possible dès lors que nous comprenons que le soin en psychiatrie relève de l'accompagnement. L'ambition qui ne devrait pas nous quitter est d'améliorer le quotidien des patients pour atténuer leur souffrance. Penser le soin autour des problématiques, de la clinique est une nécessité. La dynamique d'équipe est un facteur à prendre en compte.

Une infirmière met en exergue des tensions entre médecins et infirmiers. Les conséquences du conflit qui les opposent sont importantes : « *Les relations sont difficiles... Certains médecins ne font pas confiance... Impression d'être une petite main. Au final, les IDE ne font que de la surveillance. Suis-je surveillante ? Matonne ?* » Elle évoque la difficulté à s'épanouir dans un travail qui perd de sa valeur, de son attrait. L'absence d'initiative et l'impression d'être une exécutante diminue sa motivation. Elle souligne l'importance de l'engagement, la nécessité de s'impliquer pour donner du sens à son travail. Son témoignage pose la question des liens possibles entre cohésion d'équipe et cohésion dans le soin. Plus tard dans l'entretien, elle précise qu'elle apprécie son travail et qu'elle se sent bien à l'UMD. Bien-être et plaisir auprès des patients se mélangent à des difficultés relationnelles avec la hiérarchie. Ses ressentis signent un autre phénomène qui peut être propre aux milieux psychiatriques fermés : la difficulté à prendre du recul, à mettre de la distance, et à gérer les émotions que feraient vivre le travail en équipe et le soin à l'UMD. Un aide-soignant ajoute : « *La vie en communauté n'est pas simple,*

déjà pour nous, mais encore moins pour les patients. » René Kaes (1993) nous éclaire sur cet aspect. Ce sont des jeux d'alliances et de pactes inconscients qui assignent des rôles précis aux membres du groupe. Ces alliances et ces pactes reposent sur des enjeux narcissiques privilégiant la dimension affective au détriment de la pensée. Des situations de tension enferment d'autant plus facilement les soignants dans ces rôles, les empêchant de penser.

Analyse de la pratique et formation

Nous avons la chance de bénéficier à l'UMD de séances d'analyse de la pratique chaque mois. Malheureusement, 41,7% du personnel soignant n'y participe jamais et 36,1% rarement. Comment expliquer ou interpréter ce désinvestissement ? Il peut être particulièrement difficile de dévoiler la part intime que l'on apporte dans le soin. Se dévoiler, se mettre à nu présuppose que nous n'avons pas la crainte d'être jugés. C'est la question du regard de l'autre et de la blessure narcissique qui pourrait en découler. Quels rapports entretenons-nous avec nos failles ? Faisons-nous suffisamment confiance aux collègues ? Qu'en est-il de la confiance en soi ? Autant de questions qui pourraient nous éclairer sur les résultats recueillis. Et pourtant, l'utilité d'un médiateur extérieur à l'équipe n'est plus à démontrer.

L'incertitude et la surprise font partie du quotidien des soignants. Accepter de ne pas savoir et supporter le doute constituent les renoncements préalables à toute rencontre. Le professionnel s'y engage sans en connaître l'issue. Conjointement, il est mis dans la situation de trouver sa place dans un groupe. Il s'agit pour lui de sauvegarder sa singularité tout en accueillant les différences. Par ailleurs, le contexte institutionnel se caractérise par une gestion rigoureuse des effectifs qui implique une grande mobilité du personnel.

Les équipes relèvent le défi de créer des espaces de liberté dans un lieu d'enfermement. Les patients admis à l'UMD n'ont pas choisi d'être hospitalisés. Très naturellement, ils parlent de sortie régulièrement et cette idée obsessionnelle vient freiner le soin. De la même façon, les « règles de vie » sont souvent transgressées. À cet endroit les soignants s'efforcent d'être créatifs pour se dégager de ces deux aspects qui envahissent la relation. En effet, travailler à l'UMD, ce n'est pas surveiller et punir pour reprendre le titre d'un texte de Michel Foucault (1975). Les équipes font émerger le soin en tenant compte de la sécurité de tous. Elles s'organisent pour limiter le recours à la contrainte. Dans ces conditions, le soignant est très sollicité et ses capacités de contenance sont mises à rude épreuve. Et pourtant, l'intersubjectivité est incontournable, elle soigne. Dès lors, patients et professionnels sont en quête d'un même sentiment de sécurité.

Notre étude a montré que la contenance est une posture individuelle soignante et une équipe qui régule les mouvements transférentiels, adossée à un dispositif institutionnel. Des connaissances théoriques au service de la pratique sont importantes pour ne pas perdre le fil de la clinique qui aide à rester bienveillant selon René Roussillon. Les échanges d'expériences sur le terrain, en formation et les analyses de la pratique sont essentiels pour engager un travail de transformation

des vécus émotionnels. Penser, pour ne pas passer à l'acte, pour ne pas se perdre dans des relations d'emprise ou de fascination, pour prendre plaisir à travailler... Et agir, en partageant le quotidien des patients, en organisant des sorties thérapeutiques, en participant à des activités médiatisées, en leur transmettant de la considération. Nous les accompagnons dans l'effort quotidien qu'ils fournissent pour tisser des liens et lutter contre une pensée qui en manque.

BIBLIOGRAPHIE

- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Folio essais.
- Delion, P. (2000). *L'enfant autistique, le bébé et la sémiotique*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Payot.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir*. Gallimard.
- Golse, B. et Roussillon, R. (2010). *La naissance de l'objet*. Paris : PUF.
- Green, A. (2000). *Le temps éclaté*. Éditions de Minuit.
- Grondin, P. (2015). *Destins de la sensorimotricité dans le transfert du transfert : vers une symbolisation institutionnelle. Nouvelles perspectives sur les dispositifs de soin institutionnels dans les autismes et la psychose infantile*. Thèse de Doctorat en psychologie soutenue à l'Université Lyon II.
- Guibet-Lafaye, C. (2014). *Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? Pratiques en santé mentale*, 60^{ème} année, (4), 17-20. doi:10.3917/psm.144.0017.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique des groupes*. Paris : Dunod.
- Mellier, D. (2002). *L'inconscient à la crèche. Dynamique des équipes et accueil des bébés* (3^{ème} édition). Collection « La vie de l'enfant ». Toulouse : Érès.
- Mellier, D. (2003). Conflits, conflictualité et fonction contenant. De Freud à Bion, une évaluation de la psychanalyse de l'intrapsychique vers l'intersubjectivité. *Cliniques méditerranéennes*, 2(68), 257-276. doi 10.3917/cm.068.257
- Mellier, D. (2005). La fonction à contenir : Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel. *La psychiatrie de l'enfant* (vol. 48). Paris : Presses Universitaires de France, 425-499.
- Roussillon, R. (2004). L'intersubjectivité. L'inconscient et le sexuel. *Le Carnet Psy*, 94(8), 22-28.
- Santé mentale. (2016, septembre). Isolement et contention « en dernier recours » [Dossier]. *Santé mentale*.
- Stern, D. (2003). Le monde interpersonnel du nourrisson. Presses universitaires de France.
- Velpry, L. (2016). « Moderniser » l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles. *Société contemporaine*, 103(3), 65-90.
- Winnicott, W. D. (1975). *Jeu et réalité*. Gallimard.
- Zerrouk, S., Katsaros, I., Vernet, E., et Durr, L. (2018, janvier). *La contenance individuelle et groupale à l'UMD*. Rapport rédigé dans le cadre du CSR du Centre Hospitalier Le Vinatier.