



Pr S. HENNEBICQ – Pr R. JUVIN



Pr F. CHAPUIS – Pr JF GUERIN

Mme F. DOIRET



Dr P. VASSAL – Pr B. LAURENT

Pr F. LUCHT



Pr JE BAZIN

Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé

**« Réflexion éthique et philosophique pour le soin,
l'enseignement et la recherche en santé »**

Année Universitaire 2018 – 2019

*De l'objet de coercition au sujet de relation: le patient et
le soin à l'épreuve de l' « Unité pour Malades Difficiles ».*

SORDILLON Maxime

Mémoire soutenu le 5 septembre 2019

Tuteurs :

Tuteur Académique : Mr BISSUEL Yves-Michel

Tuteur Professionnel : Mr LANQUETIN Jean-Paul

« Il est des existences, plus que d'autres, ou différemment, qui nous laissent entendre sonner leur pas, sur le chemin qu'elles empruntent, d'une façon tout à fait affirmée, sans pour autant qu'elles adoptent une cadence militaire ou qu'elles dissimulent derrière cette détermination, le hasard qui les guide. Il nous est difficile d'accepter, malgré ce que la clinique et la vie nous enseignent, l'idée que ceci puisse aussi être cela, tant notre monde semble tenir, tant nous semblons assignés, à des identités arrêtées. »

Patrick Faugeras, introduisant l'ouvrage « Préalable à toute clinique des psychoses »

REMERCIEMENTS

Voici venue l'heure de jeter un bref regard en arrière et de s'apercevoir que ce travail, loin d'être individuel, est avant tout le fruit de hasard multiples et de rencontres.

Je souhaite avant tout remercier la fondation "Après Tout", qui a accepté de me faire confiance et de financer cette année de formation. Sans eux, rien de tout cela n'aurait pu avoir lieu.

Merci également à mes deux tuteurs Messieurs Jean Paul Lanquetin et le Docteur Yves Bissuel. Merci à vous pour votre accompagnement, votre disponibilité et votre bienveillance. Vos remarques, vos apports et vos réflexions ont permis de construire mes réflexions vers quelque chose, je l'espère, de plus ordonné !

Merci à ma compagne, Marème, pour avoir supporté l'entropie que j'ai pu induire cette année !

Merci également à l'équipe pédagogique du D.I.U pour la qualité des intervenants rencontrés,

Merci aux différents professionnels ayant participé à l'exploration de terrain, tout autant qu'aux différents cadres supérieurs s'étant mobilisés pour sa réalisation sur le terrain !

Merci également aux différents collègues ayant accompagnés et guidés certaines réflexions. A défaut d'être "la promotion Voltaire", nous pouvons malgré tout travailler sérieusement sans se prendre au sérieux !

Merci également à mon encadrement, pour avoir pu faciliter le déroulement de cette année et favoriser certaine rencontre!

Et enfin, puisqu'il paraît qu'il faut garder le meilleur pour la fin, en l'occurrence "les meilleurs" : merci à mes camarades de promotions, camarades de galères autant que d'aventures. Vous avez fait la richesse de cette année, donc merci à vous pour tout ces verres partagés, tout ces coups de gueules, ces éclats de rire, et bien souvent toutes ces entorses au cerveau !

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION :	6
-----------------------------	----------

I/ LA DANGEROUSITÉ : D'UNE CONSTRUCTION À UNE ATTRIBUTION :	8
--	----------

A) QU'EST-CE QUE LA DANGEROUSITÉ ?.....	8
a) <i>Définition :</i>	8
b) <i>Dangerosité psychiatrique et criminologique :</i>	9
c) <i>Maladie mentale et violence :</i>	11
d) <i>Du dangereux au difficile:</i>	13
B) LA DANGEROUSITÉ, UNE NOUVELLE IDENTITÉ:.....	14
a) <i>Définition :</i>	14
b) <i>L'attribution de la dangerosité :</i>	16
c) <i>Monstruosité et humanité :</i>	17
C) VIOLENCE ET PRISE EN SOIN :.....	20
a) <i>La prédiction : l'insupportable incertitude :</i>	20
b) <i>Au-delà de l'agir : la souffrance :</i>	22
c) <i>La vulnérabilité :</i>	23

II) ELOIGNER LE DANGER, ENFERMER POUR MIEUX SOIGNER :	25
--	-----------

A) ENFERMEMENT ET PSYCHIATRIE :.....	25
a) <i>Des liens anciens :</i>	25
b) <i>La place des « aliénés criminels » :</i>	26
B) UN SYSTÈME CARCÉRAL :.....	28
a) <i>Des lieux d'autorités :</i>	28
b) <i>Des espaces de dépersonnalisation ;</i>	29
c) <i>Entre primat du symptôme et ré interprétation :</i>	31
C) HABITÉ PAR DES SOIGNANTS :.....	34
a) <i>Qu'est-ce que soigner ?</i>	34
b) <i>Prendre soin : entre sollicitude et responsabilité :</i>	36
c) <i>Le soin en psychiatrie :</i>	38
d) <i>L'espace transitionnel et les « marges » du soin :</i>	40
D) UN EXERCICE À LA LIMITE :.....	42
a) <i>Entre "ordre public" et accompagnement individuel :</i>	42
b) <i>L'intersubjectivité au risque de la réification :</i>	44
c) <i>Entre toute puissance et vulnérabilité :</i>	45

III) PHASE EXPLORATOIRE ET DISCUSSIONS :	48
A) MÉTHODOLOGIE DE L'INVESTIGATION :	48
a) <i>Objectifs de l'investigation :</i>	48
b) <i>Construction de l'outils et diffusion :</i>	48
c) <i>Critique à posteriori de la méthodologie :</i>	50
B) PRÉSENTATION DES RÉSULTATS :	52
a) <i>Présentation des répondants :</i>	52
b) <i>La représentation du « malade difficile » :</i>	53
c) <i>La représentation du soin auprès des « Malades Difficiles » :</i>	54
d) <i>Rôles et difficultés de l'infirmier en « Unité pour Malades Difficiles » :</i>	56
C) ANALYSES ET DISCUSSIONS AUTOUR DES RÉSULTATS :	57
a) <i>Un service particulier pour des professionnels particuliers ?</i>	57
b) <i>Soin en psychiatrie et soin en UMD :</i>	59
c) <i>Une critériologie des entrées et des sorties peu définies ?</i>	64
 CONCLUSION :	 68
 BIBLIOGRAPHIE :	 70
 ANNEXES :	 76

Introduction :

Au cours de mes trois ans et demi d'exercice professionnel d'infirmier en psychiatrie adulte, d'abord en service d'entrée de psychiatrie adulte et actuellement en « Unité pour Malades Difficiles », j'ai très rapidement été confronté à des situations complexes, où les problématiques des patients pris en charge sont marquées par une intrication pluri factorielle venant régulièrement mettre « à mal » les postures et les savoir faire appris en formation.

La schizophrénie apprise en cours magistral n'est décidément jamais la même que celle que je rencontre au quotidien ! Dès lors, quand l'impensable et l'impossible de la psychose viennent se rappeler à notre présence, comment faire ?

Différentes manières d'être, différentes possibilités de « faire avec » qu'il faut essayer de comprendre et d'adapter : à travers l'observation des collègues, les retours des patients, les échanges, les recherches personnelles, à travers des tentatives et des « faux pas »... Un apprentissage trébuchant, empirique, qui a défaut de venir compléter, vient tenter de combler les carences de ma formation initiale.

La rencontre quotidienne de situations de soins complexes, toujours singulières, le sentiment récurrent d'impasse ou d'impuissance, d'injustice parfois, la difficulté à pouvoir répondre à cet Autre que je ne comprends pas... La confrontation à la violence physique, relationnelle ou institutionnelle, la toute-puissance potentielle du soignant auprès des populations vulnérables... Ces différents constats ont développé chez moi la volonté (en même temps qu'ils ont également pointé la nécessité !) d'approfondir et d'enrichir mes réflexions par un abord éthique. C'est animé de cette volonté de questionnements que j'ai choisi de suivre cette année le DIU « Éthique en Santé ».

Ma prise de poste en « Unité pour Malades Difficiles » (UMD) a été l'occasion de poursuivre les réflexions que j'avais pu entamer sur le secteur, tout en venant susciter de nouveaux questionnements, notamment sur le caractère écrasant et stigmatisant de la maladie mentale : le terme même de « malades difficiles » est lourd de sens, tout en étant porteur d'une grande confusion. En effet, que vient signifier cette attribution de « difficile » ? La difficulté s'évalue-t-elle alors en référence à la souffrance éprouvée ou alors à l'inconfort qu'un symptôme peut venir provoquer ?

La définition donnée aux UMD par le législateur semble pouvoir nous donner une première réponse : en effet, historiquement, les UMD ont vocation à accueillir les patients présentant

« *pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés et des mesures de sûreté particulières, mis en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet [...] »¹. L'évaluation de la "difficulté" semble donc résider dans l'appréciation d'un risque et d'un impact relationnel important.*

Par ailleurs, l'article 18 de l'Arrêté du 14 Octobre 1986, relatif à l'organisation de la « vie interne » de ces unités, laisse à chacune le soin d'en fixer les modalités de fonctionnements, à la condition que ces règlements intérieurs soient déclarés et validés auprès de la préfecture de police du département ou ces unités sont implantées. A travers l'articulation avec le système judiciaire, l'utilisation d'un vocabulaire qui semble de prime abord appartenir au langage du maintien de l'ordre public plutôt que du soin («sûreté », « danger »..), comment, en tant que soignant, composer avec ces différentes injonctions paradoxales : soigner, mais également être garant d'une forme d'ordre public. Soigner, tout en ayant recours à la contrainte ? Peut-on concilier un accompagnement individualisé et singulier et une démarche sécuritaire ? Quel impact de cette dimension sur la proposition et la qualité des soins ?

Enfin, un autre constat m'a particulièrement surpris, c'est celui du caractère écrasant de la structure de soins dans les discours : « *on est en UMD* », que « *c'est un patient UMD* », « *qu'il ne faut pas oublier qu'on est en UMD* », « *qu'on est en UMD quand même !* ». Comme si, par cette forme d'attribution causal, le patient ne pouvait être autre chose « qu'un patient UMD », comme si les soignants, du fait du lieu avait droit à une forme d'économie de la pensée, une limitation de la capacité de création ou d'innovation, « parce qu'on est en UMD ! ». L'espace, à travers ses missions, semble opérer une uniformisation, aussi bien des patients que des soignants. Dès lors, à partir de ces différentes réflexions et de mes recherches personnelles, j'ai pu formuler ma question de départ de cette manière :

Entre « dangerosité » et « enfermement quelle place pour l'expression de l'identité personnelle du patient hospitalisé dans les soins proposés en « Unité pour Malades Difficiles » ?

¹ Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles | Légifrance [En ligne]. [Consulté le 17 Déc 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072816&>

I/ La dangerosité : d'une construction à une attribution :

A) Qu'est-ce que la dangerosité ?

a) Définition :

Le concept de dangerosité, appliqué à l'Homme, semble de prime abord plutôt éloigné du champ de la pratique médicale et du soin. Elle semble pourtant l'avoir rejoint au fil des évolutions sociales, pour en devenir aujourd'hui un élément propre et caractéristique de la maladie mentale, ainsi qu'en témoignent différentes études, concernant les représentations sociales qui y sont associés dans la population générale. Dans ces dernières, les « *malades mentaux sont décrits [...] comme dangereux, imprévisible* »², et plus de « *75% des répondants associent le terme de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux* »³.

La dangerosité vient souligner une caractéristique portée par un objet ou un sujet, celle d'être susceptible de constituer ou de représenter un danger, définit comme « *ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose* »⁴.

Dérivé du latin « *Dominarium* » et « *Domnarium* », venant qualifier à la fois la propriété et la domination⁵, le danger renvoi donc aux droits que prendra une personne sur une autre, une emprise, venant ainsi menacer ou mettre à mal l'intégrité physique ou psychique du sujet victime.

A travers la définition et l'étymologie du terme danger, on comprend que cette « menace », que l'on retrouve dans l'appréciation de la dangerosité, est directement représentée par le risque de violence, dont le passage à l'acte, qu'il soit auto agressif (dangerosité à l'encontre de soi-même) ou hétéro agressif (dangerosité à l'égard d'autrui), serait la manifestation.

² Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 2010 ; 3 Suppl 1 : 7 -13.

³ Ibid.

⁴ Robert P, Rey-Debove J, éditeurs. Le nouveau petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française ; nouvelle édition du Petit Robert de Paul Robert. Réimpr. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1994. 2467 p.

⁵ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie de DANGER [En ligne]. [cité 21 Mar 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/danger>

La violence, qui viendrait alors caractériser le « malade difficile », est également défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou à une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès*⁶ ».

Le malade « difficile » est alors un « malade dangereux », capable ou coupable de violence. Pour autant, l' « usage intentionnel » ne semble pas pouvoir à lui seul rendre compte de l'intégralité des mécanismes et phénomènes aboutissant à la violence. En effet, notamment dans le cadre de la maladie mentale, comment attribuer cette intentionnalité, là ou historiquement le droit à toujours reconnu une possibilité d'irresponsabilité, puis une abolition totale ou partielle du discernement ?

Plusieurs distinctions ont alors émergées afin de pouvoir rendre compte de la dangerosité d'une personne.

b) Dangerosité psychiatrique et criminologique :

La question de la responsabilité chez les patients atteints de maladie mentale, puis la recherche d'une possible irresponsabilité chez les auteurs de crimes ou délits, a amené au développement d'un nouveau champ disciplinaire : la psychiatrie médico-légale.

Cette dernière, afin de juger et d'évaluer la dangerosité d'un individu, dans une visée principalement prédictive, distingue la dangerosité criminologique et la dangerosité psychiatrique.

La dangerosité criminologique s'entend comme « *un phénomène psychosocial caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens* »⁷, à l'inverse, la dangerosité psychiatrique est comprise comme « *une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale* »⁸.

Cette séparation conceptuelle de la dangerosité entre psychiatrie et criminologie a l'avantage de distinguer d'une part une manifestation psychosociale et d'une autre part le sujet souffrant

⁶ OMS | Violence [En ligne]. WHO. [cité 15 Avr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>

⁷ Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafan N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. L'information psychiatrique. Aout 2009 ; 85 : 745 – 752

⁸ Ibid.

d'une pathologie, de ne pas ramener l'un à l'autre dans un enfermement pathologique et stigmatisant.

Pour autant, au regard des différentes évolutions nosographiques, cette distinction entre la dangerosité psychiatrique et criminologique peut sembler inopérante.

En effet, dans le cadre du modèle psychopathologique marqué par l'impulsivité, l'intolérance à la frustration et la transgression de la loi (héboïdophrénie, troubles de la personnalité de type psychopathique ou antisocial), ces derniers peuvent à la fois être interprétés comme des modalités de construction en réponses à des angoisses et une souffrance massive, mais également comme des signes indicateurs d'un risque de récurrence criminogène.

Si ces définitions « statiques » de la dangerosité se défendent dans le cadre d'une utilisation pénale et judiciaire, de par leur dimension prédictive, elles se retrouvent également dans l'imaginaire collectif, confortée la encore par certaines déclarations politiques, à l'image de Nicolas Sarkozy, évoquant au cours du discours d'Antony que *« des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent soudainement devenir dangereux »*⁹.

En opposition au caractère figé de ces définitions, M. Bénézech et M. Bourgeois proposent une approche plus dynamique du concept de dangerosité, en la définissant comme *« une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive »*¹⁰. Cette définition paraît plus pertinente pour une approche plus globale et individualisée du patient hospitalisé, notamment en UMD. Un groupe de travail mis en place par la Haute Autorité de Santé (HAS), autour de la dangerosité psychiatrique, inscrit également sa définition et son évaluation dans une approche globale et contextuelle centrée sur le patient, rappelant qu'elle ne peut se faire que dans une recherche de compréhension du sujet et de son histoire, dans une alliance et un partenariat avec ce dernier¹¹.

⁹ Sarkozy Nicolas. Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008. [En ligne]. 2008 [cité 3 Mar 2019]. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805>

¹⁰ Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001 ; 159 : 475-86.

¹¹ Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation de la commission d'audition : « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur » [En ligne]. Haute Autorité de Santé ; Mars 2011. 78 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf

En effet, à l'inverse des définitions précédentes, frappant le patient du sceau de l'immuabilité, cette dernière ne vient pas considérer la dangerosité comme une fin en soi, existant pour et par elle-même, mais plutôt comme un moyen, vecteur de sens et toujours « en direction » de quelque chose ou quelqu'un. Ainsi, la question du contexte induit à la fois des éléments intrinsèques au patient, mais également des éléments extrinsèques, tels que l'environnement, les relations...

La dangerosité, se traduisant par le passage à l'acte, apparaît alors non pas comme résultante et inhérente au patient, mais plutôt comme une conséquence interactionnelle. Il convient donc dès lors d'interroger les différents facteurs contextuels pouvant être à l'origine de situations de violence.

c) Maladie mentale et violence :

Quelques études d'envergures ont été réalisées sur l'intrication entre maladie mentale et violence. En premier lieu, il apparaît important de préciser que les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont dans la majorité des cas victimes de violence plutôt qu'auteurs, aussi bien à l'encontre des autres que de soi-même (« *entre sept et dix-sept fois plus que le reste de la population générale* »¹² pour l'hétéro agressivité et neuf fois plus dans le cadre des actes auto agressifs selon le même rapport établi par la Haute Autorité de Santé).

L'étude comparative entre population générale et malade mentaux, réalisée en 1990 par Swanson et al¹³, retrouve une surreprésentation de ces derniers dans la commission d'acte de violence. De même, une étude réalisée en 1992 par Link et al¹⁴, met également en avant un nombre d'arrestations pour comportements procriminel plus important (de trois fois) chez les malades mentaux que chez la population générale. Pour autant, « *85% des sujets violents ne sont pas des malades mentaux* »¹⁵.

Si ces éléments semblent aller dans le sens de l'accréditation d'une plus grande dangerosité des personnes atteintes d'une maladie mentale, ils sont également à mettre en perspective au regard d'autres éléments. En effet, le caractère récidivant de l'acte violent ainsi que l'association de comorbidités psychiatriques (comme l'usage de substances psychoactives) viennent minorer

¹² Ibid, p 8.

¹³ Gheorghiev C, Raffray P, De Montleau F. Dangerosité et maladie mentale. L'information Psychiatrique. Oct 2018 ;84 :941-947

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Millaud F. Troubles mentaux et violence. Criminologie [En ligne]. 1996 [cité 20 Mar 2019]; 29(1):7. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/017378ar>

ces différents ratios ainsi que le critère de « maladie mentale » comme unique facteur incriminant.

Le rapport sur la dangerosité psychiatrique établi par la Haute Autorité de Santé met également en avant des conclusions similaires. En effet, si au niveau statistique on peut retrouver une légère surreprésentation de personnes souffrant de maladie mentale grave (en prenant le diagnostic comme critère inclusif), cette surreprésentation disparaît pour retrouver le même taux qu'en population générale lorsque l'on prend en compte l'association de comorbidités, dont l'abus ou l'usage de substances psychoactives¹⁶. De fait, avec pour seul et unique critère inclusif la maladie mentale, cette dernière n'est pas « *un facteur de risque significatif de comportement violent ultérieur* »¹⁷.

Tenant compte de ces différents éléments, Frédéric Millaud affirme qu'en dehors d'antécédents et de symptomatologie aiguë, le risque de violence est alors équivalent à celui présent chez la population générale¹⁸.

Au-delà de ces données statistiques, la dangerosité, de par sa dimension contextuelle, s'appréhende plus facilement en termes de facteurs de risques de dangerosité (voir Annexe I) plutôt que par une critériologie formelle.

La plupart des études convergent vers une identification de plusieurs facteurs de risques, que l'on pourrait distinguer entre des facteurs dits « statiques », correspondant à « *ceux ne pouvant être modifiés et ceux qui sont difficilement modifiables* »¹⁹ (parmi lesquels les données socio-démographiques, la structure de personnalité, l'histoire du sujet ainsi que ses antécédents..) et des facteurs dit « dynamiques », intégrant l'ensemble des éléments modifiables (notamment la symptomatologie présentée, la consommation de substances psychoactives..).

Par ailleurs, les études réalisées par MacArthur en 2000 et Monahan²⁰ en 2001 pointent la dimension relationnelle dans la survenue ou non d'acte violent : à travers l'intensité du suivi psychiatrique, mais également à la qualité de l'alliance thérapeutique. La question de la disponibilité (de l'accès aux soins mais également des soignants) apparaît dès lors comme

¹⁶ Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation de la commission d'audition : « Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur ». Op cit, p 14.

¹⁷ Ibid, p 14.

¹⁸ Millaud F. Troubles mentaux et violence. Op, cit.

¹⁹ Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafan N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Op. cit.

²⁰ Gheorghiev C, De Montleau F, Marty F. Soins et dangerosité : enjeux éthiques. Perspectives Psy 2010/2 (Vol.49), p. 130 – 136.

première et primordiale dans la prévention et l'accompagnement des patients « potentiellement dangereux ».

La dangerosité d'une personne souffrante de troubles psychiatrique ne s'inscrit donc pas comme un état de fait. Par ailleurs, même parmi les patients accueillis en UMD, ceux qui le sont dans les suites d'un passage à l'acte médico-légal ou dans le cadre de mesure de rétention de sûreté n'en représentent qu'une partie. En effet, même s'il n'existe pas d'étude généralisée, les différents rapports établis par le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté (CGLPL) dans le cadre de visites effectuées depuis 2012 et la stabilisation du nombre de lit en UMD, retrouvent une proportion de patients hospitalisés en UMD dans le cadre d'une irresponsabilisation pénale représentant environ 10% de l'effectif total des patients²¹.

Il convient alors d'étudier également ce qui oriente la majorité des patients vers une prise en charge en UMD.

d) Du dangereux au difficile:

L'arrêté du 14 Octobre 1986²² précise également que les patients admis en UMD doivent présenter un état dangereux « *incompatible avec leur maintien dans une unité d'hospitalisation* ». La notion d'incompatibilité chez les patients hospitalisés en UMD renforce dès lors le caractère relationnel et subjectif de la dangerosité. En effet, sont incompatibles ceux qui « ne peuvent coexister ensemble »²³, mais également celui qui ne répond pas aux attentes.

Au-delà de la dangerosité, « l'incompatibilité » du patient est probablement à l'origine de la diversification des orientations et demandes de séjour en UMD, notamment pour des séjours dits de « rupture », ou pour des patients dont la symptomatologie vient mettre à mal l'organisation d'un service (résistance thérapeutique importante, soustractions aux soins multiples..).

Dès lors, l'appréciation de la dangerosité devient le constat d'une difficulté. Pour autant, cette difficulté inhérente à une prise en charge devient la difficulté du malade, le « malade difficile ». Conséquences organisationnelles ou interactionnelles, lorsque la présentation clinique déborde

²¹ Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés. Rapport de visites des Unités pour Malades Difficiles [En ligne]. Listes des rapports de visites des établissements de santé. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/rapports-et-recommandations/recherche/?cat_type_etablissement=35&cat_type_rapport=100&searchhide=1

²² Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. Op. cit.

²³ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition d'INCOMPATIBLE [En Ligne]. [Consulté le 18 Mai 2019]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/incompatible>

ou met à mal le dispositif de soin, la difficulté ou la violence d'une situation devient alors la dangerosité du patient.

Ce glissement du « malade difficile » au « malade dangereux » est également mis en avant par Livia Velpry lorsqu'elle évoque l'appréciation de la dangerosité des patients admis en UMD. Elle souligne « *la définition contextuelle [de la dangerosité], pour faire la place ensuite à une attribution individuelle* »²⁴.

Le patient, intégré dans un service et une équipe, devient donc le porteur et le responsable de l'impasse thérapeutique ou des difficultés inhérentes à sa prise en charge.

Ainsi, le maniement du concept de dangerosité, appliqué à l'Homme plutôt qu'à une situation semble relativement difficile, voir peu opérant. Reposant sur une définition aux modalités et aux critères multiples, l'usage de terme aussi « *affectivement chargé* »²⁵ que dangereux ou difficile comme qualificatif du patient vient traduire les multiples projections réalisées sur ce dernier, dans une déformation subjective de notre représentation. Le qualificatif venant alors opérer comme principale définition du sujet.

B) La dangerosité, une nouvelle identité:

a) Définition :

Etymologiquement, l'identité dérive du latin « *identitas* », dérivant lui-même de l' « *idem* » : le « *même* »²⁶. Le dictionnaire Larousse, quant à lui, la définit comme le « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un qui fait son individualité, sa singularité* », ainsi que comme l' « *ensemble des données de fait et de droits qui permettent d'individualiser quelqu'un* »²⁷.

²⁴ Velpry L. « Moderniser l'enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles ». Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2016, Faire tenir les murs, 3 (103), pp.65-90.

²⁵ Harding T-W. Du danger, de la dangerosité et de l'usage médical de termes affectivement chargés. [En ligne]. In : Déviance et société. 1980 ; Vol 4 (n°4) : 331-348. Consulté le 15/03/2019. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1980_num_4_4_1057

²⁶ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie de IDENTITÉ [En ligne]. [Consulté le 20 Déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/identit%C3%A9>

²⁷ Larousse É. Définitions : identité - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 20 Déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>

De fait, le concept d'identité semble opérer une double dialectique : à la fois dans une dynamique individuelle, par la manière dont je me reconnais, mais également collective par la manière dont je suis reconnu. On peut donc l'envisager sous la forme d'une identité personnelle, mais également d'une identité sociale.

Le sociologue Erving Goffman, aborde ces différentes identités dans une visée descriptive. En effet, dans le premier chapitre de son ouvrage « Stigmates, les usages sociaux du handicap »²⁸, il considère l'identité sociale comme un cadre social attribué à chacun de manière prévisionnelle afin d'anticiper nos conduites et attentes à son égard. L'identité personnelle quant à elle, est caractérisée dans le second chapitre par l'association des différents éléments « porte identité » (permettant la reconnaissance de l'individu comme sujet unique) et des éléments biographiques concernant l'individu qui y seront rattachés au cours de son existence²⁹.

A l'inverse de cette conception que l'on pourrait considérer comme « pour et par » autrui, le philosophe Paul Ricoeur nous propose une conception réflexive de l'identité personnelle, que l'on pourrait qualifier de « pour soi, en direction d'autrui ». Exposé dans son ouvrage « *Soi-même comme un autre* »³⁰, cette dernière s'articule dans un cadre temporel dynamique où se doit d'être assuré à la fois une permanence dans le temps ainsi qu'un maintien de soi. L'identité personnelle ainsi envisagée s'organise autour de deux pôles :

=> la mêmété, qui repose sur les caractères propres de l'individu. A travers la réidentification de ce qui est mien, la mêmété assure la stabilité dans le temps,

=> l'ipseité, qui quant à elle, correspond au maintien de soi dans le changement. Ce maintien est assuré par l'attestation de soi et la promesse, résultante d'une projection hors de soi, dans le temps et en direction de l'Autre. Correspondant à « *la parole tenue dans la fidélité à la parole donnée* »³¹, elle a pour corrélatif l'altérité.

Afin d'assurer la cohérence de ces deux pôles, l'identité narrative, par la manière dont l'individu va mettre en récit son existence, va permettre de rassembler les disjonctions ou les contingences de l'existence au sein d'un récit unifié.

²⁸ Goffman E. Stigmates, les usages sociaux du handicap. Lonrai, France : les éditions de minuit, 2017. 175 p.

²⁹ Ibid, p 74.

³⁰ Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Éditions du Seuil; 2015. 424 p.

³¹ Ibid, p 148.

A l'instar du philosophe, le psychologue Pierre Tap évoque également les multiples paradoxes liés à la question de l'identité, dans la mesure où elle renvoie à la fois au similaire et au différent. Ce paradoxe se poursuit également dans le processus de construction identitaire à travers un double mécanisme : l'identification et l'identisation³². Le premier consiste en la nécessité de s'étayer sur des imagos (notamment parentaux) afin de se construire un idéal de soi. Le second consiste à réussir à se défaire en partie de ces identifications pour s'en créer de nouvelles et s'affirmer comme un soi singulier. L'auteur nous renvoie là encore à une vision dynamique de l'identité, qui « *ne se saisit que dans la crise et ne se maintient que par la prise* »³³.

b) L'attribution de la dangerosité :

A travers une définition de l'identité via plusieurs champs disciplinaires, il apparaît que l'utilisation de la dangerosité en tant que qualificatif de la personne s'inscrit dans la définition d'une nouvelle identité sociale pour cette dernière.

En effet, l'attribution par les soignants ou par la société d'un « état dangereux », d'une « dangerosité potentielle », basée sur une reconnaissance et une évaluation subjective, va venir opérer chez les patients une véritable assignation identitaire. Cette attribution venant alors constituer le caractère prioritaire que l'on va reconnaître chez ces derniers.

L'identité sociale de la personne sera alors définie au prisme de sa « dangerosité ». En cela l'application de cette notion va venir opérer à l'image d'un stigmaté, jetant le discrédit sur la personne, la rendant ainsi « *différentes des autres membres de la catégorie de personnes qui lui est ouverte* »³⁴. Ainsi discrédité et mis au ban d'une forme de normalité, la personne se verra ainsi attribuer un nouveau rôle social, une représentation nouvelle induisant de nouveaux comportements à son égard.

La présence de ce stigmaté, porté à la connaissance avant même la rencontre initiale entre le soignant et le patient vient également interroger les conditions et les possibilités d'une telle rencontre. En effet, la première rencontre est bien souvent une rencontre « virtuelle », à travers la présentation et la lecture du dossier d'admission ou du « dossier patient », la relève des équipes...

³² Tap P. Identité et exclusion[En ligne]. Connexions. 2005 ; 1 : p 53-78. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2005-1-page-53.htm?contenu=article>

³³ Ibid.

³⁴ Goffman E. Stigmates, les usages sociaux du handicap. Op cit, p 12.

La problématique du passage à l'acte et du « motif d'admission » y est omniprésente, risquant de placer l'histoire du sujet-patient derrière une histoire de la maladie et de ses prodromes.

A travers cette présentation, le parcours du patient et son arrivée est ainsi « validée » : Qu'est-ce qu'à fait ce patient pour arriver chez nous? En quoi a-t-il bel et bien sa place en UMD ? La présence du trait stigmatique dans la description qui est faite en vient à accréditer son existence.

Le stigmatisme va ainsi venir opérer sous la forme d'une référence identifiante, c'est-à-dire comme la manière de désigner la chose dont on parle³⁵. Ainsi, l'identité du patient se définit de manière uniquement discursive, sans reconnaissance et réflexivité, sous la forme d'une « même attribuée », occultant la capacité d'auto désignation du sujet, ce dernier devenant un objet du discours plutôt qu'un sujet parlant.

Paul Ricoeur explique que par ce biais, « *la force logique du même éclipse celle du soi* »³⁶.

L'attribution d'une identité de malade « difficile » ou « dangereux », outre le fait que le sujet ne s'y reconnaisse pas forcément, vient également poser une autre question.

En effet, la maladie mentale (en particulier les troubles psychotiques) pouvant s'envisager comme des troubles de la construction du « soi », des « moi » éclatés, comment accompagner le patient dans une affirmation ou une reconquête de son identité si nous même, en tant que soignant, n'arrivons pas à nous identifier à ce dernier ? Si par l'absence de reconnaissance d'une altérité nous ne pouvons être des supports identificatoires ?

c) Monstruosité et humanité :

Dans son travail autour de l'angoisse, le psychanalyste Sigmund Freud vient conceptualiser « l'inquiétante étrangeté », un sentiment diffus et flottant envahissant le sujet lors de certaines situations de la vie courante. Générée de l'extérieur, par un Autre que l'on ne reconnaît plus et qui échappe à toute identification, l'inquiétante étrangeté, « *c'est quand l'intime surgit comme étranger, inconnu, un autre absolu, au point d'en être effrayant* »³⁷.

³⁵ Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Op cit, p 44.

³⁶ Ibid, p 52.

³⁷ Ménès M. L'inquiétante étrangeté [En ligne]. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2004 ; 2 (n°56) : p 21 -24. Disponible sur : <https://www.caim.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2004-2-page-21.htm>

Cette inquiétante étrangeté semble traduire le sentiment éprouvé lorsque l'on rencontre le patient souffrant de troubles psychiatriques. Ce sentiment s'en retrouve par ailleurs renforcé par certains types de symptomatologies : des mécanismes de fonctionnement archaïque, des états dissociatifs majeurs, une clinique de l'image du corps attaquée autant par certaines symptomatologie (incurie, désinhibition, scarification..) que par certains traitements neuroleptiques (dyskinésie, hypersialie, rigidité tonique...).

A travers la violence de ces éprouvés, des symptomatologies parfois régressives et des mécanismes de fonctionnement archaïque, la figure d'humanité laisse place à une représentation d'animalité. L'inquiétante étrangeté ressentie initialement se déplaçant alors vers une « *altérité inquiétante* »³⁸.

Associée à la notion de dangerosité, qui elle renvoie à l'imaginaire de la destructivité, de la souffrance et de la mort, ces deux manières d'appréhender la personne participent à sa déconsidération en tant que sujet semblable. Renforcée par la représentation populaire de la folie, celle de l'insensé agissant sans but précis de manière imprévisible et incompréhensible³⁹, la figure du « fou dangereux » se construit et s'exclut de la communauté des hommes. Il devient alors figure de monstruosité, se conduisant au dehors et en défi des lois de la raison commune.

Le philosophe allemand Emmanuel Kant, a fondé une conception de la personne comme sujet autonome en mesure d'établir et de suivre sa propre loi, en tant que celle-ci réponde à l'impératif catégorique :

*« Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »*⁴⁰.

C'est à la reconnaissance et à l'obéissance à la loi morale que se reconnaît la personne. Si les conduites psychopathologiques ne semblent pas pouvoir avoir de vocation universalisable, l'individu qui en souffre est-il alors légitimement repoussé aux frontières de l'humanité ?

Le philosophe semble la encore pouvoir nous apporter une réponse à travers une double définition.

³⁸ Marin C. La maladie, catastrophe intime. Paris: Presses universitaires de France; 2016. p 27.

³⁹ Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. Op cit, p. 3.

⁴⁰ Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris, France : Les classiques de la Philosophie, août 2015. p 94.

En effet, malgré sa définition de la personne fondée sur la raison et l'obéissance à la loi morale, il aborde également la distinction entre choses et personnes lorsqu'il écrit :

« Dans le règne des fins, tout a un prix ou une dignité. Ce qui a un prix peut être aussi bien remplacé par quelque chose d'autre, à titre d'équivalent; au contraire, ce qui est supérieur à tout prix, ce qui par suite n'admet pas d'équivalent, c'est ce qui a une dignité. »⁴¹

Pour autant, ce n'est pas seulement la raison manifeste qui vient attester de la personne et de sa dignité, mais bien le fait d'être humain et donc « *d'être capable de moralité* »⁴². La personne, empêchée dans ses facultés de raisonnement (que ce soit par des mécanismes pathologiques ou lié aux phénomènes du vivant) est, de par son appartenance au genre humain, un être « capable de moralité », que cette dernière soit réalisée ou simplement présente en tant que capacité non encore développée.

De par sa dignité et le respect qui lui est due, le patient dit dangereux ou difficile s'inscrit dans le règne des fins et à ce titre, se doit d'être considéré et accompagné comme un semblable, suivant ainsi l'impératif pratique :

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme fin et jamais simplement comme un moyen »⁴³.

A travers son approche morale, Emmanuel Kant nous invite à une pensée de l'humanité et des membres lui appartenant comme digne de respect, ce malgré les différences que l'on peut trouver entre chacun. C'est à l'être de raison qu'il convient d'accompagner l'humanité présente en chacun, la loi morale se transcrivant alors en déontologie.

Par ailleurs, l'appartenance à l'humanité liée à « l'être capable » rejoint également la distinction qu'effectue le philosophe grec Aristote dans « *Métaphysique* »⁴⁴ entre personne en acte et personne en puissance.

En effet, ce dernier considère l'acte comme la réalité effective présentée par une personne à travers ce qu'elle est, il représente un « *état accompli* »⁴⁵. Non pas à l'opposé, mais plutôt sur la

⁴¹ Ibid, p 113.

⁴² Ibid, p 113.

⁴³ Ibid, p 105.

⁴⁴ Aristote. *Métaphysique*. Paris, France : Éditions Flammarion, février 2008. 495 p.

⁴⁵ Ibid, p 300.

forme d'un continuum arborescent, il expose aussi la notion de puissance « *comme principe de changement dans autre chose ou en tant qu'autre* »⁴⁶. La puissance vient opérer en tant que multiples formes de potentialités (de possibilités d'être) que la capacité d'être affectée va venir mettre en mouvement pour parvenir ou non à un état accompli.

Transposé à la question de la dangerosité d'un patient, le même raisonnement peut s'appliquer, à travers le passage à l'acte, qui correspond à une réalité effective, un accomplissement à un moment donné, mais qui ne saurait remplacer ou effacer les multiples potentialités pour le patient d'être autrement «en puissance ». L'enjeu est alors de venir opérer la mise en mouvement de ces potentialités.

Dès lors, à travers la réalité effective du passage à l'acte correspond également une réalité affective chez les soignants : celle du vécu traumatique du passage à l'acte tout comme l'appréhension d'une possible réitération, la crainte d'une menace à sa propre intégrité traduisant le sentiment de danger. Cette insécurité ressentie par le soignant participe également à la déconsidération du patient en tant que sujet humain à part entière. Ainsi, un véritable travail de déconstruction doit également avoir lieu chez le soignant afin de pouvoir restaurer et restituer le patient dans son humanité.

C) Violence et prise en soin :

a) La prédiction : l'insupportable incertitude :

De par sa dimension contextuelle, la notion de « dangerosité » appliquée à une personne ne peut que s'inscrire dans une projection incertaine. Dans l'incapacité de se traduire dans une médecine par les preuves, ces dernières ne reposant que sur l'antériorité des passages à l'acte, l'accompagnement du sujet dit « dangereux » peut revêtir les caractéristiques d'une médecine prédictive, se devant de composer avec l'incertitude au risque de s'éloigner d'une « *médecine du discernement* »⁴⁷.

⁴⁶ Ibid, p 308.

⁴⁷ Sicard D. Ethique et bioéthique. Paris, France : Presses Universitaires de France, 5ième éditions, Octobre 2017. p 44.

La qualification d'un état dangereux reposant sur une intrication plurifactorielle (symptomatologique, relationnelle, organisationnelle...), son attribution ne peut en effet se faire de manière catégorique mais uniquement de manière probabiliste, sans certitude. Pour tenter une approche intégrative et globale des phénomènes de violence, Henk Nijman propose une modèle de définition et de prévention des situations de violence en trois niveaux⁴⁸. Pour ce dernier, la survenue d'un acte violent s'organise autour de trois facteurs conjoints : interne, c'est-à-dire propre à la clinique des patients, externe, c'est-à-dire ceux lié à l'environnement et enfin, voir prioritairement, les facteurs situationnels-interactionnels.

Pour cela, plusieurs échelles de mesures semi structurées⁴⁹ visant à objectiver le risque de violence ont également été mises en place. Chacune vient s'intéresser aux différents facteurs de risques identifiés précédemment, à l'image de l'*Historical-Clinical Risk* (voir Annexe II) créée en 1997, ou encore de la *Short Term Assessment of Risk and Treatability* (voir Annexe III) mise au point par l'université de Douglas à Québec.

Ces différentes échelles, s'inscrivant dans une approche plus dynamique de la dangerosité, repose sur une évaluation pluridisciplinaire de l'évaluation du risque. S'intéressant aux facteurs historiques tout autant que clinique, une part importante du contexte de vie est également intégrée dans cette évaluation, à travers notamment la qualité des relations interpersonnelles ou la présence de personnes ressources auprès du patient.

Véritable interface permettant une « objectivation du risque » à partir d'éléments à la fois statique mais également dynamique (et donc relevant également d'une interprétation subjective), ces échelles permettent avant tout de pouvoir prendre du recul sur une situation clinique. Si en effet par son caractère contingent la prédiction d'une violence à venir est impossible, l'étude des différents facteurs de risques et des différentes ressources à disposition pour un patient donné peut cependant constituer un outil thérapeutique pertinent dans l'orientation et la mise en œuvre du projet de soin.

En effet, à travers une évaluation pluri professionnelle, plutôt que de chercher à transcrire la clinique actuelle, au regard d'éléments passés, dans un futur plus ou moins proche ; il s'agit

⁴⁸ Haute Autorité de Santé. Rapport Bibliographique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.[En Ligne]. Haute Autorité de Santé, Septembre 2016. p 43. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf

⁴⁹ Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafan N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Op cit, p 5.

plutôt d'identifier dans un contexte donné, quels éléments moteurs peuvent être reproductibles pour le patient afin d'éviter la survenue d'un passage à l'acte.

Cette incertitude concernant le « devenir » de la dangerosité invite là encore à un travail sur le sens, à une mise en doute des certitudes et des éprouvés afin de pouvoir, en tant que soignant, laisser au patient la possibilité d'être autrement que de la manière dont nous nous le représentons.

Position difficile à tenir à l'heure des certifications et de la « gestion des risques », ce doute se doit pourtant d'être entretenu et valorisé car il vient remettre au centre le subjectif, il invite à penser autrement et est en cela, capacité de créer et d'innover⁵⁰ au service des patients. Cette incertitude permet de s'inscrire dans une dynamique de prévention, laissant une place à l'évolution et l'inattendu, plutôt que de s'inscrire dans un principe de précaution cloisonnant le sujet dans un futur déjà écrit par son passé.

Au-delà de sa simple prédiction, la violence apparaît avant tout comme une mise en acte pour le patient, la seule issue possible d'une situation vécue comme inextricable.

b) [Au-delà de l'agir : la souffrance :](#)

En effet, qu'elle s'inscrive en tant que réaction archaïque, pulsionnelle et vitale, afin de protéger le sujet de sa propre destruction, renvoyant ainsi à la « violence fondamentale »⁵¹ de Jean Bergeret, ou alors qu'elle revête des caractères plus organisés comme dans l'agressivité, la violence se comprend avant tout comme un symptôme, comme le signifiant d'une chose qui ne peut se dire.

Alain Ferrant donne une définition dynamique du symptôme en psychopathologie, le considérant comme :

« Une tentative de guérison, une solution de compromis entre deux motions psychiques, l'une marquée par le désir et l'autre par la défense. Le symptôme exprime donc un conflit psychique en même temps qu'il essaie de construire une solution. De ce point de vue, le symptôme est toujours spécifique à un sujet »⁵².

⁵⁰ Gheorghiev C, De Montleau F, Marty F. Soins et dangerosité : enjeux éthiques. Op cit.

⁵¹ Morasz L, Perrin-Niquet A, Vérot JP, Barbot C. L'infirmier (e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie. Paris, France : Masson, 2004. p 253.

⁵² Roussillon R, Brun A, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, et al. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Pologne : Elsevier Masson, juillet 2014. p 196.

Que ce soit par défaut de symbolisation ou d'introjection⁵³, le symptôme vient témoigner d'une souffrance chez le sujet, plus ou moins conscientisée, dont la signification s'inscrit dans ses propres modalités de construction. Dès lors, il s'agit de passer par-delà l'acte et les éprouvés qu'il peut nous renvoyer afin d'appréhender et d'accompagner le patient dans la reconnaissance et l'identification de cette souffrance psychique.

Paul Ricoeur, au cours de son intervention « *La souffrance n'est pas la douleur* » définit la souffrance comme « *des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement* »⁵⁴.

Selon lui, les signes du souffrir se déploient progressivement sur les différentes modalités de fonctionnement du sujet, aussi bien dans une altération du rapport « soi – autrui » que dans un empêchement de la réalisation des différentes manifestations de l'homme capable, c'est-à-dire des possibilités concernant « *le pouvoir dire, le pouvoir faire, le pouvoir se raconter, le pouvoir de s'estimer soi-même comme agent moral* »⁵⁵.

Le symptôme trouve ainsi sa place, en venant chercher à traduire dans le réel l'expérience totale, inédite et inénarrable⁵⁶ que constitue la souffrance. Ainsi, au-delà de l'homme agissant, qui dans notre réflexion peut être considéré comme l'homme passant par l'agir, il s'agit d'appréhender le patient également et prioritairement comme un homme souffrant.

c) La vulnérabilité :

La souffrance, en tant qu'empêchement du sujet à se réaliser pleinement place ce dernier dans une position de vulnérabilité.

Dérivé du latin « vulnus », signifiant « la blessure »⁵⁷, le fait d'être vulnérable renvoie donc à la possibilité d'être blessé, d'être exposé à la blessure. Souvent associé à la diminution, à l'altération, la vulnérabilité n'est cependant pas propre au champ de la maladie, du handicap.

⁵³ Ibid, p 194.

⁵⁴ Ricoeur P. La souffrance n'est pas la douleur. [En ligne]. APF France Handicap. [Consulté le 15 Avr 2019]. Disponible sur : http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/La_souffrance_n_est_pas_la_douleur.pdf

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ Liendle M. Vulnérabilité. [En Ligne].In Les concepts en sciences infirmières. ARSI. France : Editions Mallet Conseil, 2012. [Consulté le 18 Avr 2019]. Disponible sur : <https://www.caim.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm#>

En effet, de par sa condition même d'être humain, l'Homme est fondamentalement vulnérable car il est à la fois un être de relations mais également soumis à l'aléatoire et à la précarité de l'existence.

Du fait de sa permanente évolution, les « *multiples potentialités d'altération* »⁵⁸ de l'existence humaine vont être le cœur même de sa vulnérabilité. Dès lors, c'est l'intensité dans l'empêchement de la réalisation de ses potentialités qui va venir distinguer la vulnérabilité de la grande ou de l'extrême vulnérabilité, associée à la maladie et au handicap.

Sylvie Pandélé définit la grande vulnérabilité comme « *un état durable de la personne présentant une altération massive et globale de ses capacités intellectuelles, affectives et volitives le plaçant dans l'impossibilité d'avoir une appréhension consciente et réfléchie de sa situation de vie présente* »⁵⁹.

La dangerosité, comme caractérisation hypothétique mais définitive vient « *prédire l'avenir et figer une personne dans son devenir* »⁶⁰. Enfermée dans une identité arrêtée, la personne en perd alors progressivement les différentes qualités le rattachant à la communauté des Hommes, incarnant alors ce que l'on voit en lui : une figure de violence, de monstruosité. Le caractère situationnel et contextuel de la dangerosité, invitant également à une responsabilité des professionnels de santé, s'efface alors pour une attribution unique : une situation potentiellement dangereuse vient créer l'individu dangereux.

Pour autant, la question de la souffrance et de la vulnérabilité invite à passer outre une approche purement objectivante, basée sur les faits, pour venir questionner le sens que cette violence peut prendre pour le sujet. Elle invite à réintroduire de la subjectivité, de la singularité là où la dangerosité déshumanise et décrédibilise, afin de « *transformer l'étranger, l'anormal en simple pair fragilisé* »⁶¹, le rendant ainsi membre à part entière de l'Humanité. Reconnu ainsi, « *lui-même comme un autre que moi* », le soin peut alors s'envisager.

⁵⁸ Pandélé S. La grande vulnérabilité: fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement. Paris, France: Seli Arslan; 2010. p 34. (183 p)

⁵⁹ Ibid, p 44.

⁶⁰ Senninger J-L. Dangerosité Psychiatrique. Santé Mentale. Mai 2008 ; n°128 : p 17.

⁶¹ Pandélé S. La grande vulnérabilité: fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement. Op cit, p 161.

II) Eloigner le danger, enfermer pour mieux soigner :

A) Enfermement et psychiatrie :

a) Des liens anciens :

Considérée longtemps sous un angle « magico-religieux » avant de devenir une médecine à part entière au XIX^e siècle, la maladie mentale a toujours suscité des réponses sociales pour le moins dichotomique allant d'une tacite acceptation à une totale exclusion : le fou est tantôt « communiant » avec les entités divines, tantôt symbole du courroux de ces dernières, tantôt pris en charge par la communauté, tantôt mis au ban de cette dernière. Ce double mouvement d'acceptation et de rejet semble constituer un véritable invariant culturel.

L'enfermement des « insensés », qu'il trouve sa justification dans le rapport à la déviance et au trouble à l'ordre public s'est ainsi établi comme un mode de gestion publique de la maladie mentale.⁶²

Ainsi, sous l'Ancien Régime, l'internement se fait au sein des « dépôts de mendicité » ou des « maisons de force », assimilant ainsi maladie mentale et population criminelle ou considéré comme déviante. Au refus de l'arbitraire et de la concentration des pouvoirs, la révolution de 1789 va également entraîner une modification de la gestion de ces populations.

En effet, la loi Esquirol du 30 juin 1838, poursuivant les travaux initiés par Jean Baptiste Pussin et Philippe Pinel, va proposer une juridicisation des procédures d'internement, mettant en place un placement volontaire et un placement d'office ainsi qu'un espace de prise en charge dédiée aux populations souffrant d'un trouble mental : l'asile. A l'arbitraire et l'enfermement, la loi Esquirol vient proposer un encadrement juridique et, au-delà de la simple gestion publique, un espace potentiellement thérapeutique. Si la maladie mentale se trouve là encore mise à l'écart de la société civile, elle commence cependant à s'établir en tant que médecine à part entière.

La fin de la seconde guerre mondiale, avec la découverte de l'horreur des camps de concentration, en même temps qu'elle favorise le courant antipsychiatrique, va également

⁶² Renneville M. La dangerosité en psychiatrie : perspective historique. [En ligne]. Cahiers d'Etudes Pénitentiaires et Criminologiques. Consulté le 7/03/2019. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01392392/document>

permettre une mise en question du modèle asilaire, dans une volonté de le décloisonner vers la cité. Ainsi, en 1960 une circulaire ministérielle vient mettre en place la sectorisation psychiatrique, permettant le passage d'un soin intra hospitalier, vers une dynamique extra hospitalière.⁶³

A rebours de cette externalisation de la psychiatrie voulut initialement par la sectorisation et par l'ouverture des services, on assiste cependant de manière paradoxale à une multiplication des recours aux soins sous contraintes et à la création de nouvelles structures fermées⁶⁴ : des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées, des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques ou encore d'Unités pour Malades Difficiles.

b) La place des « aliénés criminels » :

Au-delà de la simple mise à l'écart, la question de la responsabilité est également posée dans le cadre de passages à l'acte considérés comme « médico légaux ».

Si au Moyen Âge la « Coutume de Normandie »⁶⁵, c'est à dire la mort ou l'enfermement à vie, semble prévaloir, il faut attendre le code pénal de 1810 pour voir affirmer dans les textes qu' « *il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était dans un état de démence* »⁶⁶. Le malade, s'il est considéré comme dangereux, n'est pas jugé mais est remis aux autorités administratives.

La loi évolue encore, reconnaissant par la suite la possibilité d'existence de circonstances atténuantes pouvant moduler la peine, puis en 1905, la circulaire Chaumié⁶⁷ introduit le rôle de l'expertise mentale et de son rapport dans la modulation du jugement, posant ainsi les bases de la législation actuelle concernant cette dernière.

⁶³ Quétel C. Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours. Lonrai, France : TEXTO, 2012. p 543

⁶⁴ Eyraud B, Moreau D. Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier. Cultures & Conflits : Octobre 2013; Vol 90. p 117 - 134.

⁶⁵ Quétel C. Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours. Op cit, p 65.

⁶⁶ Barbier M , Démontès C, Lecerf JF, Michel JP, sénateurs. Rapport d'information : «Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? » [En ligne]. Groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ; 5 Mai 2010. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4340.html>

⁶⁷ Reneville M. La dangerosité en psychiatrie : perspective historique. Op cit.

Pour autant qu'ils questionnent la responsabilité de l'auteur du crime, aucun de ces textes ne proposent de solutions ou de modalités de prise en charge différentes de celles déjà existantes. C'est pourquoi de multiples aliénistes demandent rapidement la création d'unité spécialisée. Si plusieurs tentatives ont lieu, notamment à Bicêtre⁶⁸ ou un « quartier de sûreté » verra brièvement le jour, il faudra attendre 1910 pour voir le Dr Henri Colin prendre la direction du premier « quartier sécurisé » à Villejuif.

Sans statut juridique particulière, d'autres unités de ce type verront ensuite le jour, renforcés par la demande de politique, notamment via la circulaire Arthaud de 1946, recommandant le regroupement des malades agités ou considérés comme difficiles ainsi que la circulaire n° 109 du 5 juin 1950 venant donner une définition du « malade difficile ».⁶⁹

Il faudra attendre la parution du décret n°86-602 du 14 mars 1986⁷⁰ qui dans son article 12, reconnaît et donne une place dans l'offre de soins à ce qu'il appelle alors les « Unités pour Malades Difficiles ».

Si depuis leurs créations, les différentes UMD avaient alors vocation à accueillir les patients présentant un état de dangerosité, les différentes réformes de la loi du 5 juillet 2011 relatives « *aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* »⁷¹, récentes et successives, ont supprimé le critère de dangerosité comme motif d'orientation d'un patient en UMD pour ne retenir que celui des patients dont « *l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières* »⁷².

⁶⁸ Michaud D. La place des unités sécurisées psychiatriques pour le patient difficile : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) à Albi [Thèse de doctorat]. Toulouse, France : Université Toulouse III Paul Sabatier. p 24.
Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2023/1/2017TOU31582.pdf>

⁶⁹ Ibid, p 26.

⁷⁰ Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725>

⁷¹ LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=20190509>

⁷² Article R3222-1 DU Code de la Santé Publique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031972128&dateTexte=&categorieLien=id>

Les patients admis en UMD retrouvent par ailleurs le même statut législatif que n'importe quelle personne hospitalisée en psychiatrie.

B) Un système carcéral :

a) Des lieux d'autorités :

N'accueillant que des patients en Soins Psychiatrique à la Demande d'un Représentant de l'Etat, les UMD ont vocation à assurer les conditions de sécurité et les protocoles de soins intensifs énoncés dans l'article R322-1 du Code de la Santé Publique.

Marie Paul Roche, cadre de santé en UMD évoque l'organisation et le fonctionnement de ces unités : *« nos outils de travail sont basés sur les soins, le traitement institutionnel avec la structure et son cadre fermé, les règles à respecter, l'isolement, les entretiens, les activités, l'éducation et les traitements médicamenteux »*⁷³.

Cette description du travail au sein de ces unités rejoint la définition que fait Erving Goffman de ce qu'il nomme des institutions totalitaires :

*« un lieu de résidence et de travail ou un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »*⁷⁴.

S'inscrivant dans la seconde catégorie d'institutions totalitaires, c'est à dire celles ayant vocation à prendre en charge les individus jugés inaptes à s'occuper d'eux même et pouvant représenter une menace pour la communauté⁷⁵, les UMD viennent opérer une rupture polymorphe dans la vie du sujet : à la fois sociale, géographique et biographique. Ces multiples dépossessions viennent inscrire le patient dans une position spécifique, que le sociologue identifie comme celle du « reclus », en opposition à celle du personnel soignant. Chacun étant alors facilement identifiable et assignable dans ces missions et attentes.

Michel Foucault, dans son analyse des systèmes carcéraux, c'est à dire les structures enjoignant le pénitencier et le disciplinaire, définit également ce qu'il nomme « espace

⁷³ Roche M-P. L'unité pour Malades Difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. Soins Psychiatrie. Mars/Avril 2009; n°261 : p22.

⁷⁴ Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Lonrai, France : les éditions de minuit, 2017. p 41.

⁷⁵ Ibid, p 46.

complet ». Un ensemble de structures prenant en charge une population spécifique, sur le mode de l'institution totale et visant à « *coder leurs comportements continus, les maintenir dans une visibilité sans lacune, former autour d'eux tout un appareil d'observation, [...] constituer sur eux un savoir qui s'accumule et se centralise* ». ⁷⁶

Répondant principalement à une architecture de type panoptique, avec une distinction entre « zone nuit » et « zone jour », une visibilité quasi permanente des différents espaces de vie commune depuis les bureaux soignants, l'utilisation ou non de caméras, l'accord du personnel détenteurs des « clefs » pour certains déplacements ou l'obtention d'effets personnels, c'est la vie quotidienne du patient qui se retrouve ainsi observé et modulé.

Au-delà du simple enfermement, cette production d'un savoir continu et consigné associée à l'exercice du pouvoir (qu'il soit hiérarchique par une distinction nette et infranchissable entre soignant et patient ou par le recours à la discipline institutionnelle, les « règles de vie ») permet la réalisation d'une autre mission de ce type d'institution : celle de normaliser les individus qu'elle prend en charge. Au-delà de la simple faute et du passage à l'acte, c'est l'écart et l'anomalie qui se doit d'être traitée ⁷⁷.

Ainsi, par-delà l'acte initial amenant le sujet dans l'institution, c'est son existence même qui est évaluée, corrigée. Le séjour, l'hospitalisation dans cet espace visant à « *reconstituer l'infime et le pire dans la forme du savoir [...] par une pratique contraignante. Connaissance de la biographie, et technique de l'existence redressée* » ⁷⁸.

b) Des espaces de dépersonnalisation :

Afin d'amener progressivement une modification de la personnalité des personnes accueillies, la personne doit préalablement se voir retirer ce qui constituait alors ces éléments « portes identité ».

Processus de désingularisation, la personne n'est ainsi plus reconnue en tant que telle, mais est alors assimilée aux autres patients, à travers une uniformisation des conduites et des possibilités.

⁷⁶ Foucault M. Surveiller et punir. Lonrai, France : Gallimard, Avril 1993. p 267.

⁷⁷ Ibid, p 351.

⁷⁸ Ibid, p 292.

Il en va ainsi des différents processus de mortifications de la personnalité⁷⁹, amenant progressivement le sujet à se reconnaître de la manière dont il doit être perçu.

Ces différents processus de mortifications se retrouvent tout au long du séjour du patient, notamment à travers l'organisation par les soignants de la vie quotidienne des patients. Ces derniers trouvent ainsi une limitation importante de leurs autonomie d' « action et de volonté »⁸⁰, le contrôle par les soignants les inscrivant dans une posture de soumission, voir de supplication⁸¹.

Ils connaissent cependant leurs apogées au moment de l'arrivée du patient, afin de marquer la rupture brutale avec la vie antérieure du sujet. C'est notamment le cas à travers des procédures d'isolements « d'observation » systématisées et protocolisées dont la durée peut être variable, mais également à travers la fouille et la confiscation des différents effets personnels en possession du patient pour leurs remplacement par des affaires autorisées par l'institution (à l'image du pyjama d'hôpital). L'accès aux effets personnels pouvant se faire par la suite, sur le mode de la compensation ou de la récompense, mais dans tous les cas de manière indépendante de la seule volonté du patient.

Ces différentes cérémonies d'admission, légitimée dans le discours soignant par une approche centrée sur le risque, viennent altérer les possibilités de représentations que le patient aura de lui-même. Destitué de ce qui venait le caractériser et le singulariser, c'est la capacité à s'estimer soi-même qui est ainsi mise en péril.

L'estime de soi est définie par Paul Ricoeur comme « *le mouvement réflexif par lequel l'évaluation de certaines actions estimées bonnes se reporte sur l'auteur de ces actions* »⁸². Ainsi entravé dans sa capacité d'agir, dans son pouvoir faire, le patient ne peut que difficilement s'estimer à travers l'appréciation de ses propres actions, ces dernières étant privées de leur caractère d'intentionnalité, de spontanéité et d'initiative⁸³.

Ainsi, ces différents processus de dépersonnalisation et d'homogénéisation des sujets accueillis viennent assigner ces derniers à une nouvelle identité : celle de reclus, de patients

⁷⁹ Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Op cit, p 56.

⁸⁰ Comité Consultatif National d'Éthique. Avis n°87 « Refus de traitement et autonomie de la personne » [En ligne]. Comité Consultatif National d'Éthique ; Avril 2005. 39 p. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

⁸¹ Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Op cit, p 84.

⁸² Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Op cit, p 202.

⁸³ Ricoeur P. Approches de la personne. Esprit. Mars/Avril 1990 ; 160 (3/4) : 115 - 130.

hospitalisés en UMD. Privés des leurs différents éléments de singularisation, ils ne sont plus reconnus comme étant à la fois les « mêmes » qu'auparavant, mais également comme distincts des uns et des autres.

Au-delà des conséquences sur les possibilités de se représenter soi-même, ces modalités de fonctionnement viennent également placer le personnel encadrant dans un rôle de surveillance et dans une position de toute puissance, venant induire une rigidification des rapports humains et favorisant également la production d'images stéréotypées sur l'Autre.

c) Entre primat du symptôme et ré interprétation :

L'organisation et le rythme de vie imposé par l'institution, le confinement dans des espaces définis viennent placer les patients hospitalisés dans une position d'observation permanente. Confié aux personnels soignants, ce rôle d'observation permanente va au-delà de la simple fonction de surveillance.

Marie Paul Roche explique, à propos de la prise en charge en UMD, que « *la contrainte permet d'appliquer une observance thérapeutique privilégiée grâce à l'observation des comportements en continu et la prise des traitements sous surveillance, [...] favorisant ainsi les évolutions cliniques observables et laissant espérer le retour à une vie sociale acceptable* »⁸⁴.

Plusieurs soignants exerçant en UMD par ailleurs évoquent l' « *accent particulier mis sur l'observation [...] afin de pouvoir observer tout les symptômes* »⁸⁵.

Ainsi, au-delà du malade, c'est la maladie et la manière dont elle s'exprime qu'il convient d'observer à travers ce dernier. L'observation s'assimile donc, dans ce cadre, à une objectivation clinique des manifestations psychopathologiques.

Si elle s'avère nécessaire au cours de l'hospitalisation, que ce soit pour rendre compte et témoigner d'une évolution clinique favorable ou défavorable, pour permettre d'évaluer l'efficacité d'une thérapeutique sur tels types de symptômes ou encore dans le cadre de la rédaction de certificats entérinant et attestant la nécessité d'une mesure de soins sous contraintes,

⁸⁴ Roche M-P. L'Unité pour Malades Difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. Op cit.

⁸⁵ Schmitt S, Barbey P, Peullemeulle T, Thomas M, Lasne M, David N, et al. Les missions des infirmier(e)s et des aides-soignant(e)s en unité pour Malades Difficiles. Soins Psychiatrie. Mars/Avril 2009; n°261 : P 27.

le caractère permanent de cette objectivation participe à un dévoilement du sujet au risque de perdre le caractère singulier et subjectif qui le constitue en tant que personne.

En effet, dans son ouvrage, « Naissance de la clinique », Michel Foucault définit la personne malade comme « *la maladie ayant acquis des traits singuliers* »⁸⁶. Si la maladie, particulièrement la maladie mentale à travers le symptôme comme vecteur de sens, s'exprime in fine à travers l'individualité⁸⁷, comment différencier ce qui appartient à la vie pathologique de ce qui appartient au sujet ? Et comment dès lors ne pas réduire le comportement du patient à un simple ensemble de phénomènes pathologiques ?

Le regard clinique à cette fabuleuse propriété, nous dit Michel Foucault, « *d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle* »⁸⁸.

En effet, en tant que soignant, sachant ce que l'on nous demande de chercher, il devient alors facile de l'observer et de le mettre en évidence. La lecture des interactions se faisant alors à travers une grille d'analyse venant biaiser et induire notre regard : le symptôme peut être partout, le patient devient un symptôme ambulante. Si le regard « clinique » objective alors par nécessité, il risque cependant de réifier par négligence.

Par ailleurs, le poids et la rigidité exercée par l'institution peut venir opérer chez le soignant comme une véritable « *instance surmoïque* »⁸⁹, amenant progressivement le soignant à assimiler les objectifs et moyens de l'institution à ses propres objectifs et moyens, dans un processus d'auto contrainte inconscient. Développé par Freud dans sa seconde topique, le surmoi, constitué par « *l'internalisation des exigences et des interdits* »⁹⁰ va agir comme censeur tant psychique que comportemental. Dès lors, le risque de biais dans la posture du professionnel s'en trouve majoré avec une possible modification des attentes concernant le rôle et les missions du soignant en UMD.

Comme nous l'avons vu précédemment à l'égard de l'attribution du statut de patient « dangereux » ou « difficile », le personnel soignant se retrouve pris dans son service au sein de

⁸⁶ Foucault M. Naissance de la clinique. Paris: Presses universitaires de France; 2015. p 35.

⁸⁷ Ibid, p 235

⁸⁸ Ibid, p 154

⁸⁹ Delzecaux S. Autocontrainte et instance surmoïque : éléments de réflexion sur la référence d'Elias à la psychanalyse freudienne [En ligne]. Nouvelle revue de psychosociologie. 2007 ; 2 (n°4). p 201 – 212. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2007-2-page-201.htm>

⁹⁰ Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. France : Presses Universitaires de France, juillet 2007 (5 ed). p 470.

l'institution dans une véritable « logique de la réinterprétation »⁹¹, venant conforter la présence du patient dans cette dernière.

Ainsi, l'observation permanente, via une grille de lecture propre aux objectifs thérapeutiques de l'UMD tend à construire du patient une image stéréotypée conforme aux différentes attentes placées en lui.

*« Implicitement contenue dans l'optique de l'institution, cette théorie rationalise l'activité, offre un moyen subtil de maintenir une certaine distance vis à vis des reclus, donné de ces derniers une image stéréotypée et justifie le traitement qui leur est dispensé. »*⁹²

Dès lors, chaque conduite et chaque comportement du patient sont ainsi analysés. Les différentes possibilités d'aménagement⁹³ mis en place par ce dernier afin de réduire au mieux les effets des processus de mortifications, dans le but d'opérer une forme de reconquête identitaire, peut ainsi être relue au prisme du symptôme et de la « transgression du cadre ».

Adeline Hazan, Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés, pointe également cette dichotomie dans le cadre d'une prise en charge en UMD⁹⁴. En effet, à travers les différentes visites qu'elle a pu effectuer sur le territoire, elle constate, concernant les UMD, « une pratique et un recours à l'isolement plus important », accompagnée « d'une forme de rigidité dans l'organisation » plus étendu que dans des services de psychiatrie traditionnelles. Pour autant, elle insiste également sur la qualité de la relation instaurée entre les soignants et les patients et le caractère apaisé de ces unités, insistant sur « l'humanité déployée auprès des patients ».

Ainsi, au-delà du simple lieu de réclusion, de la seule institution de « redressement », les Unités pour Malades Difficiles s'inscrivent dans l'offre de soins et dans l'organisation de la psychiatrie en France. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, ces lieux de discipline et d'autorité sont avant tout et malgré tout des lieux de soins.

⁹¹ Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Op cit, p 132.

⁹² Ibid, p 135.

⁹³ Ibid, p 245.

⁹⁴ Entretien informel réalisé avec Mme Hazan dans le cadre d'une visite de contrôle inopiné, en date du 16/05/2019.

C) Habité par des soignants :

a) Qu'est-ce que soigner ?

Le soin peut se définir sur deux modalités distinctes comme « *un souci, une préoccupation relative à un objet, une situation, un projet auquel on s'intéresse* »⁹⁵, ou bien comme « *une action par laquelle on s'occupe de la santé, du bien-être physique, matériel et moral d'une personne* »⁹⁶. Ainsi, ce dernier semble pouvoir relever soit d'une disposition de l'esprit à l'encontre d'autrui, soit d'une pratique et d'un agir auprès de ce dernier.

Dans son ouvrage « Promouvoir la vie », Marie Françoise Collière distingue plusieurs types de soins : ceux visant à travers différentes activités à « *assurer la continuité de la vie* » et ceux visant à « *réparer ce qui fait obstacle à la vie* »⁹⁷. A travers ces définitions, la distinction est faite entre soins de « *care* » et ceux de « *cure* ». Au-delà de ces distinctions conceptuels, le soin semble donc, loin d'un acte ou d'une série d'actes indépendants, s'inscrire dans un véritable processus d'accompagnement permettant le passage d'un état à un autre.

Si par ailleurs la frontière entre ces deux types de soins peut s'amoinrir et s'avérer relativement flou dans certains domaines d'exercice, la psychiatrie notamment, le concept de soin, la dynamique du « prendre soin » relève bien du « *care* » et de ses différentes éthiques.

Walter Hesbeen définit le prendre soin comme le fait de « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* »⁹⁸. Le prendre soin relève donc d'une disposition initiale amenant ensuite à une pratique, à un « agir soignant ».

Prendre soin de l'Autre semble donc relever tout d'abord d'une rencontre singulière entre un patient et un soignant, pour aboutir ensuite à un accompagnement, partir d'un face à face pour aller vers un côte à côte.

⁹⁵ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de SOIN .[En ligne]. [Consulté le 16 Avr 2019]. Disponible sur : <https://cnrtl.fr/definition/soin>

⁹⁶ dictionnaire larousse

⁹⁷ Collière M-F. Promouvoir la vie. Paris, France : InterEditions, février 1996. p 243.

⁹⁸ Hesbeen W. Le caring est il un prendre soin ?. Perspective Soignante. 1999, n°4.

Par ailleurs, Sylvie Pandélé définit l'accompagnement comme «*un agir relationnel qui consiste, au côté de l'autre et à son rythme, à accueillir ce qui vient de lui dans le respect de sa personne* »⁹⁹.

Le soin peut donc se définir comme un processus relationnel, issu de la rencontre singulière et intersubjective entre le soignant et le patient, visant à accompagner ce dernier dans la restauration ou dans l'accomplissement de ces possibilités et potentialités.

En cela, au-delà de la vulnérabilité des personnes auxquelles il peut s'adresser, le soin peut être considéré avant tout comme un espace de reconquête et d'affirmation d'un soi profondément mis à mal par la pathologie ou le handicap. Épreuve de la redécouverte et du ré apprentissage de soi¹⁰⁰, on peut alors le considérer, en se référant au philosophe indien Amartya Sen, comme un espace de capacités, un espace visant «*l'effectivité des capacités, rendue opérante dans et par l'espace social au milieu duquel l'Homme évolue* »¹⁰¹.

Ainsi pensé, le care, comme souci de l'Autre dans une situation de vulnérabilité, s'inscrit dans une réelle dimension d'interdépendance visant à restaurer chez l'Autre son autonomie et son émancipation, à le restaurer dans une puissance d'agir entravée par la maladie.

Dans la rupture et le délitement que la maladie entraîne sur le sentiment de soi, dans la violence qui empêche toute possibilité d'inscription de cette expérience, dans la «*nouvelle géographie* »¹⁰² qu'elle entraîne chez le sujet, l'espace du soin vise à réinscrire le sujet comme auteur et acteur du récit de sa vie. Le processus de soin permet une reprise des processus narratifs, permettant au sujet patient de retrouver un sentiment de continuité de l'existence au décours de ce changement radical¹⁰³.

⁹⁹ Pandélé S. La grande vulnérabilité: fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement. Op cit, p 92.

¹⁰⁰ Marin C. La maladie, catastrophe intime. Op cit, p 75.

¹⁰¹ Pandélé S. La grande vulnérabilité: fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement. Op cit, p 165.

¹⁰² Marin C. Violence de la maladie, violence de la vie. France : Armand Colin, 2015. p 44 - 45.

¹⁰³ Delassus E. L'éthique narrative selon Paul Ricoeur : une passerelle entre l'éthique spinoziste et les éthiques du care. Les ateliers de l'éthique. 2015 ; Vol 10 (n°3) : 149 - 167.

b) Prendre soin : entre sollicitude et responsabilité :

Attaché au sujet et à la qualité de la relation interpersonnelle initiée, l'éthique du care requiert, au-delà d'un aspect pratique et technique, des qualités morales qui viendront fonder la compétence spécifique attachée au soignant.

Ainsi, Agata Zielinski, dans son article « *L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin* »¹⁰⁴, reprend les différentes modalités du care identifiées par Joan Tronto, chacune étant ensuite associée à une qualité morale spécifique nécessaire à sa réalisation : au souci de l'Autre correspond l'attention, à la réponse au besoin ainsi identifié correspond la responsabilité. A la rencontre de l'Autre dans le prendre soin correspond la compétence, à la réponse du patient et à son appréciation correspond la réciprocité.

La reconnaissance de la réciprocité comme inhérente à la relation thérapeutique semble être le point d'engagement de la visée éthique du care. Au-delà de la simple praxis soignante, la réciprocité vient en effet inscrire le sujet même dans la reconnaissance d'une altérité partagée.

Pour Paul Ricoeur, le souci de l'Autre, la sollicitude, apparaît avant tout comme le « *rapport de soi à l'autre que soi* »¹⁰⁵ dans un double mouvement permanent.

Cette dernière se développe avant tout à partir du souci de Soi : c'est parce que le « Je » est en mesure de s'estimer soi-même qu'il peut porter sur l'Autre un souci véritable, en le reconnaissant comme un Autre que soi-même. La sollicitude comme voie de reconnaissance mutuelle permet ainsi « *de passer de la dissymétrie à la réciprocité* »¹⁰⁶.

Pour le philosophe, cette capacité à s'estimer soi-même en se reconnaissant comme auteur de ses actions va être le fondement même de la responsabilité à l'égard d'autrui. En effet, me tenant à côté de cet Autre souffrant, cet Autre que je considère comme un « autre que moi-même », comment ne pas vouloir agir ? Comment pouvoir m'estimer à travers mes actions, si ces dernières sont marquées par l'indifférence à l'égard de la souffrance de cet Autre ?

¹⁰⁴ Zielinski A. L'éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. *Études*. 12/2010;(tome 413): p.631-641.

¹⁰⁵ Svandra P. Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en Soins Infirmiers*. Mars 2016 ; n°124 : 19 - 27.

¹⁰⁶ Svandra P. Le soin entre sollicitude et responsabilité. Une lecture croisée de Ricoeur et de Levinas. *Éthique & Santé*. 2016 ; 13 : 121 - 126.

Ainsi, la sollicitude apparaît comme une spontanéité bienveillante, ou la reconnaissance de chacun comme un Autre insubstituable va amener le soignant à s'éprouver en tant qu'Homme responsable¹⁰⁷.

Contrairement à Ricoeur qui nous propose une responsabilité au départ de soi, relevant de notre capacité d'initiative, Emmanuel Levinas nous propose quant à lui une approche de la responsabilité non pas en direction de l'Autre, mais une « responsabilité pour autrui », qui ne partirait pas du sujet directement mais qui lui serait imposé par la présence de l'Autre.

Cette convocation à la responsabilité passe par le Visage de l'autre, porteur de sa subjectivité, « *inscription de l'infini dans la chair* »¹⁰⁸. L'apparition du visage d'autrui, son épiphanie, échappe à tout phénomène perceptif, ramenant au domaine de la connaissance, à la totalité; au contraire, il s'impose à moi et me contraint à agir, me rendant « *l'otage de l'Autre* » : « *ma responsabilité, autant inconditionnelle qu'incessible, s'apparente à un commandement* »¹⁰⁹ résume Phillippe Svandra.

Le visage de l'Autre, de par son extériorité radicale, s'appréhende sur le mode de la sensibilité plutôt que de la perception, de l' « exposition à l'autre »¹¹⁰: il effracte mon être, ma conscience et m'impose d'agir à son égard. Cette responsabilité pour autrui s'éprouve comme une dette perpétuelle, que rien ne pourra jamais combler, elle m'aliène à l'Autre dans une exigence constante.

« *Autrui arrête ma liberté, parce que face au visage d'autrui, je ne peux pas vivre dans l'insouciant certitude de moi-même, je suis enjoint de répondre d'autrui, d'être commandé par cette altérité contre laquelle la pensée investigatrice achoppe [...]* »¹¹¹.

Inhérente au soin, la responsabilité s'impose comme une vigilance nécessaire au regard de la violence induite par les différentes situations de soin et l'asymétrie des rôles imposés à chacun des acteurs de la relation. Elle sollicite tout autant qu'elle réaffirme l'humanité en chacun.

¹⁰⁷ Svandra P. Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. Op cit.

¹⁰⁸ Svandra P. Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. Rech Soins Infirm. 2018 Mar; (132):91-98.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ Antenat N. Respect et vulnérabilité chez Levinas. [En ligne]. Le portique, Revue de philosophie et de sciences humaines. Consulté le 02/01/2019. Disponible sur : <http://le.portique.revues.org/558>.

¹¹¹ Ibid.

c) Le soin en psychiatrie :

Relationnel, quel que soit son lieu de mise en œuvre, le soin en psychiatrie est pourtant caractérisé par la prédominance de la relation interpersonnelle en tant que véritable «outil thérapeutique », dans une opposition quasiment historique et idéologique aux « soins du corps » de la médecine somatique.

Pour Jacky Merklings, au-delà de ce clivage entre soins du corps et soins psychique, c'est avant tout le degré et la nature des modalités de mise en œuvre de la rencontre et de la relation qui viennent distinguer le rôle de cette dernière comme thérapeutique en psychiatrie¹¹². En effet, selon lui, la disponibilité et l'accueil inconditionnel de l'Autre sont les préalables constitutifs et immuables de la relation soignante, que l'on se doit de retrouver dans toutes pratiques.

Pour autant, de par la nature même de la maladie mentale qui « *dénature son rapport à la réalité et rend l'autre indiscernable* »¹¹³, le soin en psychiatrie, plutôt que de passer par la relation, se doit d'être un « soin relationnel » : l'engagement des deux parties est à la fois plus total et intense, mais est également à destination tant du fonctionnement pathologique du patient, via le travail de mise en sens du symptôme, que du renforcement et du soutien de ces capacités contre « *les forces d'engluement, de détérioration ou d'éclatement de sa maladie* »¹¹⁴.

Ainsi, au-delà de la prédominance des modèles et des orientations neuropsychologiques et pharmacologiques, favorisant et nécessitant une réelle objectivation, sur le modèle de l'évidence base médecine, le « soin relationnel » quant à lui, s'articule autour de la rencontre intersubjective avec la mise au service du patient de l'appareil psychique et de la subjectivité du soignant.

Ce rôle thérapeutique de la relation ne va cependant pas de soi et nécessite à la fois une approche théorique et conceptuelle solide, en même temps qu'un travail de reprise et d'élaboration aussi bien avec le patient qu'au sein de l'équipe pluri professionnelle, dans le cadre d'instances et d'espaces dédiés à cela.

En effet, l'engagement réciproque dans la relation va être caractérisé par de multiples mouvements affectifs qu'ils convient de percevoir et de penser afin qu'au sein de la relation, chacun puisse se reconnaître et assumer son rôle et sa fonction. Que ces mouvements soient propres à la relation même, à l'exemple du transfert et du contre transfert, ou bien alors qu'ils

¹¹² Merklings J. L'infirmier en santé mentale : Identité, rôles savoirs et pratiques. France : Seli Arslan; décembre 2016. p 156.

¹¹³ Ibid, p 155

¹¹⁴ Ibid, p156.

résultent de différents mouvements de projection, comme l'identification ou l'identification projective, ils représentent autant de matériel clinique qu'il s'agit ensuite d'essayer de mettre en sens, où tout du moins d'identifier afin de ne pas laisser s'installer entre le patient et le soignant une distance qui apparaissent trop injuste.

La fonction soignante en psychiatrie peut également être définie par le recours à deux appareillages conceptuels : le « *holding et le handling* »¹¹⁵ développés par D. Winnicott ainsi que la « *fonction alpha* »¹¹⁶ théorisée par W. Bion.

Pédiatre avant d'être psychanalyste, D. Winnicott part de ses expériences cliniques dans les relations précoces entre l'enfant et son environnement pour développer ensuite une théorie du développement du sentiment de soi chez le nourrisson à travers les différents soins maternels primaires¹¹⁷. Ces derniers permettant par la suite l'intégration par le nourrisson d'un sentiment d'unité et de continuité dans sa construction psychique.

Là où le holding, le portage, vient apporter une première contenance au sujet; le handling, le maintien, va assurer à travers l'individualisation et l'adaptation des soins proposés une fonction personnalisante¹¹⁸ auprès du sujet.

Ainsi, la manière dont les soins vont être apportés et prodigués, à travers leurs fonction contenante et adaptative va ainsi permettre « *les premières formes de structuration de la subjectivité* »¹¹⁹, à travers la mise en place pour le patient d'un environnement vécu comme suffisamment bon pour pouvoir y développer ses capacités.

Wilfred Bion, quant à lui, poursuit également sa réflexion autour du développement de la subjectivité et de la contenance psychique. Prenant également pour modèle la relation mère - bébé, il propose pour la mère le rôle de fonction alpha. C'est à dire pour cette dernière, une fonction de transformation des vécus et émotions bruts du bébé, qu'il qualifie d'élément bêta, non assimilable par son propre appareil psychique, en éléments alpha que le nourrisson pourrait alors assimiler et intégrer à sa vie psychique. Ce rôle de transformation passe donc par le filtre de la subjectivité maternelle, permettant ensuite la construction de la subjectivité de l'enfant.

¹¹⁵ Winnicott D-W. La mère suffisamment bonne. Barcelone, Espagne : Petite Biblio Payot classiques, août 2006. p 67.

¹¹⁶ Roussillon R, Brun A, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, et al. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Op cit, p 659 p.

¹¹⁷ Winnicott D-W. La mère suffisamment bonne. Op cit, p 67.

¹¹⁸ Roussillon R, Brun A, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, et al. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Op cit, p 49.

¹¹⁹ Ibid, p 49.

Pour ce dernier, c'est à travers « *une faillite de l'environnement quant à sa fonction contenante et transformatrice* »¹²⁰ que le trouble psychotique va venir trouver sa genèse.

Le soin en psychiatrie semble donc avoir vocation, à travers la relation, à créer un « environnement suffisamment bon », suffisamment secure, afin de permettre au patient le développement de sa subjectivité et de son autonomie psychique.

Au-delà de ces fonctions « conceptuelles » du rôle du soignant et du soin en psychiatrie, un autre espace, ci-construit avec le patient s'avère essentiel dans ce développement : l'espace transitionnel.

d) L'espace transitionnel et les « marges » du soin :

Développé là encore par Winnicott, cette « *aire intermédiaire d'expérience, à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure* »¹²¹, va permettre au bébé, à travers un processus de désillusion progressif, de sortir de l'omnipotence et de la toute-puissance de sa vie interne au profit de la reconnaissance d'un monde extérieur reconnu et partagé et où l'intersubjectivité est possible.

Nécessitant avant tout un sentiment de confiance et de fiabilité envers la mère, le développement d'un tel espace va ensuite favoriser l'internalisation de ce sentiment de sécurité qui pourra par la suite être remobilisé, projeté sur un objet qui deviendra alors transitionnel¹²².

Cette aire transitionnelle, durant laquelle l'enfant expérimente tout d'abord sa capacité d'être seul va également permettre « *d'élaborer sa capacité à vivre avec les autres* »¹²³ en offrant la possibilité à ce dernier de mettre en œuvre et de tester, dans un cadre interne sécurisé et sécurisant l'ensemble de ces capacités. Espace d'expérimentation donc, mais également espace de mise en relation.

En cela, l'espace transitionnel apparaît également comme un espace potentiel, c'est à dire comme « *le lieu précieux où tout ce qui est en devenir va pouvoir éclore grâce à l'existence d'un cadre protecteur et d'un entourage suffisamment bon. Les capacités intellectuelles, physiques,*

¹²⁰ Ibid, p 249.

¹²¹ Winnicott D-W. Jeu et réalité. France : Folio essais, février 2014. p 30.

¹²² Ibid, p 32.

¹²³ Levefre A. 100% Winnicott. Paris, France : Eyrolles, novembre 2011. P 59.

relationnelles, affectives, artistiques du petit enfant vont pouvoir se développer dans cet espace grâce à la diminution progressive et attentive de l'adaptation de l'environnement »¹²⁴.

Le postulat de l'intersubjectivité dans la relation passe par la reconnaissance de sa propre subjectivité, mais également de celle de la personne avec laquelle on est en relation.

Dès lors, confronté à une subjectivité défaillante ou peu construite, qui se dissout et se diffracte sous les assauts d'affects et de pensées brutes, le rôle du soignant va être de réussir à construire, avec le patient, des espaces où la transitionnalité peut se mettre en œuvre et se développer. Des espaces tiers, où la présence du soignant ne viendra pas détruire l'existence interne du patient, mais au contraire, à travers le partage de cet espace, viendra accompagner le patient de la dépendance vers l'autonomie psychique¹²⁵.

Ainsi, au-delà d'un soin formalisé, programmé et reprogrammable dans l'organisation des soins concernant un patient, l'un des espaces majeurs du soin en psychiatrie va être celui de l'informel.

Pouvant représenter plus de 50% du temps du temps de travail d'un infirmier en psychiatrie¹²⁶, ces actions "à la marge" du soin, cet ensemble de « petites choses », souvent non conscientisé ou ne relevant d'aucune nomenclature, vient construire la relation en tant que véritable espace thérapeutique ouvert au patient.

Jean Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel, infirmiers et praticiens chercheurs, mettent en avant dans leur rapport de recherche concernant « *l'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* »¹²⁷ 139 fonctions différentes, identifiées au cours d'une double enquête de terrain mêlant entretien semi directifs et observation directe, assurées et assumées par les soignants lors d'activités informelles.

Pour ces derniers, le soin informel vient opérer comme un véritable espace transitionnel, lieu où le patient peut avoir à la fois l'initiative et le choix, le remplaçant ainsi dans une véritable dimension de sujet. Espace d'expérimentation tout autant que d'expression et d'affirmation de soi, loin de la contrainte, du statut et de l'objectivation.

¹²⁴ Ibid, p 60.

¹²⁵ Winnicott D-W. Jeu et réalité. Op cit, p 199.

¹²⁶ Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Groupe de Recherche en Soins Infirmiers; 2012.p 21.

¹²⁷ Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Groupe de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. 425 p.

« Il s'agit pour le patient à travers un temps, une activité dont la particularité est d'être à la fois familière et non perçue comme une situation de soin, de proposer et d'éprouver une autre nature de relation. Patients et soignants abandonnent momentanément, et sans y prêter une attention soutenue, l'asymétrie qui les caractérise. Ils passent d'une relation de rôles sociaux convenus à une relation d'une toute autre nature et qui s'organise sur du commun, du partagé et du partageable, chacun pouvant allègrement profiter du territoire de l'autre avec son consentement éclairé. »¹²⁸

Regroupées autour de 33 fonctions mères identifiées au décours de leurs enquête, ces diverses fonctions se caractérisent aussi bien dans l'interaction avec le patient, que dans la posture du professionnel ou dans le rapport à l'équipe.

Cette caractérisation en tryptique vient constituer le socle d'une pratique du care en psychiatrie. Dans un univers normé, protocolisé, où l'asymétrie relationnelle est majorée par une sécurisation et un contrôle massif, où l'institution est vécue comme injuste, la pratique de l'informel dans les soins infirmiers n'est pas sans rappeler les trois pôles de la dimension éthique selon Paul Ricoeur, s'inscrivant avant tout dans « la visée de la vie bonne, avec et pour les autres dans des institutions justes »¹²⁹.

D) Un exercice à la limite :

a) Entre "ordre public" et accompagnement individuel :

L'UMD, de par son fonctionnement, son histoire et sa mission semble donc être porteuse d'un important paradoxe : être garante d'une forme de sécurisation tant sociale que psychiatrique en isolant des individus estimés potentiellement dangereux, ayant recours pour cela à plusieurs techniques de coercition, tout en devant assurer sa mission première d'offrir des soins à des personnes en souffrance, ayant pour cela recours à un accompagnement toujours singulier, adapté et individualisé en fonction de la personne accueillie.

Cette tension entre privation de liberté, mortifications de la personnalité et restauration dans sa possibilité d' « homme capable » peut également se traduire à travers les différents principes de l'éthique biomédicale identifiés par James Beauchamp et Tom Childress à travers la mise en tension entre le principe de respect de l'autonomie, entendu comme « *au minimum*,

¹²⁸ Ibid, p 161.

¹²⁹ Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Op cit, p 202.

l'autorégulation libre de l'ingérence des autres et des limitations »¹³⁰, et celui de la bienfaisance, compris comme « *l'obligation d'apporter les bienfaits, d'empêcher et d'éliminer les méfaits, et de peser le pour et le contre des avantages possibles* »¹³¹.

Un rapide regard sur les différentes chartes ou conventions internationales relatives à l'encadrement des pratiques biomédicales semblent pouvoir apporter un début de réponse à ce dilemme.

La Convention d'Oviedo¹³² notamment, signée en 1997 et concernant la « *protection des droits humains dans le domaine biomédical* » affirme dans son article 2 la « *Primauté de l'être humain* », expliquant que « *l'intérêt et le bien de l'être humain doit prévaloir sur le seul intérêt de la société..* ». L'article 7 quant à lui indique « *qu'une personne souffrant d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention [...] que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé* ». Le caractère bienfaisant de l'action semble dès lors pouvoir prévaloir sur l'autonomie décisionnelle de la personne. Au regard de cette convention, le caractère bienfaisant semble pouvoir prévaloir sur l'autonomie et la liberté du patient.

L'article 26 vient quant à lui vient limiter les possibilités de « *restrictions à l'exercice des droits* » au « *[...] mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sûreté publique [...]* », mettant ainsi en perspective le bien individuel et le bien commun. Pour l'intérêt du bien commun, se traduisant à travers les notions d'ordre et de sûreté publique, une personne susceptiblement dangereuse peut donc voir l'exercice de ses droits fondamentaux restreints.

Ainsi, si ces différents éléments de réponses peuvent venir éclairer la problématique de l'admission dans une telle structure, qu'en est-il durant le reste du séjour ? Lorsque la symptomatologie s'amende et que le patient redécouvre progressivement la possibilité d'être soi, le caractère bienfaisant de l'hospitalisation est-il toujours aussi présent au regard des limitations imposée à l'exercice de son autonomie ? Ou alors ne risque-t-on pas de devenir délétère pour le patient, mettant ainsi à mal le principe de non malfaisance propre à l'agir soignant ?

¹³⁰ Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. France : Editions Les Belles Lettres ; Janvier 2008, p 92. (645 pages)

¹³¹ Ibid, p 240.

¹³² La Convention d'Oviedo: protection des droits humains dans le domaine biomédical [Internet]. Bioéthique. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/oviedo-convention>

b) L'intersubjectivité au risque de la réification :

Le paradoxe précédent met également en exergue un second paradoxe : le patient hospitalisé en UMD, tout autant que les soignants amenés à l'accompagner durant ce temps, se retrouvent pris entre deux logiques contraires : une logique institutionnelle et clinique, visant à la fois à homogénéiser la personne et le groupe ainsi qu'à objectiver la personne dans son intégralité, et d'une autre part, une logique soignante s'inscrivant dans la singularité de la rencontre et le respect de la subjectivité.

Cette volonté de totalisation du sujet en objet de savoir et de connaissance est abordée par Emmanuel Levinas lorsqu'il oppose totalité et infini.

En effet, pour ce dernier, la totalité consiste en l'abord du monde et de l'environnement par le savoir et la connaissance, une « *réduction de toute l'expérience, de tout ce qui est sensé, à une totalité ou la conscience embrasse le monde et ne laisse rien d'autre hors d'elle* »¹³³. Le sujet devient donc un objet de production de connaissance et de savoir, portant haut le risque de réification, la perte de singularité et de subjectivité, pourtant porteuse selon lui de « *l'infini qui s'ouvre dans la relation éthique de l'homme à l'homme* »¹³⁴.

On retrouve alors la totalité, représentée par l'institution (d'ailleurs qualifiée de totale) s'opposant à l'infini, représenté par la relation soignante, par Autrui dans « son irréductible altérité »¹³⁵

Comme vu précédemment, si l'objectivation clinique peut s'avérer nécessaire, les différents processus de réinterprétation ainsi que le caractère surmoïque de l'institution éloigne et décale progressivement le patient de sa propre subjectivité. La « *violence de l'interprétation* »¹³⁶ se retrouve ainsi mise au service de la représentation, dans une forme quasi prophétique : je vois, donc il est.

Ce paradoxe se retrouve également dans le regard soignant, à travers la question de « l'observation clinique » et de l'ambivalence du regard soignant. Albert Ciccone distingue deux visées portées par l'observation clinique, l'une objectivante, cherchant à « *maîtriser, expliquer*

¹³³ Levinas E, Nemo P. Éthique et Infini : dialogues avec Philippe NEMO. Paris, France : Librairie Générale Française, 2011. p 69.

¹³⁴ Ibid, p 75.

¹³⁵ Antenat N. Respect et vulnérabilité chez Levinas. Op cit.

¹³⁶ Grenouilloux A. Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie. Éthique & Santé. 2015 ; 12 : 130 - 137.

les phénomènes de la réalité »¹³⁷, l'autre implicative, nécessitant un investissement personnel dans la relation avec le patient afin de l'accompagner dans la mise en sens¹³⁸ de sa souffrance.

Le positionnement soignant semble donc sans cesse alterner entre ces différentes formes d'observation, entre un regard qui embrasse l'environnement et la personne dans le rêve d'une descriptibilité totale¹³⁹ et un regard qui soutient le sujet, porteur d'une préoccupation singulière et attentive, venant alors soutenir la personne dans sa « *capacité d'être seul en présence de l'Autre* »¹⁴⁰.

Si le prendre soin vient nécessairement assoir la dimension subjective de la personne, ce dernier ne semble cependant possible qu'à partir du moment où le regard du soignant ne se veut plus seulement objectivant, scrutateur et persécuteur mais se veut comme réponse à une souffrance, témoin d'une disponibilité sans faille. L'engagement et l'investissement du soignant dans la relation venant alors témoigner d'une sollicitude assumée.

c) Entre toute puissance et vulnérabilité :

La dissymétrie de la relation soignant - soigné, portée également par une organisation disciplinaire, vient placer le soignant exerçant dans une position de toute puissance.

C'est à lui que revient le rôle d'observer, de tracer et de transmettre l'évolution du patient dans cet espace hospitalier. Témoin en même temps qu'auteur de l'histoire qui sera par la suite racontée concernant le séjour du patient. C'est lui qui possède les clefs, qui autorise ou interdit, qui accompagne à l'extérieur ou qui raccompagne en chambre... Dès lors, comment ne pas laisser ce rôle écraser tout l'espace de la relation et de la rencontre ? Comment ne pas le voir comme une défense, une solution lorsque cette dernière semble impossible ? Comment ne pas la laisser aliéner notre subjectivité au péril de celle de l'Autre ?

Les réflexions sur la vulnérabilité et la sollicitude entamées précédemment semblent pouvoir apporter une possible autre voie que celle de l'omnipotence du soignant sur le patient, qui, même si elle n'est pas souhaitée et voulue, constitue un élément structurel du rapport entre soignants et patients en UMD.

¹³⁷ Ciccone A. L'observation clinique. France : Dunod, décembre 1998. p 38.

¹³⁸ Ibid, p 39.

¹³⁹ Foucault M. Naissance de la clinique. Op cit, p 165.

¹⁴⁰ Winnicott D-W. La mère suffisamment bonne. Op cit, p 81.

En effet, la vulnérabilité s'apparente à une faille, une brèche, une fragilité en attente ou opérante chez la personne. Pour autant, au-delà d'une vision négativement connotée, ne pourrait-on pas la considérer au contraire comme une ouverture chez le sujet¹⁴¹ ? Ouverture à la relation et à l'Autre, le seul qui pourra venir me soutenir et compléter cette fragilité.

Pour autant, toute puissance et vulnérabilité ne sont pas des notions contraires, mais apparaissent comme relativement indexées l'une et l'autre, en réponse et en défense l'une de l'autre. Si les deux ne s'inscrivent en effet pas dans le même plan de l'action (une dimension passive dans la vulnérabilité contre une part active dans la toute-puissance), les deux relèvent cependant en grande partie d'une extériorité : je suis vulnérable à... Je suis tout puissant sur...

Aucune ne s'avère être la propriété unique de l'un des acteurs de la relation, mais les deux voyagent tant chez le patient que chez le soignant. En effet, des patients considérés comme personnes vulnérables en raison d'un trouble mental ne se montrent-ils pas dans le registre de la toute-puissance ? A l'inverse, des soignants qui font l'expérience de la toute-puissance ne cherche-t-il pas à désavouer leur propre vulnérabilité ?

Par ailleurs, dépendant de l'évaluation de ces actions par le patient, de la reconnaissance de sa compétence, le soignant se trouve également vulnérable dans cette exposition au regard et au jugement¹⁴². Dès lors, qui s'avère être le plus vulnérable dans la relation thérapeutique ?

Enfin, la réciprocité s'entend également au sens des actions, par notre caractérisation en tant qu'homme « agissant et souffrant » : si mes actions peuvent entraîner un effet sur l'Autre, alors je peux également souffrir des actions de cet Autre. La mise en mouvement induite par la relation thérapeutique, les visées du soin relationnel, amène à une transformation du patient aussi bien que du soignant.

Cette acceptation d'une vulnérabilité partagée¹⁴³, commune au patient et au soignant suppose également de la part du soignant un renoncement à la toute-puissance pour finalement s'inscrire

¹⁴¹ Lemoine E, Lange L, Chapuis F, Vassal P, et al. Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*. Juin 2014 ; Vol 11 (n°2) : 85 – 90.

¹⁴² Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. *Cahiers philosophiques*. Février 2011; 125 : 89 - 106.

¹⁴³ Boucand M-H. Prendre soin de l'autre : une vulnérabilité partagée. [En ligne]. Consulté le 2/02/2019. Disponible sur : <https://www.caim.info/dire-la-maladie-et-le-handicap--9782749213842-page-56.htm?contenu=resume#>

dans l'humilité du prendre soin, dans la reconnaissance et l'existence d'un « *fond commun d'humanité* »¹⁴⁴

En effet, la relation éthique basée sur la sollicitude implique de la part du soignant un mouvement de retrait, une disponibilité tant physique que psychique aux besoins de cet Autre. La sollicitude se caractérise par ce « *mouvement d'effacement par quoi le soi se rend disponible à l'autre que soi* »¹⁴⁵, sans pour autant que cet effacement ne devienne un oubli de soi, ou chacun renoncerait à sa singularité.

Ainsi, à travers ce mouvement d'effacement, je ne m'impose pas à autrui en fonction de ce que je suis, mettant sur un piédestal mon rôle de « praticien, technicien, clinicien », mais je me tiens présent face au patient, au regard de ces attentes à mon égard.

Comme vu tout au long de cette partie, les structures d'enfermement, par leurs caractères disciplinaire et total, viennent organiser autant que conditionner les possibilités de rencontre, d'interaction et d'observation du patient par le soignant. Le sujet ainsi observé à travers le prisme de sa dangerosité passée ou potentielle se retrouve ainsi doublement amputé : de ses possibilités latentes, de son « être en puissance » tout autant que de ses capacités d'homme capable. Le souffrant s'efface, l'agissant est entravé.

Face à ce mouvement d'annihilation du sujet, le soin se pose à l'inverse comme un mouvement de lutte pour ce dernier. A travers sa dimension intersubjective et son inscription dans une éthique de la relation, il vient offrir au patient un espace où le lien devient possible, espace de possibilités tout autant que de capacités. Un lieu où la souffrance peut se dire, se raconter et s'éprouver dans le cadre sécurisant de la relation dite « thérapeutique ».

L'enquête exploratoire qui suit aura pour objectif de venir rendre compte de l'expérience des professionnels de terrain sur l'accompagnement de ces patients qualifiés de « difficiles », afin d'enrichir et d'ouvrir à de nouveaux questionnements.

¹⁴⁴ Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité : les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Éthique & Santé*. 2004 ; 1 : 60 - 63.

¹⁴⁵ Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. Op cit, p 198.

III) Phase exploratoire et discussions :

A) Méthodologie de l'investigation :

a) Objectifs de l'investigation :

Après les différentes réflexions émises dans les parties précédentes, l'objectif et l'intérêt de ce travail est de venir l'enrichir et le confronter aux différentes expériences émanant du terrain.

Ainsi, à travers la construction et la diffusion d'un outil visant à recueillir et identifier les représentations des soignants relatives à certaines objets de leur exercice professionnel, plusieurs infirmiers exerçant en UMD ont pu être interrogés autour de leurs représentations concernant à la fois le patient dit "difficile", mais également à propos de celles associées aux soins qui leurs sont proposés.

b) Construction de l'outils et diffusion :

Ainsi, afin de poursuivre cet objectif, nous nous sommes orientés vers une enquête multicentrique , avec comme critères inclusifs la possession d'un diplôme d'Etat d'Infirmier ou d'un diplôme d'Infirmier de secteur psychiatrique ainsi qu'un exercice professionnel actuel en UMD. Le choix d'une investigation sur plusieurs sites a été fait pour une meilleure représentativité de la pluralité et de la diversité des pratiques soignantes en UMD.

La construction, la réalisation ainsi que le suivi de cette exploration de terrain a également été facilité par la tenue d'un carnet de bord.

Du fait de la répartition géographique de ces structures, ainsi que pour éviter d'être à la fois pairs et interrogateur/observateur, nous avons également préféré réaliser cette enquête via un questionnaire en ligne anonyme. Par ailleurs, l'auto administration du questionnaire permettait également de limiter l'impact du biais d'induction des réponses par l'enquêteur.

De plus, l'anonymat des répondants et l'absence d'un contact direct, permettaient également une moindre influence du biais de désirabilité sur les réponses apportées.

L'outil d'exploration est composé de 9 questions distinctes (voir Annexe IV), dont deux doubles questions (les questions 2 et 3). Les 3 premières correspondent à des questions venant

spécifier le parcours du professionnel en terme d'expériences et de formations, sous la forme de questions à choix multiples (2), à réponse unique (1) ou alors à réponses multiples (1). Les 6 questions suivantes sont ouvertes, afin de laisser une liberté de réponse plus importante et viennent interroger plus spécifiquement les représentations des professionnels de terrain.

Avant d'entamer la diffusion de l'outil, ce dernier a été préalablement testé auprès de collègues répondant aux critères d'inclusions.

Concernant la diffusion, un contact par mail a préalablement été pris auprès des cadres supérieurs de santé des différents terrains sélectionnés de manière aléatoire. La démarche de formation, le projet de recherche ainsi que la population ciblée leur a été présenté afin de recevoir ou non leurs accords de diffusion. En cas d'accord, le lien vers le questionnaire en ligne leur était transmis afin qu'ils puissent le diffuser auprès des différents soignants.

Le traitement des données s'est ensuite fait de manière anonyme et globalisé entre les différents sites d'enquête. Ce dernier a principalement été réalisé en suivant une méthode de catégorisation sémantique, par inventaire et classification des différentes occurrences présentes chez les répondants¹⁴⁶, puis dans un second temps, par regroupement thématique. La même méthodologie a été appliquée de manière individuelle pour chaque question.

Par ailleurs, le traitement des données de manière globalisée et anonymisée pour les structures n'a pas permis de tenir compte de facteur d'influence spécifique à chaque terrain des différents répondants: la durée d'existence de la structure, son histoire, son orientation...

Enfin, certaines réponses plus argumentées ou mettant en avant une idée avec particulièrement de force ont également été identifiées afin de venir appuyer ou ouvrir l'analyse de ces données.

¹⁴⁶ Bardin L. L'analyse de contenu. France : Presses Universitaires de France, Avril 1986. p 118. (233)

3.1) Présentation synthétique de la méthodologie d'investigation

<u>Critères d'inclusion de la population ciblée :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Être en possession d'un diplôme d'Etat d'Infirmier,- Être en possession d'un diplôme d'Infirmier de Secteur psychiatrique,- Exercer en Unité pour Malades Difficiles.
<u>Construction de l'outil :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Organisation en 9 questions,- Réponses à choix multiples ou ouvertes.- Test de l'outil auprès de collègues.
<u>Diffusion de l'outil :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Diffusion multicentrique,- Prise de contact préalable avec les cadres supérieurs pour autorisation et organisation de la diffusion,- Envoie du lien vers le questionnaire en ligne.
<u>Collecte des résultats :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Résultat automatiquement anonyme via la réponse en ligne,- Fermeture du lien à une date fixée en amont.
<u>Méthode de traitement des résultats :</u>	<ul style="list-style-type: none">- Traitement des données propres à chacune des questions,- Classification des réponses par occurrence,- Puis traitement par regroupement thématique.

c) Critique à posteriori de la méthodologie :

La méthodologie telle que présentée ci-dessus a finalement dû subir quelques aménagements au cours de l'enquête et a également pu induire un certain nombre de difficultés.

En effet, initialement prévue auprès de trois UMD, la surestimation de la participation des répondants m'a obligé à élargir le cadre de l'exploration, qui aura été finalement réalisée sur cinq sites différents, permettant ainsi un échantillonnage suffisamment représentatif.

Par ailleurs, concernant la diffusion de l'outil, hormis pour un site d'exploration, cette dernière s'est retrouvée hors de mon contrôle du fait de l'éloignement géographique. Elle a ainsi été confiée aux différents cadres supérieurs de santé, puis au cadre de santé de proximité avant d'être ensuite diffusée auprès des agents.

Seul les cadres supérieurs contactés ont pu avoir des contacts avec moi, notamment autour de l'explication de la démarche et du projet de recherche. Cet aspect a probablement grandement freiné la participation.

Il est également intéressant de noter que deux UMD ont été dans l'impossibilité de diffuser le questionnaire en ligne et ont donc diffusé l'outil sur un support papier avant de me les retourner par courrier. L'anonymat des répondants et des structures a cependant pu être préservé par une numérisation de ces données, avant une destruction des supports papiers demandée par un site d'enquête. Le taux de retour et de participation sur les supports papiers s'est cependant avéré être quasiment deux fois plus important que via le support électronique.

Dès lors, le choix du format électronique n'était peut-être pas le plus pertinent, renvoyant peut-être à une forme d'impersonnalisation ou d'investissement minime chez les répondants ?

L'impossibilité de questionner de nouveaux les professionnels et d'avoir ainsi une validation rétrospective de la compréhension des réponses, de relancer autour de certains termes ou de faire préciser leurs pensées, afin d'éviter les biais d'interprétation ou d'incompréhension, a également rendu l'analyse de certains indicateurs plus difficile à mettre en œuvre.

Par ailleurs, après réflexions autour des résultats de l'investigation, il aurait été intéressant de demander également le sexe des répondants, afin de venir interroger les différents imagos et assignations de rôles en fonction du sexe du soignant.

Enfin, le caractère volontaire de la participation a probablement pu induire une certaine homogénéité dans les réponses obtenues. En effet, on peut supposer que les personnes ayant souhaité s'investir dans la participation présentait déjà un certain attrait pour la thématique de recherche.

B) Présentation des résultats :

a) Présentation des répondants :

Les réponses aux 5 premières questions ont permis de mettre en avant le profil des différents répondants. Ainsi, on observe une hétérogénéité importante en termes de parcours professionnels ou de formations complémentaires parmi les 33 personnes questionnées.

L'échantillon des répondants est ainsi composé de 18 IDE issu de la réforme de la formation de 2009 et de 15 IDE issu de la réforme de 1992. Les ISP ne sont pas représentés dans l'échantillonnage (voir Annexe V).

Du point de vue de l'expérience professionnelle, le différentiel entre l'expérience en psychiatrie et l'expérience en UMD pour chacun des répondants a permis de mettre en avant l'expérience médiane avant la prise de poste en UMD chez les répondants (voir Annexe VI).

De ce fait, là où l'expérience médiane en psychiatrie est de 7 ans et celle en UMD est de 4 ans, la prise de poste médiane en UMD se situe quant à elle à 1 an d'exercice professionnel en psychiatrie.

Une autre donnée mise en avant, et expliquant en partie cette médiane, est le nombre important de répondants pour lesquels la prise de poste en UMD a constitué un premier poste en psychiatrie : 16 personnes sont ainsi concernées, exerçant en UMD dans un intervalle allant 1 an et 10 ans. En dehors de ces premiers postes, l'expérience médiane avant l'entrée en UMD est de 6,25 ans.

Par ailleurs, concernant la formation professionnelle (voir Annexe VII), 3 IDE n'ont reçu aucune formation au cours de leurs exercices professionnels, pour deux d'entre eux probablement en lien avec une arrivée récente sur le terrain (1 an et 1,5 an). L'écrasante majorité a cependant pu bénéficier de formations aussi bien interne (28 IDE) que réalisée par des organismes externes (13 IDE). Le tiers des répondants (11 IDE) a pu avoir recours à ces deux modalités de formations continues. Aucun des infirmiers interrogés n'a pu suivre de cursus universitaire complémentaire.

Concernant les thématiques de ces formations (voir Annexe VIII), les formations « *Approche, Prévention et Intervention Contrôlée* » et « *Omega* », toutes deux relatives à la gestion de la violence, sont très largement représentées avec 24 bénéficiaires.

Du reste, on retrouve également une grande diversité dans les formations du champ de la psychiatrie et de la santé mentale apportées aux professionnels : en terme de clinique (« *psychopathologie* », « *approche thérapeutiques des délires* », « *troubles du comportements* »...) ou propre à la pratique du soin (« *entretiens infirmiers et relation d'aide* », « *médiations thérapeutiques* »...).

Par ailleurs, seul deux agents semblent avoir pu bénéficier de formations spécifiques à la pratique soignante en UMD : « *prise en charge des patients difficile* » et « *être soignant en UMD* ».

b) La représentation du « malade difficile » :

A la question concernant la caractérisation du « malade difficile », les réponses s'avèrent relativement homogènes (voir Annexe IX), avec une vingtaine de qualificatifs distincts, mais qui se retrouvent cependant autour de 4 groupes principaux.

Ainsi, le « malade difficile » est avant tout perçu à travers des manifestations cliniques impact à travers fortement le cadre institutionnel (en dehors de la question du passage à l'acte) : la « *difficulté et l'inadaptation en service classique* », motivant la demande d'admission en UMD est ainsi la réponse prévalant chez les professionnels (17 occurrences), à laquelle nous pouvons également rattacher les « *troubles du comportement* » et les « *fugues* » (25 occurrences au total).

La question de la violence et du passage à l'acte est également omniprésente auprès des répondants, puisqu'elle apparaît en tant que réalité ou risque à 17 reprises dans les différents questionnaires.

Un autre élément primordial dans la caractérisation du patient dit « difficile » par les soignants est la question de la traitabilité du trouble, évoquée 16 fois, notamment à travers la « *chimiorésistance* », l'« *impasse thérapeutique* » ou la « *stabilisation difficile* ».

Enfin, une caractérisation plus variée a également lieu, à travers les différentes symptomatologies ou structuration de la personnalité que peut présenter le patient : la « *symptomatologie délirante* », les « *angoisses* », l'« *imprévisibilité* »...

c) La représentation du soin auprès des « Malades Difficiles » :

Interrogés sur la spécificité des soins auprès de cette population (voir Annexe X), les réponses se polarisent principalement autour de trois dimensions principales.

En effet, avec 38 occurrences distinctes, une majorité des répondants met en avant des « savoir êtres » estimés nécessaires pour travailler en UMD : la « *présence* », l' « *écoute* » et la « *disponibilité* » sont reprises par plusieurs IDE. Centrée sur la relation et l'accueil de l'Autre, son « *acceptation inconditionnelle* », être soignant en UMD semble donc relever en grande partie de disposition propre à ce dernier.

Le second axe spécifique au soin en UMD est quant à lui centré sur les outils à disposition des soignants (36 occurrences). Ainsi, la relation singulière apparaît chez les IDE répondants comme l'élément primordial de la prise en soin en UMD : « *soins relationnels* », « *activités* », « *prise en charge individualisée* », apparaissent à de multiples reprises. Un autre aspect ressortant également comme outil de soins chez les IDE est l'organisation de la structure : que ce soit en termes de locaux (« *structure adaptée* », « *encadrement et surveillance* ») ou bien en terme de fonctionnement (« *règles* », « *cadre* », « *recadrage* »...).

Enfin, avec 30 occurrences, le troisième axe témoignant de la « spécificité » des soins en UMD est centré sur le patient, avec là encore une polarisation nette des réponses autour d'un accompagnement centré sur le sujet et la relation (« *ajustement* », « *étayage* », « *réassurance* », « *accompagnement* ») et une prise en charge à finalité plus normative et injonctive (« *critique des actes* », « *apprendre à gérer la frustration* », « *prendre conscience du trouble* », « *observance du traitement* »...).

Concernant les objectifs des soins en UMD, les réponses se montrent également relativement homogènes, à travers trois modalités d'objectifs différentes (voir Annexe XI).

Avec 30 occurrences, les premiers types d'objectifs sont centrés sur le patient, avec la encore une polarisation autour de réponses relevant d'un accompagnement singulier (« *mobiliser les ressources du patient* », « *recréer des capacités sociales* », « *mise en place de nouvelles modalités* » ...) et d'autre témoignant d'une action ciblée sur les manifestations symptomatiques (« *abraser la violence* », « *calmer les différents symptômes* »), de nouveau dans une démarche

semblant plus disciplinaire et normative (« *acceptation des actes* », « *prise de conscience de la maladie* », « *chroniciser/ritualiser* »).

Pour une majorité des professionnels, l'objectif majeur d'une prise en soin en UMD va également être fixé de manière « externe » à l'accompagnement du patient durant son hospitalisation, notamment à travers les attentes du service d'origine du patient ou du motif d'admission. Ainsi, la « *préparation du retour* », la « *stabilisation* », la « *réadaptation* » ou encore « *la préservation de la société* » vont apparaître comme des éléments déterminants de l'organisation du séjour du patient.

Enfin, avec 25 occurrences, les soignants placent également les enjeux relationnels comme l'un des objectifs primordiaux de l'accompagnement du patient. On retrouve de ce fait l'émergence d'une « *relation de confiance* » et d'une « *alliance thérapeutique* » au premier plan parmi les différentes réponses, dans le but de pouvoir « *apporter les étayage fondamentaux* », favoriser une « *contenance* » et de permettre « *l'accompagnement quotidien* » du patient et de sa souffrance.

Enfin, lorsque les professionnels sont interrogés sur les manières dont ils arrivent à mettre en place ces soins (voir Annexe XII), la majorité insiste sur la place prédominante de la relation avec le patient (35 occurrences) dans la poursuite des objectifs de soins.

Cette place de la relation se manifeste à travers les « *activités nombreuses* », les « *entretiens* », les « *sorties extérieures* »... Mais également à travers « *le temps* » nécessaire à sa mise en place. En parallèle d'une relation duelle entre l'infirmier et le patient, les relations inter et pluri professionnelles apparaissent également comme un élément majeur de l'instauration du soin en UMD. Ainsi, avec 20 occurrences différentes, la « *pluriprofessionnalité* », la « *cohésion et la cohérence* » de l'équipe soignante se distinguent parmi les IDE interrogés.

En corolaire de la relation comme outils du soin, on retrouve également à de multiples reprises des éléments de réponses relatifs à nouveau aux « *savoir êtres* » du soignant (19 occurrences) : « *patience* », « *présence soignante* », « *disponibilité* »...

Enfin, et de manière plus éparse, les soignants évoquent également les outils organisationnels, structuraux et thérapeutiques comme des éléments facilitateurs du soin en UMD, avec de nouveau une surreprésentation du « *cadre* » et de la « *règle* » comme moyens.

d) Rôles et difficultés de l'infirmier en « Unité pour Malades Difficiles » :

Lorsque nous investiguons la perception qu'ont les IDE exerçant en UMD de leurs rôles auprès des patients (voir Annexe XIII), l'élément caractéristique principal va être l'accompagnement du patient en situation de souffrance psychique, avec au total 52 occurrences différentes.

Ainsi, les infirmiers mettent majoritairement en avant un double rôle : à la fois d'« *accompagnement* » (14 occurrences), mais également « *éducatif* » (8 occurrences). Dès lors, il s'agit pour ces derniers d'être au côté du patient, de pouvoir, à travers la relation, constituer « *un réceptacle à la souffrance* », d'apporter une « *contenance* » et une « *pacification* » aux différents vécus du patient.

De nouveau, les IDE inscrivent également leurs rôles au travers de savoir êtres spécifiques et nécessaires, telles que « *l'écoute* », « *la bienveillance* », la « *patience* »... Le rôle de l'exercice infirmier suppose donc une « *manière d'être* » spécifique.

Au-delà du rôle, les professionnels identifient également spontanément plusieurs « appuis » à ces derniers. Pour plusieurs d'entre eux, l'accomplissement de leurs rôle va être possible grâce au « *respect du cadre* », mais également grâce aux différentes possibilités qui s'offre à eux dans la structure : « *entretiens* », « *activités* »...

Enfin, lorsqu'ils évoquent les différentes difficultés auxquelles ils sont confrontés au cours de leur exercice quotidien, les réponses s'avèrent plutôt hétérogènes (voir Annexe XIV).

En effet, si la confrontation à la violence (13 occurrences) et la symptomatologie rencontrée (52 occurrences totalisées) sont les difficultés les plus citées par les professionnels, la majorité des difficultés évoquées n'ont pour autant que peu à voir avec la relation ou la clinique du patient en lui-même.

Les soignants mettent ainsi particulièrement en avant les difficultés institutionnelles et leurs impacts sur la qualité du soin (15 occurrences). Le manque de moyens « *humains* » ou « *matériels* », les « *diminutions* » et « *réductions* » des effectifs soignants couplées aux « *lourdeurs administratives* » et à la « *logique comptable* » de l'hôpital viennent engendrer une majorité des problématiques rencontrées au quotidien par les agents.

Plusieurs soignants évoquent également les différentes difficultés liées au travail en équipe. La « pluriprofessionnalité » ainsi que le « clivage » semblent être les principales sources de difficultés dans le travail en équipe, difficulté pouvant être majorée par « la coexistence de différentes visions du soin dans les équipes ».

Par ailleurs, les soignants parlent également à 8 reprises des difficultés d'ordre individuel, comme la « difficulté à remettre en question ses représentations » et à « dissocier affects et prise en soins », ou encore, des difficultés liées au vécu de la clinique rencontrée et à l'impuissance qu'elle peut faire vivre : « fatigue », « découragement », « impression de tenir les murs », de « juste attendre une date »...

Enfin, et de manière assez importante (19 occurrences), les soignants mettent également en lumière des difficultés propres à la pratique du soin et à son encadrement.

Ainsi, si la prise en soin des « Malades Difficiles » requiert une « adaptation permanente », un travail de « répétition » quotidien, confronte régulièrement les équipes soignantes aux multiples « impasses thérapeutiques », pouvant générer chez ces derniers un sentiment d'épuisement et d'impuissance. Trois autres soignants évoquent la « diminution des posologies » et les « recommandations de bonnes pratiques isolement et contention » comme un frein à l'exercice soignant en UMD.

Un infirmier évoque également la difficulté à concilier « enfermement et soins humanistes » tandis qu'un autre pointe le « fossé entre l'UMD et le secteur ».

C) Analyses et discussions autour des résultats :

a) Un service particulier pour des professionnels particuliers ?

Comme le définit l'article R3222-1 du Code de la Santé Publique, les UMD ont vocation à accueillir les patients dont l'état de santé « requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières »¹⁴⁷.

¹⁴⁷ Article R3222-1 du Code de la Santé Publique. Op cit, p 25.

Ces unités se révèlent donc relativement spécifiques : de par leurs nombres d'une part, mais également par le caractère "intensif" et les "mesures de sécurités particulières" associés aux soins qui y sont mis en œuvre. Pour autant, au regard de l'enquête de terrain, on peut remarquer que peu d'éléments semblent souligner cette spécificité des soins qui y sont pratiqués.

En effet, si l'on s'attarde dans un premier temps sur le profil des différents répondants, l'expérience médiane en psychiatrie du professionnel avant son entrée en UMD, et donc avant sa mise en œuvre de ces "soins intensifs" et de ces "mesures de sécurité particulières", est de une année, avec une expérience médiane une fois en poste de 4 ans. Par ailleurs, le nombre important d'infirmier pour lesquels la prise de poste en UMD a été une première prise de poste en psychiatrie vient également questionner la nécessité ou le besoin d'un bagage clinique et experientiel afin de pouvoir assurer ces différentes modalités de soins.

La formation continue des agents est également très hétérogène. Pour autant, hormis deux agents ayant pu bénéficier d'une formation spécifique et ciblée sur les soins en UMD, le reste des formations fait partie de l'offre de formation générale en psychiatrie ou relève de la formation des nouveaux arrivant en psychiatrie voulue par le « *plan psychiatrie et santé mentale* »¹⁴⁸ initié de 2005 à 2009 afin de renforcer et consolider les savoirs des jeunes professionnels. Ces dernières, bien qu'utiles et nécessaires, ne sont cependant pas spécifiques aux UMD.

Par ailleurs, l'absence de représentation des ISP dans le panel de répondant au profit d'une majorité de soignant issu du diplôme d'Etat de la réforme de 2009 témoigne également de la perte des « savoirs » identifiés chez les professionnels en poste.

En effet, initialement ciblée sur le soin en psychiatrie pour les ISP, le volume horaire du contenu psychiatrique de la formation des IDE actuels a subi une diminution de 94% par rapport à la formation des ISP¹⁴⁹, après avoir également drastiquement diminué lors de la réforme de 1992.

De ce fait, on retrouve dans les services beaucoup de professionnels avec peu ou pas d'expérience significative ainsi qu'un grand nombre sans formation spécifique et adaptée au lieu

¹⁴⁸ Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 [En ligne]. Ministère de la santé et de la solidarité. p 47. [Consulté le 27/06/2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

¹⁴⁹ Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Op cit, p 13.

d'exercice, pour assurer des soins définis comme intensifs et nécessitant une vigilance et une sécurité renforcée.

Cela peut sembler relativement paradoxal. Prendre en soin des patients qualifiés de « difficiles » comparativement aux autres patients ne nécessiterait alors pas de professionnels plus expérimentés ou plus formés que pour accompagner n'importe quel autre patient d'un service de psychiatrie plus traditionnel ?

Ou alors est-ce l'accompagnement de ces patients qui ne serait pas fondamentalement différent des accompagnements réalisés dans d'autres unités ?

Pour autant, comme le souligne un des professionnels interrogés, si effectivement un patient hospitalisé en UMD est adressé par un secteur, ce qui va venir marquer la différence en UMD, c'est la « concentration » et la réunion de ces patients dits difficiles ou perturbateurs en unités sectorielles. Le soignant, ainsi confronté à plusieurs patients souffrant de symptomatologie profondément invalidante, avec des modalités relationnelles souvent mises à mal, ne devrait-il pas avoir des savoirs suffisamment solides pour lui permettre de s'ajuster et de répondre au mieux aux besoins des patients ?

Ou alors cela ne serait pas plus nécessaire qu'ailleurs. Mais alors, qu'est ce qui viendrait constituer la « difficulté » de ces patients?

b) Soin en psychiatrie et soin en UMD :

Si le soin en psychiatrie se caractérise par la place de la relation intersubjective, et donc de l'incarnation du soignant, comme véritable outil thérapeutique au service du patient, un des infirmiers interrogés évoque son rôle de soignant en UMD de cette manière :

« L'infirmier sert de référence pour le patient, jouant à la fois et tour à tour un rôle de soutien, d'aide et de contenant, de réceptacle à ses moments de mal être et à ses besoins de réassurance. »

Un autre affirme :

« Mon rôle principal est de faire baisser la souffrance de ces patients, de leurs permettre de bénéficier d'un minimum de liberté dans le pavillon, de retrouver une certaine autonomie, de

leur faire changer leur mode de communication au départ qui se traduit par la violence vers un mode acceptable. »

Les résultats généraux témoignent également du primat de la relation dans le soin en UMD. Qu'elle soit duelle ou médiatisée, le soignant vient y occuper cette fonction contenante et de transformation des éléments psychiques du patient qui vient constituer l'ossature de la fonction soignante en psychiatrie. Un infirmier résume ce travail ambitieux : « *une contenance accrue dans le lien, en passant par des choses simples* ».

Par ailleurs, lorsque les professionnels évoquent les objectifs de ces soins, ces derniers s'inscrivent massivement dans un mouvement psychodynamique interne, amenant à mettre en mouvement le sujet tant au niveau de sa subjectivité que de son manière d'être en relation avec l'environnement, avec la possibilité de mise en place de stratégie alternative à l'expression de sa souffrance.

En cela, le soin en UMD ne semble pas particulièrement différer du soin en psychiatrie.

Par ailleurs, lorsque les investigations portent sur les spécificités du soin et du rôle IDE en UMD, les professionnels mettent principalement en avant des savoir êtres et des savoir faire spécifiques. Les objectifs définis par les soignants sont quant à eux orientés vers la relation et la contenance, individuelle ou groupale, avec peu de représentation d'une activité infirmière dite « de prescription ».

De ce fait, on peut effectuer la corrélation entre les objectifs et les moyens, ou l'inscription du prendre soin des soignants dans des savoir êtres spécifiques leurs permettraient l'accomplissement de leurs rôle propre, tel que défini par l'article R4311-3 du CSP¹⁵⁰, auprès des patients hospitalisés en UMD. Dès lors, les dispositions inhérentes aux soignants, en direction du patient, apparaissent comme les éléments moteurs de la dimension relationnelle et contenante du prendre soin en psychiatrie.

Mis en avant dans une temporalité propre à l'UMD, largement repérée par les professionnels et étant peut être plus à même de s'aligner sur le temps psychique du patient, une majorité de ces

¹⁵⁰ Article R4311-3 Du Code de la Santé Publique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 1/07/2019]. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid>

savoir êtres évoqués caractérisés par les professionnels de terrain se retrouvent également identifiée en tant que fonction mère dans l'identification de l'exercice infirmier informel en psychiatrie, réalisé par Mr Jean Paul Lanquetin et Mme Sophie Tchukriel.

Ainsi, parmi les savoir êtres des professionnels les plus cités, on retrouve la disponibilité, l'écoute, la patience, la présence et la bienveillance, s'inscrivant chacune dans les fonctions mères ou fonctions primaires correspondantes¹⁵¹ : la disponibilité, l'écoute, la temporalité, l'être là et l'attention flottante.

L'importance de la qualité de la relation ainsi mise en place, de la manière d'être en présence et en direction de l'Autre apparaît donc primordiale pour les infirmiers interrogés.

Pour autant, en plus de cette dimension subjective et relationnelle, centré sur le sujet, on remarque également parmi les répondants des réponses s'inscrivant plus dans une démarche objectivante, avec une dimension normalisatrice souvent importante.

Cette dimension se manifeste principalement à travers les moyens de mise en oeuvre des soins ainsi que par certains objectifs de ces derniers. Ainsi, on retrouve beaucoup d'éléments ayant trait au cadre, aux règlements et à la règle, tout autant qu'un discours sur les objectifs du soin mettant en avant beaucoup de verbes d'action renvoyant à l'univers de la violence et de la lutte, ou encore de proposition formulée sur le mode de l'injonctif : *“abraser la violence”*, *“enrayer les passages à l'acte”*, *“surveillance”*, *“préserver la société et les réintégrer”*, *“cadrage”*, *“amener à une critique des actes”*, *“prendre conscience de la maladie”* ...

On retrouve dans ces différentes réponses une forme d'opposition du rôle soignant entre une fonction contenante, s'appuyant sur la relation et une fonction cadrante, semblant s'appuyer sur la règle et la norme.

Pour autant, la référence au cadre, qui sera ici le cadre de soin s'inscrit avant tout comme un support à la relation permettant au soignant d'assurer ses différentes fonctions auprès du patient. Pour Paul Claude Racamier, *« le soin est un processus. Or il n'y a pas de processus qui puisse se dérouler dans le vide ou dans l'abstrait : là encore il lui faut un cadre »*¹⁵².

¹⁵¹ Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Op cit, p 131.

¹⁵² Racamier PC. L'esprits des soins : le cadre. France : Les Éditions du Collège, mars 2003. p 21. (124p).

Pour ce dernier, le cadre thérapeutique, auquel le patient est soumis tout autant que le soignant, va avoir une fonction « régulatrice » tout autant que « génératrice et matricielle »¹⁵³ à toute possibilité thérapeutique de la relation.

Slimane Zerrouk, infirmier en UMD, dans son article « Soigner à l'Unité pour Malades Difficiles »¹⁵⁴ évoque cette difficulté inhérente à l'exercice professionnel et au rapport au cadre de soin dans ce type de structure :

“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?”

Pour ce dernier, là où le cadre s'avère nécessaire pour la mise en œuvre de la vie quotidienne, son application péremptoire et décontextualisé, ne tenant plus compte des facteurs cliniques et relationnels, vient marquer la défense des soignants à la relation intersubjective, leur atteinte dans leurs capacités de penser, de créer et d'assurer une fonction contenant.

Il rejoint en cela Paul Claude Racamier, pour qui, afin de garantir cet entour à la relation, l'intégrité de ce lieu de dépose et de débordement des contenus psychiques que constitue le cadre, ce dernier ne doit pas être transformé en règle ou règlement. Portant « à ses semelles des relents de rigidité »¹⁵⁵, c'est sa souplesse et son incarnation par les professionnels qui le rendront thérapeutique, ferme mais malléable.

On retrouve là le concept de « fermeté souple » qu'un infirmier a évoqué et qui a été développé par Laurent Morasz. Pour lui, sans cette dernière, les possibilités de relations

¹⁵³ Ibid, p 31.

¹⁵⁴ Zerrouk S. Soigner à l'Unité pour Malades Difficiles. [En ligne]. Rhizome. [Consulté le 26/06/19]. Disponible sur : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/cahiers-de-rhizome-n67-supporter-le-travail-avril-2018/soigner-a-l-unite-pour-malades-difficiles-2327.html>

¹⁵⁵ Racamier PC. L'esprit des soins : le cadre. Op cit, p 108.

s'éloignent au profit d'un rôle de soignant normalisateur, tenant peu compte de la subjectivité et de la souffrance du sujet: « *Sans souplesse, une bonne part de l'ouverture clinique se perd. Sans souplesse, l'expression agie devient l'ennemie à rééduquer ou à faire taire* ». ¹⁵⁶

Au travers des passages à l'acte médico légaux, et même à travers les actes de violence non judiciairisés, le risque est donc de sortir et d'abandonner progressivement notre rôle et notre posture de soignant pour se transformer en censeur d'une conduite supposée bonne, du moins compatible aux attentes de la société. On retrouve là encore la difficulté identifiée précédemment, ou le soignant risque de venir endosser les habits de l'institution totale plutôt que les attendus de sa « blouse blanche ».

Enfin, il apparaît également intéressant de noter qu'en dépit du caractère totalitaire d'une institution de type UMD, là ou au cours de ces différentes visites, la Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés note un fonctionnement qui semble apparaître rigide et « *un principe de fonctionnement qui fait que l'enfermement est forcément plus important qu'ailleurs* » ¹⁵⁷, ces différents éléments n'apparaissent que très peu dans le développement des professionnels. Au contraire, pour plusieurs professionnels, l'enfermement semble même être un élément difficilement conciliable avec un « *soin humaniste* ».

Au travers de ces différents éléments, ce qui vient distinguer le soin en UMD du soin en psychiatrie classique ne semble pas être tant ces fondements et ses finalités qui restent sensiblement les mêmes, mais plutôt les moyens et les conditions de sa mise en œuvre.

Ainsi, le soin en UMD se distingue avec certes des moyens tant humains que matériels ou financiers (budgets d'activités, primes de risques) plus importants, venant alors faciliter sa mise en œuvre par rapport à une psychiatrie générale moins bien dotée, mais également et surtout à travers la démesure des possibilités coercitives auxquelles le soignant s'expose, ou par lequel il s'impose.

Dès lors, les différentes réponses apportées par les professionnels laissent à penser qu'au décours de ce risque de néantisation de l'Autre, l'inscription du soin et du soignant dans une

¹⁵⁶ Morasz L, Perrin-Niquet A, Vérot JP, Barbot C. L'infirmier (e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie. Op cit., p 155.

¹⁵⁷ Entretien avec Mme Adeline Hazan, Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés. Op cit.

forme d'éthique de la vertu, reposant sur les savoir êtres des professionnels, vient agir comme un garde-fou, venant prémunir le dispositif thérapeutique des dérives autoritaires et totalitaires.

c) Une critériologie des entrées et des sorties peu définie ?

Un autre élément se dégageant de l'analyse des résultats est la part importante laissée à l'interprétation quant à la caractérisation de la « difficulté » d'un patient et donc du bien-fondé de l'orientation vers une UMD.

En effet, si nous avons vu en première partie le caractère incertain de l'usage de la notion de dangerosité appliquée à la personne, il apparaissait également que dangerosité et difficulté se rejoignent autour des patients qualifiés de « perturbateurs » au sein d'une unité sectorielle. Cette caractérisation du patient étant alors propre à chaque équipe de soin en fonction de ses capacités de contenance tout autant que de ses propres « marges de tolérance » vis-à-vis de la vie psychique du patient.

Les réponses des professionnels pointent également cette dimension éminemment subjective dans la caractérisation du « malade difficile ». Ainsi, les éléments de réponses principaux « *inadaptation en service classique* », « *trouble du comportement* » et « *hétéro agressivité* » ne souffrent pas d'éléments d'évaluation et de définition clairement formalisées et identifiées, mais relèvent d'une appréciation in situ, subjective, contextuelle et multi factorielle.

Soumise en grande partie à une appréciation externe, dans laquelle la souffrance du sujet peut être masquée par l'épuisement des équipes de soins, la question de l'intérêt pour le patient d'une orientation vers ce type de structure se pose.

En effet, si les motifs d'admission peuvent reposer autant sur une réelle souffrance psychique que sur les possibilités de tolérance de l'environnement du patient, au regard de qui et de quels intérêts vient alors se construire le projet de soin du patient ?

Ce risque d'une prise en soin du patient « extero normée » apparaît également lorsque les soignants évoquent les objectifs de l'hospitalisation en UMD. En effet, si ces derniers apparaissent relativement individualisés et centrés sur le patient et son accompagnement, on retrouve là encore parmi les occurrences principales, « *préparer le retour* » et « *stabiliser* », une référence à des attentes extérieures prégnantes.

La stabilisation, si elle renvoie en médecine au fait « *d'enrayer l'évolution d'une maladie, d'un processus morbide* »¹⁵⁸, peut également s'entendre d'une manière plus dynamique et relationnelle en mettant « *en position d'équilibre* »¹⁵⁹, c'est-à-dire en ramenant à un point où les tensions entre les deux parties seront aux plus faibles.

Dès lors, se pose également la question de savoir au regard de qui et de quelles attentes sont fixés les objectifs de la prise en soin en UMD ? Ces derniers ne se concentrent-ils que dans l'objectif d'accompagner le patient dans la compréhension, la gestion et l'apaisement de sa souffrance ? Ou alors, ont-ils vocation à répondre aux attentes de conduites et de résultats des services d'origines, de ramener la symptomatologie du patient vers un état d'équilibre entre ce dernier et les possibilités d'accompagnement de son secteur ?

Par ailleurs, si la « préparation du retour » semble primordiale, on remarque également que le lien avec le service de secteur du patient n'est quasiment pas représenté lorsque les professionnels évoquent les outils et moyens thérapeutiques à leurs dispositions, puisqu'il n'apparaît qu'à une seule reprise. L'ailleurs et l'après UMD du patient ne pourrait se construire qu'à partir de l'ici et maintenant de sa prise en soin ?

La distinction entre lieu de soin et institution disciplinaire semblent alors résider avant tout dans les modalités de définitions des objectifs de soins.

Pour autant, du point de vue du respect des libertés fondamentales, l'hospitalisation en UMD d'un patient ne prend et ne gardera du sens qu'à partir du moment où elle s'insère dans un parcours et un dispositif de soin clairement défini et encadré, tant en amont qu'en aval, par une permanence du lien avec l'unité référente du patient. Que l'UMD ne vienne pas faire rupture dans le parcours de soin du patient, mais au contraire réponde à « *un passage particulièrement difficile dans un parcours de soin* »¹⁶⁰, soit « *une phase, dans un parcours évolutif du patient* »¹⁶¹.

¹⁵⁸ Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de STABILISATION .[En ligne]. [Consulté le 03 Juin 2019]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/stabilisation>

¹⁵⁹ Ibid.

¹⁶⁰ Entretien avec Mme Adeline Hazan, Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés. Op cit.

¹⁶¹ Ibid.

La distinction entre lieu de soin et institution disciplinaire semblent alors résider avant tout dans les modalités de définitions des objectifs de soins par l'équipe pluriprofessionnelle. Entre l'accompagnement individualisé et singulier d'un sujet souffrant ou une prise en charge organisée autour d'une « clinique de la docilité », l'inscription de l'hospitalisation en UMD comme une partie intégrante de la continuité d'un projet de soin permet d'envisager un soin qui ne se vive pas comme une rupture ou une exclusion, mais bien comme un temps d'accompagnement et de reconstruction.

C'est au prix d'une adaptation singulière à cet Autre en situation de détresse psychique, à travers la possibilité pour les professionnels d'envisager et d'amener le patient à se projeter dans un ailleurs autre et autrement, que l'UMD ne se vit comme comme « *un lieu de soins sans issue* »¹⁶².

Dès lors, en dehors de l'absence de spécification des professionnels exerçant en UMD, la recherche effectuée auprès des professionnels mets en avant plusieurs éléments.

Premièrement, la dimension éminemment subjective et la difficulté d'établir un consensus dans la définition et la caractérisation du « malade difficile ». Ainsi, cette caractérisation s'entend autant autour d'éléments cliniques que dans une dimension normative, s'apparentant alors à un risque de moralisation du dispositif de soin et de la relation thérapeutique.

L'UMD semble se situer entre un espace de soin adapté à la singularité et à la souffrance d'un patient, et une structure tierce où le soin risque de s'effacer devant la moralisation et les attentes de résultats des services d'orientation.

L'absence de nosographie spécifiques aux modalités d'entrées et de sorties des patients hospitalisés en UMD, tout autant qu'un soin ne diffèrent pas spécifiquement du prendre soin inhérent à la psychiatrie classique, vient poser la question tant de la légitimité que de la finalité de telles structures de soin. Par ailleurs, du fait d'une orientation en UMD propre aux limites de chaque équipe de soin, il paraîtrait également pertinent d'étudier à la fois les différents taux de recours à ce type de structure sur le territoire, mais également le ressenti et la définition de la « difficulté » et du « difficile » au sein de ces différents services.

¹⁶² Roche M-P. L'unité pour Malades Difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. Op cit.

Dans un second temps, à rebours de la dimension injonctive et normative que nous avons pu identifier au cours de cette étude, les soignants inscrivent majoritairement le soin et leurs rôles auprès des patients dans un accompagnement relationnel, au cours duquel la subjectivité du patient peut s'exprimer et se développer. Le patient, face à une institution totale et écrasante, dans laquelle la dimension moralisatrice vient empêcher et réduire ses possibilités d'être autrement que ce que l'on perçoit de lui, retrouve ainsi, à travers l'inscription du prendre soin dans une éthique de la relation et de la vertu, un espace d'affirmation et reconstruction d'une identité mise à mal par la maladie.

Du fait du format de l'exploration, les réponses apportées par les professionnels n'apparaissent que peu incarnés par des références conceptuelles et théoriques. Si certains savoirs spécifiques au rôle propre de l'infirmier peuvent ne pas forcément être repérés, il serait cependant intéressant d'explorer de nouveau ces réponses avec un abord qualitatif plus important.

Conclusion :

Si certaines des questions ayant motivées ce travail de recherche étaient « qu'est-ce qu'un malade difficile ? » ou bien encore, « qu'est-ce que cela signifie qu'être en UMD ? », il s'avère finalement que ces dernières resteront en suspens.

Entre l'impossibilité de pouvoir établir une caractérisation généralisable à des situations et des histoires de vie toujours singulières et le risque de stigmatisation et de cloisonnement du sujet dans un seul mode de représentation que cela engendrerait, y aurait-il un bénéfice thérapeutique à chercher une réponse « à tout prix » ?

La violence, avant tout symptomatique d'une souffrance qui ne peut se mettre en mot, n'en participe pas moins, de par l'intensité des éprouvés et de l'épouvante qu'elle peut faire vivre aux soignants, comme une force de déshumanisation du sujet au profit d'une figure de monstre, d'un autre dissemblable en lequel peu d'humanité transparait.

L'accompagnement du patient hospitalisé en UMD recouvre donc cette caractéristique bien particulière : en dehors des 10% de patients qualifiés de « médico-légaux », détenus ou pénalement irresponsable, elle s'adresse en grande partie à une population mise « à la marge » de la psychiatrie traditionnelle, patient dit « perturbateurs » du fait d'acte de violence autant que du fait de la perception de ces patients par les soignants.

L'organisation de ces structures, dans leurs caractéristiques « totales » tel que définies par Erving Goffman, tout autant que la modification du champ de perception des soignants qu'elle vient engendrer chez les soignants, l'orientation du « regard clinique » qu'elle provoque, associée à la survivance d'une vision « monstrueuse » du patient sont autant de phénomènes qui viennent induire une réification du patient. Ce dernier, sans espace d'expression et d'affirmation des processus identitaires, se retrouve alors au prise avec un système de soin venant réduire la personne à la simple expression de sa pathologie.

A rebours de ces processus quasiment structuraux de néantisation du Soi, le soin apporté aux patients s'inscrit pour autant dans une logique inverse : un accompagnement, un cheminement vers une reconstruction, une affirmation d'une existence singulière mise à mal et bafouée par la pathologie. Même espace, mais coexistence de deux logiques apparaissant comme antagoniste :

entre une structure porteuse d'une dimension moralisatrice et une présence auprès d'un sujet souffrant reposant en grande parties sur des dispositions morales propres aux soignants.

Ce paradoxe semble cependant relativement bien identifié par les infirmiers exerçant en UMD. Ainsi, si les modalités d'exercice de leur profession s'inscrivent dans une structure aux modalités de fonctionnements spécifiques, le « prendre soin » inhérent au rôle propre de l'infirmier est ostensiblement le même tant dans son expression que dans ces objectifs. Ainsi, il s'agit, à travers un travail sur nos représentations, sur notre manière d'être en présence et au côté de cet Autre souffrant, d'assumer par la relation, ce rôle de contenance et d'étayage psychique. Cependant, si le soin apporté à ces patients ressemble au soin apporté à tout patient hospitalisé en psychiatrie adulte, si les professionnels exerçant en UMD ne semblent avoir ni formation, ni compétence spécifique ou additionnelle, qu'est ce qui vient faire la spécificité de l'infirmier en UMD et quelles sont les attentes à son égard ? Si la réponse ne se trouve pas dans les modalités de soins, serait-on dans une attente de coercition, de discipline voir de « redressement » dans son exercice quotidien ?

Si c'est à travers les modalités de relations offertes par le soignant, la diversité des situations partagées avec le patient, que ce dernier pourra trouver un espace de relation qui soit aussi un espace de reconstruction et d'affirmation de sa singularité. Le soignant, pour rendre cela possible, doit sans cesse interroger ses propres dispositions à la rencontre de l'Autre dans toute sa différence et son étrangeté, permettant ainsi à celui qui semble tout d'abord dissemblable, de devenir progressivement un sujet différencié, un Autre semblable. C'est au prix de cette gymnastique et de cette discipline permanente que la singularité de la rencontre et de la relation pourra être sauvegardée.

Bibliographie :

Ouvrages :

- Aristote. Métaphysique. Paris, France : Éditions Flammarion, février 2008. 495 p.
- Bardin L. L'analyse de contenu. France : Presses Universitaires de France, Avril 1986. 233 p.
- Beauchamp T, Childress J. Les principes de l'éthique biomédicale. France : Editions Les Belles Lettres ; Janvier 2008. 645 p.
- Ciccone A. L'observation clinique. France : Dunod, décembre 1998. 128 p.
- Colliere M-F. Promouvoir la vie. Paris, France : InterEditions, février 1996. 391 p.
- Foucault M. Surveiller et punir. Lonrai, France : Gallimard, Avril 1993. 360 p.
- Foucault M. Naissance de la clinique. Paris: Presses universitaires de France; 2015. 287 p.
- Goffman E. Stigmates, les usages sociaux du handicap. Lonrai, France : les éditions de minuit, 2017. 175 p.
- Goffman E. Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux. Lonrai, France : les éditions de minuit, 2017. 447 p.
- Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs. Paris, France : Les classiques de la Philosophie, août 2015. 252 p.
- Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. France : Presses Universitaires de France, juillet 2007 (5 ed). 523 p.
- Levefre A. 100% Winnicott. Paris, France : Eyrolles, novembre 2011. 186 p.
- Levinas E, Nemo P. Éthique et Infini : dialogues avec Philippe Nemo. Paris, France : Librairie Générale Française, 2011. 120 p.
- Marin C. La maladie, catastrophe intime. Paris: Presses universitaires de France; 2016. 80 p.
- Marin C. Violence de la maladie, violence de la vie. France : Armand Colin, 2015. 198 p.
- Merkling J. L'infirmier en santé mentale : Identité, rôle, savoirs et pratiques. France : Seli Arslan; décembre 2016. 255 p.
- Moras L, Perrin-Niquet A, Vérot J-P, Barbot C. L'infirmier (e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie. Paris, France : Masson, 2004. 297 p.
- Pandelé S. La grande vulnérabilité: fin de vie, personnes âgées, handicap : esquisse d'une éthique de l'accompagnement. Paris, France: Seli Arslan; 2010. 183 p.
- Quérel C. Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours. Lonrai, France : TEXTO, 2012. 619 p.

Racamier PC. L'esprit des soins : le cadre. France : Les Éditions du Collège, mars 2003. 124 p.

Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris: Éditions du Seuil; 2015. 424 p.

Roussillon R, Brun A, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, et al. Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Pologne : Elsevier Masson, juillet 2014. 668 p.

Sicard D. Ethique et bioéthique. Paris, France : Presses Universitaires de France, 5ième éditions, Octobre 2017. 126 p.

Winnicott D-W. La mère suffisamment bonne. Barcelone, Espagne : Petite Biblio Payot classiques, août 2006. 122 p.

Winnicott D-W. Jeu et réalité. France : Folio essais, février 2014. 276 p.

Articles :

Antenat N. Respect et vulnérabilité chez Levinas. [En ligne]. Le portique, Revue de philosophie et de sciences humaines. Consulté le 02/01/2019. Disponible sur : <http://leportique.revues.org/558>.

Benaroyo L. Soins, confiance et disponibilité : les ressources éthiques de la philosophie d'Emmanuel Lévinas. *Éthique & Santé*. 2004 ; 1 : 60 - 63.

Boucand M-H. Prendre soin de l'autre : une vulnérabilité partagée. [En ligne]. Consulté le 2/02/2019. Disponible sur : <https://www.cairn.info/dire-la-maladie-et-le-handicap--9782749213842-page-56.htm?contenu=resume#>

Bourgeois M, Bénézech M. Dangerosité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann Med Psychol* 2001 ; 159 : 475-86.

Delassus E. L'éthique narrative selon Paul Ricoeur : une passerelle entre l'éthique spinoziste et les éthiques du care. *Les ateliers de l'éthique*. 2015 ; Vol 10 (n°3) : 149 - 167.

Delzeaux S. Autocontrainte et instance surmoïque : éléments de réflexion sur la référence d'Eliás à la psychanalyse freudienne [En ligne]. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2007 ; 2 (n°4). p 201 – 212. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2007-2-page-201.htm>

Eyraud B, Moreau D. Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier. *Cultures & Conflits* : Octobre 2013; Vol 90. p 117 - 134.

Gheorghiev C, De Montleau F, Marty F. Soins et dangerosité : enjeux éthiques. *Perspectives Psy* 2010/2 (Vol.49), p. 130 – 136.

Gheorghiev C, Raffray P, De Montleau F. Dangerosité et maladie mentale. L'information Psychiatrique. Oct 2018 ;84 :941-947

Grenouilloux A. Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie. *Éthique & Santé*. 2015 ; 12 : 130 - 137.

Harding T-W. Du danger, de la dangerosité et de l'usage médical de termes affectivement chargés. [En ligne]. In : *Déviance et société*. 1980 ; Vol 4 (n°4) : 331-348. Consulté le 15/03/2019. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/ds_0378-7931_1980_num_4_4_1057

Hesbeen W. Le caring est-il un prendre soin ?. *Perspective Soignante*. 1999, n°4.

Lemoine E, Lange L, Chapuis F, Vassal P, et al. Relation soigné soignant : réflexions sur la vulnérabilité et l'autonomie. *Éthique & Santé*. Juin 2014 ; Vol 11 (n°2) : 85 - 90.

Liendle M. Vulnérabilité. [En Ligne]. In *Les concepts en sciences infirmières*. ARSI. France : Editions Mallet Conseil, 2012. [Consulté le 18 Avr 2019]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm#>

Ménès M. L'inquiétante étrangeté [En ligne]. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*. 2004 ; 2 (n°56) : p 21 -24. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2004-2-page-21.htm>

Millaud F. Troubles mentaux et violence. *Criminologie* [En ligne]. 1996 [cité 20 Mar 2019]; 29(1):7. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/017378ar>

Renneville M. La dangerosité en psychiatrie : perspective historique. [En ligne]. *Cahiers d'Etudes Pénitentiaires et Criminologiques*. Consulté le 7/03/2019. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01392392/document>

Ricoeur P. *Approches de la personne*. *Esprit*. Mars/Avril 1990 ; 160 (3/4) : 115 - 130.

Roche M-P. L'unité pour Malades Difficiles n'est pas un lieu de soins sans issue. *Soins Psychiatrie*. Mars/Avril 2009; n°261 : p22.

Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. 2010 ; 3 Suppl 1 : 7 -13.

Schmitt S, Barbey P, Peullemeulle T, Thomas M, Lasne M, David N, et al. Les missions des infirmier(e)s et des aides-soignant(e)s en unité pour Malades Difficiles. *Soins Psychiatrie*. Mars/Avril 2009; n°261 : P 27.

Senninger J-L. Dangerosité Psychiatrique. *Santé Mentale*. Mai 2008 ; n°128 : p 17.

Svandra P. Introduction à la pensée d'Emmanuel Levinas. Le soin ou l'irréductible inquiétude d'une responsabilité infinie. *Rech Soins Infirm*. 2018 Mar; (132):91-98.

Svandra P. Le soin entre sollicitude et responsabilité. Une lecture croisée de Ricoeur et de Levinas. *Éthique & Santé*. 2016 ; 13 : 121 - 126.

Svandra P. Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice. *Recherche en Soins Infirmiers*. Mars 2016 ; n°124 : 19 - 27.

Tap P. Identité et exclusion[En ligne]. *Connexions*. 2005 ; 1 : p 53-78. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-connexions-2005-1-page-53.htm?contenu=article>

Velpry L. “Moderniser l’enfermement en psychiatrie ? Le cas des unités pour malades difficiles”. Sociétés contemporaines, Presses de Sciences Po, 2016, Faire tenir les murs, 3 (103), pp.65-90.

Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafan N. Dangérosité psychiatrique et prédictivité. L’information psychiatrique. Aout 2009 ; 85 : 745 – 752

Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin. Cahiers philosophiques. Février 2011; 125 : 89 - 106.

Zielinski A. L’éthique du care, une nouvelle façon de prendre soin. Études. 12/2010;(tome 413): p.631-641.

Zerrouk S. Soigner à l’Unité pour Malades Difficiles. [En ligne]. Rhizome. [Consulté le 26/06/19]. Disponible sur : <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/cahiers-de-rhizome-n67-supporter-le-travail-avril-2018/soigner-a-l-unite-pour-malades-difficiles-2327.html>

Textes de lois et rapports officiels :

Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles | Legifrance [En ligne]. [cité 17 Déc 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072816&>

Article R3222-1 Du Code de la Santé Publique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031972128&dateTexte=&categorieLien=id>

Article R4311-3 Du Code de la Santé Publique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 1/07/2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006913890&dateTexte=&categorieLien=cid>

Barbier M , Démontès C, Lecerf JF, Michel JP, sénateurs. Rapport d’information : «Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ? » [En ligne]. Groupe de travail sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions ; 5 Mai 2010. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4340.html>

Contrôleur Général des Lieux de Privations de Libertés. Rapport de visites des Unités pour Malades Difficiles [En ligne]. Listes des rapports de visites des établissements de santé. Disponible sur : http://www.cglpl.fr/rapports-et-recommandations/recherche/?cat_type_etablissement=35&cat_type_rapport=100&searchhide=1

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l’organisation de la sectorisation psychiatrique. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065611&dateTexte=20050725>

Haute Autorité de Santé. Rapport Bibliographique : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie.[En Ligne]. Haute Autorité de Santé, Septembre 2016. 139 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/rapport_biblio_violence_hospi_psy_en_attente.pdf

Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation de la commission d'audition : « Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur » [En ligne] . Haute Autorité de Santé ; Mars 2011. 78 p. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_rapport_dorientation.pdf

LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Légifrance [En ligne]. [Cité le 7 Mai 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=20190509>

Plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 [En ligne]. Ministère de la santé et de la solidarité.98 p. [Consulté le 27/06/2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Sarkozy Nicolas. Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008. [En ligne]. 2008 [cité 3 Mar 2019]. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805>

Dictionnaires :

Robert P, Rey-Debove J, éditeurs. Le nouveau petit Robert: dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française ; nouvelle édition du Petit Robert de Paul Robert. Réimpr. Paris: Dictionnaires Le Robert; 1994. 2467 p

Thèse et rapport de recherche:

Michaud D. La place des unités sécurisées psychiatriques pour le patient difficile : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) à Albi [Thèse de doctorat]. Toulouse, France : Université Toulouse III Paul Sabatier. p 24.
Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2023/1/2017TOU31582.pdf>

Lanquetin J-P, Tchukriel S. L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. Groupe de Recherche en Soins Infirmiers; 2012.425 p.

Sites internet :

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie de DANGER [En ligne]. [Consulté le 21 Mar 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/danger>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de STABILISATION .[En ligne]. [Consulté le 03 Jui 2019]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/stabilisation>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de SOIN .[En ligne]. [Consulté le 16 Avr 2019]. Disponible sur : <https://cnrtl.fr/definition/soin>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie de IDENTITÉ [En ligne]. [Consulté le 20 Déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/etymologie/identit%C3%A9>

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. Définition d'INCOMPATIBLE [En Ligne]. [Consulté le 18 Mai 2019]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/incompatible>

Comité Consultatif National d'Ethique. Avis n°87 « Refus de traitement et autonomie de la personne » [En ligne]. Comité Consultatif National d'Ethique ; Avril 2005. 39 p. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>

La Convention d'Oviedo: protection des droits humains dans le domaine biomédical [Internet]. Bioéthique. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/bioethics/oviedo-convention>

Larousse É. Définitions : identité - Dictionnaire de français Larousse [En ligne]. [Consulté le 20 Déc 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/identit%C3%A9/41420>

OMS | Violence [En ligne]. WHO. [cité 15 Avr 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>

Ricoeur P. La souffrance n'est pas la douleur. [En ligne]. APF France Handicap. [Consulté le 15 Avr 2019]. Disponible sur : http://www.moteurline.apf.asso.fr/IMG/pdf/La_souffrance_n_est_pas_la_douleur.pdf

Annexes :

ANNEXE I : CLASSIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES DE VIOLENCE ÉTABLI PAR LA HAS.	77
ANNEXE II : ECHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE "HISTORICAL CLINICAL RISK".	77
ANNEXE III : ECHELLE D'ÉVALUATION DU RISQUE DE VIOLENCE "SHORT TERM ASSESSMENT OF RISK AND TREATABILITY".	78
ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS.	79
ANNEXE V : TYPE DE DIPLÔME DES DIFFÉRENTS RÉPONDANTS.	80
ANNEXE VI : GRAPHIQUE REPRÉSENTANT L'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE DES IDE.	80
ANNEXE VII : FORMATION REÇU PAR LES DIFFÉRENTS IDE.	81
ANNEXE VIII : THÉMATIQUES DES FORMATIONS RECUES PAR LES PROFESSIONNELS.	81
ANNEXE IX : TABLEAU DE PRESENTATION DES RESULTATS A LA QUESTION 4.	82
ANNEXE X : TABLEAU DE PRÉSENTATION DES RÉSULTATS À LA QUESTION 5.	83
ANNEXE XI : TABLEAU DE PRESENTATION DES RESULTATS A LA QUESTION 6.	84
ANNEXE XII : TABLEAU DE PRESENTATION DES RÉSULTATS À LA QUESTION 7.	85
ANNEXE XIII : TABLEAU DE PRESENTATION DES RESULTATS A LA QUESTION 8.	86
ANNEXE XIV : TABLEAU DE PRESENTATION DES RÉSULTATS À LA QUESTION 9.	87

Annexe I : Classification des facteurs de risques de violence établi par la HAS.

Tableau 1. Facteurs associés à la violence hétéro-agressive chez les patients ayant des troubles schizophréniques	
Facteurs généraux	Facteurs spécifiques
Facteurs sociodémographiques	Diagnostic actuel
<ul style="list-style-type: none"> - Âge jeune < 40 ans - Genre masculin - Statut économique précaire - Faible niveau d'éducation - Célibat 	<ul style="list-style-type: none"> - Schizophrénies de forme paranoïde - Abus ou dépendance aux substances psycho-actives comorbide - Personnalité antisociale comorbide (héboïdophrénie)
Antécédents	Symptômes
<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels et familiaux judiciaires, de violence envers autrui ou d'incarcération - Antécédents d'abus ou de dépendance à l'alcool - Antécédents de « troubles des conduites » dans l'enfance ou à l'adolescence¹ - Antécédents de victimation¹ - Retard mental 	<ul style="list-style-type: none"> - Symptomatologie psychotique positive - Idées délirantes de persécution, de mégalomanie, de mysticisme, syndrome d'influence - Rêveries diurnes d'agresser autrui, idéation et pratiques perverses - Idées, fantasmes et propos de violence - Menaces écrites ou verbales évoquant un scénario de passage à l'acte en cours de constitution - Fascination pour les armes - Méfiance et réticence - Participation émotionnelle intense - Retrait social, émoussement affectif, désorganisation - Idées suicidaires - Symptomatologie dépressive - Dysfonctionnement frontal
Facteurs contextuels	Facteurs liés aux soins
<ul style="list-style-type: none"> - Être victime de violence dans l'année - Divorce ou séparation dans l'année - Sans emploi dans l'année 	<ul style="list-style-type: none"> - Défaut d'accès aux soins - Incapacité à demander de l'aide - Déni des troubles et faiblesse de l'<i>insight</i> - Longue durée de psychose non traitée - « Pseudo-alliance thérapeutique » - Rupture du suivi psychiatrique - Non-observance médicamenteuse - Insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation

Annexe II : Echelle d'évaluation du risque de violence "Historical Clinical Risk".

Historical	Clinical	Risk management
H1. Previous violence	C1. Lack of insight	R1. Plans lack feasibility
H2. Young age at first violent incident	C2. Negative attitudes	R2. Exposure to destabilizers
H3. Relationship instability	C3. Active symptoms of major mental illness	R3. Lack of personal support
H4. Employment problems	C4. Impulsivity	R4. Noncompliance with remediation attempts
H5. Substance use problems	C5. Unresponsive to treatment	R5. Stress
H6. Major mental illness		
H7. Psychopathy		
H8. Early maladjustment		
H9. Personality disorder		
H10. Prior supervision failure		

Note. Reprinted with permission of the Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Annexe III : Echelle d'évaluation du risque de violence "Short Term Assessment of Risk and Treatability".

Nom : _____

No dossier : _____

Famille _____

Prénom _____

Homme Femme

D.D.N. _____ (jj/mm/aa)

Feuille sommaire START ©

Diagnostics : DSM-IV^{TR} ICD-10 1 _____ 2 _____
3 _____ 4 _____ 5 _____

STATUT : HÔPITAL COLLECTIVITÉ CORRECTIONNEL
Statut : _____ Statut : _____ Statut : _____

BUT : RÉFÉRENCE # ADMISSION RÉVISION AUTRE
Spécifier : _____ Spécifier : _____

START période couverte : _____
jours / semaines / mois

Item clé	Forces			Items START	Vulnérabilités			Item critique	SIGNES INDICATIFS DU RISQUE						
	2	1	0		0	1	2								
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Habiletés sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Relations (all.thér.:O/N)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	ESTIMATIONS D'UN RISQUE SPÉCIFIQUE						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Autosoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	Hist.*	Risques	M.E.N.A.C.E		Faible	Mod.	Élevé
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. État mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Violence autrui	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. État émotionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Autodestructeur	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Utilisation de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Suicide	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Contrôle des impulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Congé non autorisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Déclencheurs externes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abus de substances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Soutien social (SPP:O/N)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Négligence de soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Ressources matérielles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Victimisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cas spécifique : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Observance de la médication (S/O <input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	MESURES ACTUELLES DE GESTION						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Respect des règlements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Conduite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Introspection	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Adaptation (coping)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	PLAN ACTUEL DE GESTION						
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. Traitabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Item lié à un cas spécifique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							
<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Item lié à un cas spécifique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>							

Préoccupations de santé / Tests médicaux : _____

Formulation du risque : quels facteurs/prédisent-exploquent/quelle personne/exécutera/quel acte/quand? _____

REPLI PAR : _____ DATE : _____

*all. thé. – Alliance thérapeutique *SSP – Soutien positif des pairs *S/O – Sans Object *Hist. - Histoire FPSC et Institut Douglas © 11/2011

Annexe IV : Questionnaire d'enquête auprès des professionnels.

1) Quel type de diplôme possédez-vous :

Diplôme d'ISP - D.E réforme 1992 - D.E réforme 2009

2) Depuis combien de temps exercez-vous,

A/ en psychiatrie :

B/ en UMD :

3) A/ En plus de votre formation initiale, avez-vous eu d'autres formations utiles à votre exercice professionnel ?

Aucune - Formation interne – Formation externe – Formation universitaire

B/ Si oui, sur quelles thématiques ?

4) Selon vous, qu'est-ce qui vient caractériser un « Malade Difficile » ?

5) Selon vous, quelles sont les spécificités des soins infirmiers auprès de ces patients ?

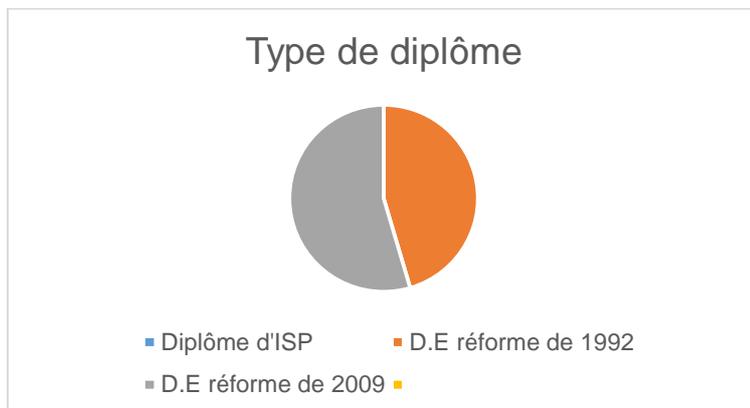
6) Quels sont les objectifs de ces soins ?

7) Comment réussissez-vous à les mettre en place ?

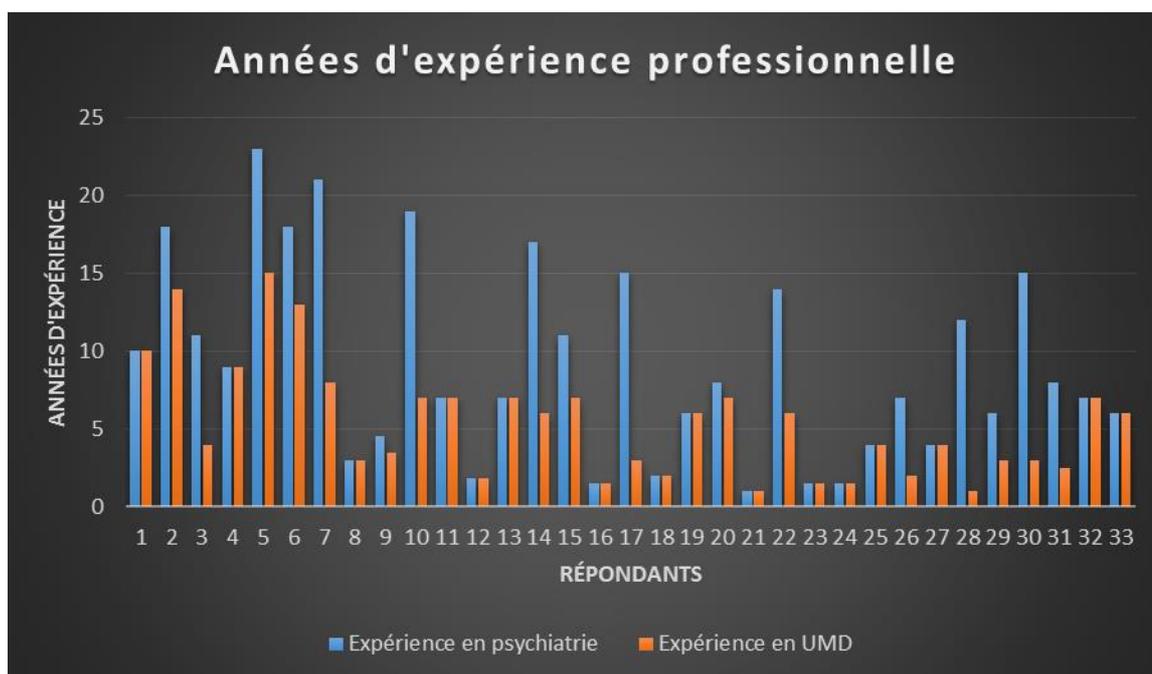
8) Comment définiriez-vous votre rôle infirmier auprès de et de ces patients ?

9) Quelles sont les principales difficultés que vous éprouvez dans la prise en soin et l'accompagnement de ces patients ?

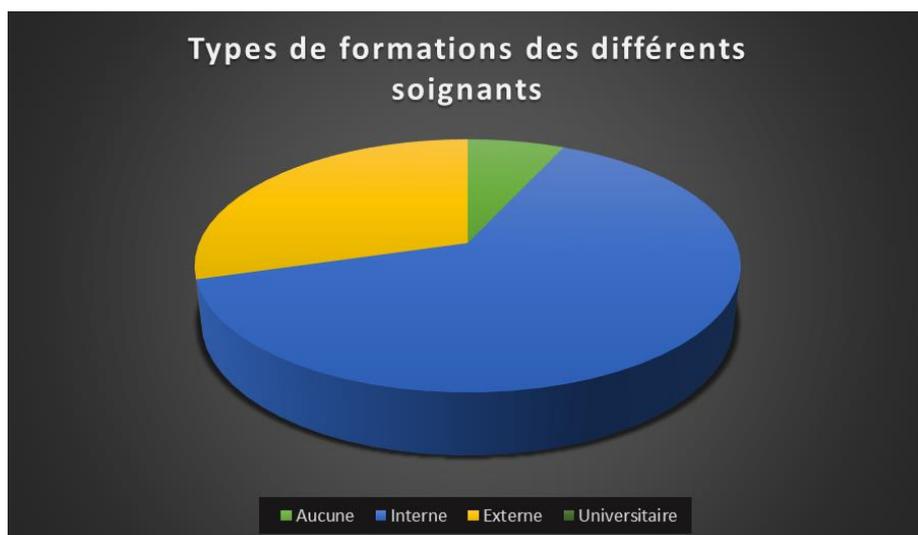
Annexe V : Type de diplôme des différents répondants.



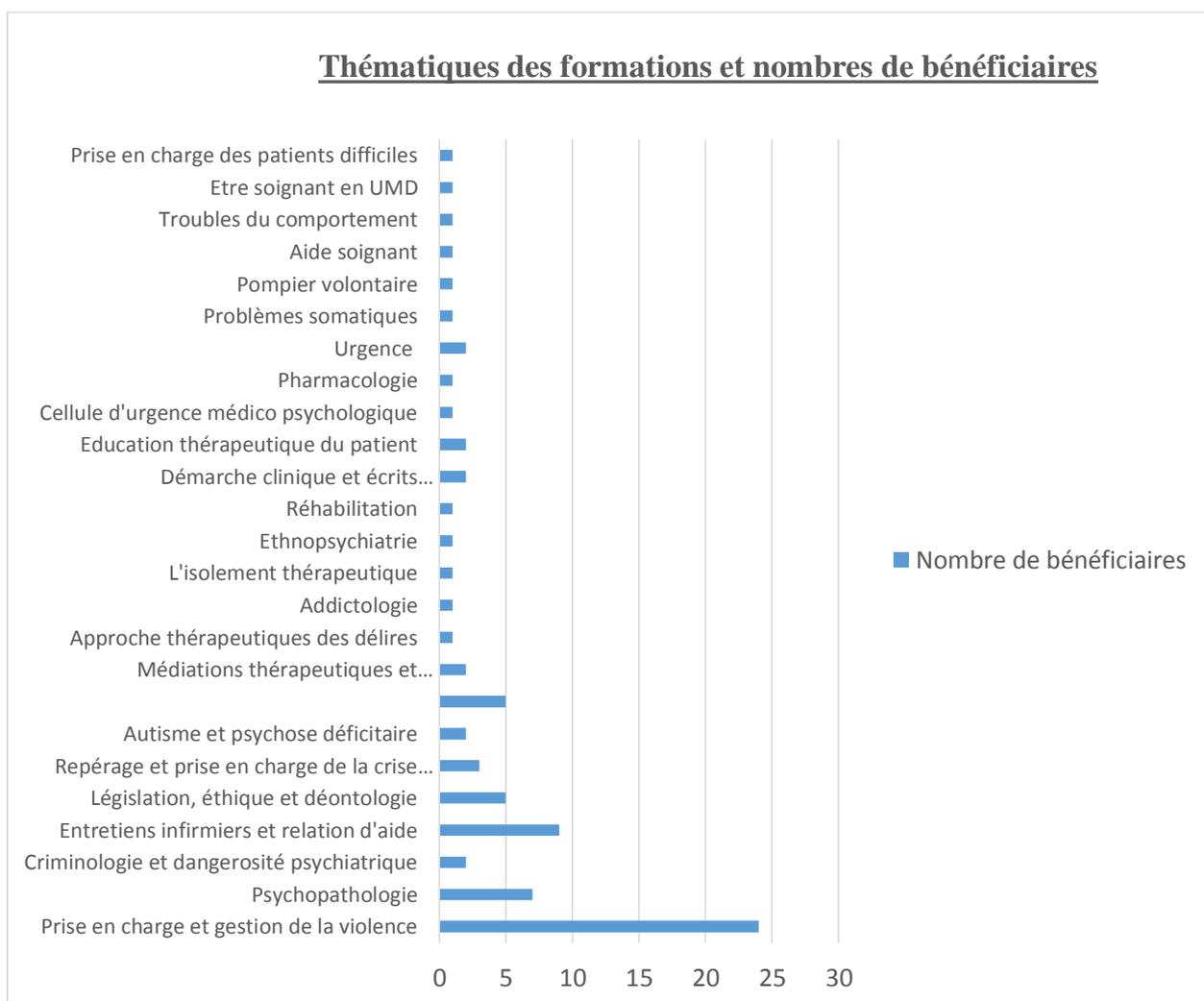
Annexe VI : Graphique représentant l'expérience professionnelle des IDE.



Annexe VII : Formation reçue par les différents IDE.



Annexe VIII : Thématiques des formations reçues par les professionnels.



Annexe IX : Tableau de présentation des résultats à la question 4.

<i>Selon vous, qu'est ce qui vient caractériser un « Malade Difficile » ?</i>			
Groupement caractéristique	Réponse	Réurrence	Total
Impact sur le cadre institutionnel	Difficulté et inadaptation en service classique	17	27
	Fugue	1	
	Troubles du comportement	7	
	Epuisement des équipes	2	
Violence	Risque de dangerosité	1	18
	dangerosité	3	
	Auto/hétéro agressivité - Violence	13	
	Risque de passage à l'acte	1	
Traitabilité	Chimiorésistance	9	17
	Absence de demande de soins	1	
	Stabilisation difficile	2	
	Impasse thérapeutique	5	
Facteurs cliniques	Angoisse	2	12
	Symptomatologie délirante	4	
	Instabilité	1	
	Difficulté à gérer les stimuli	1	
	Graves altérations psychosociales	1	
	Imprévisibilité	2	
	Agitation	1	
Retentissement sur le sujet	Situation complexe et singulière	1	3
	Handicap dans la vie quotidienne	1	
	Souffrance	1	

Annexe X : Tableau de présentation des résultats à la question 5.

<i>Selon vous, quelles sont les spécificités des soins infirmiers auprès de ces patients ?</i>			
Groupement caractéristique	Réponse	Récurrance	Total
Qualités morales du soignant vis-à-vis du patient	Présence	6	38
	Persévérance	1	
	Acceptation inconditionnelle	1	
	Ecoute	6	
	Empathie	2	
	Patience	5	
	Rigueur	1	
	Souplesse	1	
	Disponibilité	6	
	Réflexion	1	
	Respect	1	
	Bienveillance	1	
	Savoir être	1	
	Sensibilité	1	
	Accessible	1	
	Généreux	1	
	Compréhensif	1	
Maitrise de la peur	1		
Visées auprès du patient	Critique des actes	1	30
	Gestion de la violence	2	
	Prise de conscience des troubles	1	
	Gérer les angoisses	1	
	Apprendre à gérer la frustration	1	
	Réassurance	1	
	Désamorçage	1	
	Apaisement	1	
	Pacification	1	
	Observance du TTT	2	
	Evaluer	1	
	Cohésion d'équipe	3	
	Ajustement permanent	1	
	Accompagnement quotidien	2	
	Médiation	1	
	Relation de confiance	2	
	Travail d'éducation autour de la pathologie	1	
	Alliance thérapeutique	1	
	Traiter les problématiques principales	1	
	Etayage	1	
Observation	3		
Analyser	1		
Moyens spécifiques	Soin relationnel	6	36
	Activité	4	
	Entretien infirmier	1	
	Structure adapté	1	
	Règle / Cadre	4	
	Pluriprofessionnalité	1	
	Recadrage	1	
	Encadrement et surveillance	3	
	Prise en charge individualisée	4	
	Soin intensif	1	
	Cadre contenant	8	
	Relation privilégié	1	
	Temporalité	1	
Particularité du patient	Patient plus demandeur	1	1

Annexe XI : Tableau de présentation des résultats à la question 6.

<i>Quels sont les objectifs de ces soins ?</i>			
Groupement caractéristique	Réponse	Récurrence	Total
Objectifs extérieurs à l'UMD	Ramener au cadre de vie	1	29
	Préserver la société	1	
	Préparer le retour	10	
	Temps de rupture pour le patient	1	
	Diminuer les éléments ayant motivés l'admission	2	
	Rendre le patient gérable dans son unité	1	
	Réadapter	1	
	Réhabilitation	2	
	Stabiliser	10	
Objectifs au regard du patient	Améliorer la gestion de l'agressivité et de la violence, de la frustration	4	30
	Mise en place de nouvelles modalités	3	
	Abraser la violence	1	
	Améliorer l'état psychique	1	
	Réadapter le traitement	1	
	Recréer des capacités sociales	4	
	Mobiliser les ressources des patients	2	
	Entamer une réflexion	1	
	L'acceptation des limites	1	
	Observance du TTT	1	
	Education thérapeutique	3	
	Calmer les différents symptômes	1	
	Adhésion aux soins	1	
	Chroniciser / Ritualiser	2	
	Repérage pour le patient de ses prodromes	1	
	Prise de conscience de la maladie	1	
Comprendre la maladie afin d'anticiper	1		
Acceptation des actes	1		
Objectifs des soignants vis à vis du patient	Etablir une alliance thérapeutique	3	25
	Détecter la problématique du patient	1	
	Limiter les angoisses	1	
	Comprendre les mécanismes de PAA du patient	1	
	Diminuer l'angoisse	1	
	Faire émerger une relation de confiance	4	
	Surveillance	1	
	Rassurer	2	
	Apaiser	2	
	Équilibre thérapeutique	1	
	Évaluation du potentiel de violence	1	
	Accompagner au quotidien	1	
	Apporter les étayages fondamentaux	1	
	Répondre aux besoins	1	
Contenance	3		
Suivi du projet médical	1		

Annexe XII : Tableau de présentation des résultats à la question 7.

<i>Comment réussissez-vous à les mettre en place ?</i>			
Groupement caractéristique	Réponse	Récurrente	Total
Moyens centrés sur la relation	Contrat de soins individualisé	4	35
	Contenance	2	
	Travail biographique	1	
	Activités nombreuses	7	
	Entretien	6	
	Accompagnement	1	
	Communication	1	
	Médiations thérapeutiques	1	
	Relation	2	
	Aller à la rencontre	1	
	Temps	5	
	Développer l'autonomie	1	
	Sortie extérieur	2	
	Prendre soin	1	
Outils institutionnels et structurels	Cadre respectueux de la personne	4	15
	Outils organisationnels	1	
	Cadre institutionnel	1	
	Architecture	1	
	Cadre thérapeutique	2	
	Hierarchie	1	
	Respect des consignes de sécurité	2	
	Effectif soignant	2	
	Règle	1	
Professionnels en relation	Lien avec le secteur	1	20
	Pluriprofessionnalité	10	
	Cohésion et cohérence	4	
	Réflexion	2	
	Expérience	2	
	Equipe	1	
« Outils » thérapeutiques	Trouver des stratégies d'adaptations	1	10
	Education thérapeutique	1	
	Sensibiliser à la pathologie	1	
	Sismothérapie	1	
	Travail sur les symptômes	2	
	Confronter à la réalité	1	
	Travail par paliers successifs	1	
	Fixer des limites	1	
	Traitement médicamenteux	1	
Disposition du soignant	Rigueur	1	19
	Le talent	1	
	Ecoute	2	
	Patience	3	
	Posture professionnelle	1	
	Fermeté respectueuse	1	
	Attitude bienveillante	1	
	Calme	1	
	Confiance	3	
	Présence soignante	2	
	Acceptation	1	
	Disponibilité	2	

Annexe XIII : Tableau de présentation des résultats à la question 8.

<i>Comment définiriez-vous votre rôle infirmier auprès du et de ces patients ?</i>			
Groupement caractéristique	Réponse	Occurrence	Total
Relevant de « disposition morale »	Bienveillance	3	24
	Fermeté	1	
	Fermeté bienveillante	1	
	Présence	2	
	Disponibilité	1	
	Être souriant	1	
	Etre respectueux	2	
	Écoute	6	
	Attention particulière	1	
	Considérer	1	
	Vigilance	1	
	Souplesse sans rigidité	1	
	Patience	1	
	Rigueur	1	
Travail sur soi	1		
Accompagnement du patient	Soutient	1	52
	Modifier les modalités relationnelles	1	
	Accompagnement	14	
	Éducatif	8	
	Réassurance	3	
	Aide à la réflexion	1	
	Rôle de passeur	1	
	Apprivoiser	1	
	Favoriser l'autonomie	1	
	Diminuer la souffrance	1	
	Ménager des espaces de liberté	1	
	Accompagner à vivre ensemble	1	
	Accompagner dans la reconnaissance et gestion des symptômes	2	
	Contenance	3	
	Réceptacle au mal être	1	
	Confident	1	
	Béquille / Étayage	2	
	Information	1	
	Apaisement	1	
	Pacification	1	
	Surveillance	1	
Rythmer la journée	1		
Renarcissisation	1		
Aidant	2		
Désamorçage	1		
Appuis au rôle	Entretien	2	14
	Activités	1	
	Relation	1	
	Respect du cadre	7	
	Médiation	1	
	Collaboration	1	
	Cadre thérapeutique fiable et rassurant	1	
Ressenti des soignants	Intéressant	1	4
	Intense	1	
	Soignant et non maton	1	
	Varié	1	

Annexe XIV : Tableau de présentation des résultats à la question 9.

<u>Quelles sont les principales difficultés que vous éprouvez dans la prise en soin et l'accompagnement de ces patients ?</u>			
Groupement caractéristique	Réponse	Réurrence	Total
Institutionnel	Inadaptation des recrutements	1	15
	Diminution du nombre de médecin	2	
	Réduction de personnel	2	
	Logique comptable	1	
	Changements de médecins	1	
	Problèmes techniques	1	
	Tension générale	1	
	Lourdeurs administratives	2	
	Manque de moyens humains	3	
Manque de moyens matériels	1		
Propre à l'agent	Impression de « tenir les murs »	1	8
	Fatigue	3	
	Ne pas savoir quoi faire et avoir l'impression de juste « attendre une date »	1	
	Découragement	2	
	Dissocier affect et prise en soin	1	
	Remettre en question ses représentations	1	
Propre à la pratique	Recommandations de bonnes pratiques iso/contention	1	19
	Impasse thérapeutique	4	
	Diminution des posologies	2	
	Fossé entre l'UMD et le secteur	1	
	Maintien des objectifs	2	
	Inutilité de la structure pour certains patients	1	
	Etre ferme en restant souple	1	
	Adaptation permanente	1	
	Répétition	2	
	Enfermement et soin humaniste	1	
	Limites institutionnelles	1	
	Paradoxe de l'autonomie et l'enfermement	1	
Limites médicales	1		
Propre à l'équipe	Clivage	3	7
	Pluriprofessionnalité sur certaines PEC	2	
	Cohésion	1	
	Différents vision du soin dans les équipes	1	
Lié à la pathologie	Violence	13	31
	Chronicité	1	
	Evolution de la maladie	1	
	Les limites du patient	2	
	Le deni / non compréhension	4	
	Pathologie déficitaire	1	
	Comportement ancré	1	
	Dangerosité occasionnelle	1	
	Difficulté à se contenir	1	
	Lourdeur des pathologies	1	
	Chimioresistance	1	
	Gravité des troubles	1	
	Intolérance à la frustration	2	
Stagnation	1		