



Passages

J. Pedroletti and Y. Cossy

Volume 1, 2000

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1074961ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1074961ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de
psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Pedroletti, J. & Cossy, Y. (2000). Passages. *Psychiatrie et violence*, 1.
<https://doi.org/10.7202/1074961ar>

Article abstract

Confrontée à la nécessité clinique de quitter ses seuls référents contentifs (attachements, isolement, fermeture des divisions hospitalières) et de mettre en oeuvre d'autres paradigmes, l'équipe soignante de la section « E. Minkowski » du département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne (Suisse) a élaboré un outil de négociation pour des patients psychiquement décompensés afin de favoriser une contractualisation du soin. C'est ce travail et l'évaluation afférente que l'équipe infirmière présente dans cet article.

Passages

J. Pedroletti*
Y. Cosy***

* [Ce texte est suivi d'annexes](#)

" Transformer les compositions d'ordre en composantes de passages ".¹

"On connaît la distinction juridique entre contrat et institution. Celui-là, en principe, suppose la volonté des contractants, définit entre eux un système de droits et de devoirs, n'est pas opposable aux tiers et vaut pour une durée limitée; celle-ci tend à définir un statut de longue durée involontaire et inaccessible, constitutif d'un pouvoir, d'une puissance dont l'effet est opposable aux tiers." ²

Abstract : Confrontée à la nécessité clinique de quitter ses seuls référents contentifs (attachements, isolement, fermeture des divisions hospitalières) et de mettre en œuvre d'autres paradigmes, l'équipe soignante de la section "E. Minkowski" du département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne (Suisse) ³ a élaboré un outil de négociation pour des patients psychologiquement décompensés afin de favoriser une contractualisation du soin. C'est ce travail et l'évaluation afférente que l'équipe infirmière présente dans cet article.

Mots clés : Changement de paradigmes, Patient-client, patient-partenaire, contrat, chambre de soins intensifs, complexité du soin, évaluation.

Introduction

Dans un contexte clinique de spécialisation des sections hospitalo-ambulatoires, d'ouverture des divisions hospitalières et d'interrogations sur nos modèles de soins, le service des soins infirmiers a dû penser la transition entre une tradition verticale de prescriptions ("compositions d'ordre") et une pratique horizontale de contractualisation des soins avec le patient ("composantes de passages". Ce changement de référence a été long à se dessiner et à s'affirmer⁴. Il s'est intégré, aiguillonné par les dénonciations publiques d'une association lausannoise de patients, à un travail de clarification de notre rapport à la violence, la nôtre, celle des patients, celle de l'institution. Cela s'est traduit par une formation de gestion de la violence, APIC (approche préventive et intervention contrôlée) pour tout le personnel infirmier. Corrélativement le service des soins infirmiers, avec la pluridisciplinarité, a élaboré et mis en route un protocole de contention et d'isolement dont l'effet le plus remarquable est qu'il a contribué à faire baisser de façon extrêmement significative le nombre des isolements et des contentions (en 6 ans le département est passé de 30 contentions annuelles à une) et a autorisé une évolution de nos représentations de la dangerosité des patients.

Cette étape nécessaire, génératrice d'un retour de la confiance, a permis à la section "E. Minkowski", dont l'activité est dirigée vers les soins à donner aux patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie, d'avancer d'un cran dans la contractualisation des soins, installant le patient dans une position de partenaire plutôt que dans celle d'un individu à craindre. C'est ainsi qu'après de nombreux tâtonnements, nous avons élaboré un outil de négociation avec le client décompensé qui peut bénéficier, dès son admission, d'un cadre de soins adaptés, la chambre de soins intensifs ⁵

C'est l'évaluation que nous avons faite de ce contrat que nous présentons après six mois de pratique. Cette façon de faire est nouvelle pour nous puisque nous ne sommes pas encore coutumiers d'étalonner nos outils; la méthode et les résultats s'en ressentent fatalement.

Du Protocole au Contrat

Depuis une quinzaine d'années, aucune directive particulière ne s'appliquait pour les patients dont le comportement violent les conduisait soit en isolement soit sur un lit, maintenus par des sangles. Ces contentions pouvaient durer plusieurs semaines pour les patients désignés comme les plus à risques. Cela créait dans les sections un malaise puisque rien ne venait interférer entre le patient et les craintes qu'il nourrissait chez les infirmiers. La question était alors de savoir : "Quand peut-on le détacher?". Le protocole d'isolement et de contention est venu donner une première réponse en définissant des garde-fous dans ces

situations critiques (intervention d'un cadre médical, surveillance rapprochée, supervision de l'indication si la durée excédait 24h, etc...).

Le protocole étant une prescription qui laisse peu d'espace à la négociation, nous avons éprouvé le besoin de définir les conditions de possibilité d'un nouvel échange avec le patient.

Un des postulats qui nous guidait était que cet outil, en installant un espace contrôlé de négociation, pouvait permettre d'éviter au maximum les montées en symétrie, source de certains affrontements d'antan.

Nous nous sommes donc attelés à cette tâche qui a duré presque une année; le changement de paradigmes ne se métabolise pas par un claquement de doigt et il était nécessaire que chaque soignant de la pluridisciplinarité en porte, à sa façon, le projet.

- D'abord l'écriture d'un protocole, non plus dans le sens du passage obligé dans nos rapports avec les patients, mais dans celui des raisons cliniques d'adopter cette nouvelle stratégie. Notre déclaration de principe était claire: "Notre choix de privilégier, dans le cadre nouveau d'ouverture des divisions, la dimension contractuelle, même à minima ⁶ pour des patients fortement décompensés, réoriente la prise en charge plus du côté de l'alliance et du soin avec le patient que du côté de l'isolement contentif. Cela ouvre à la nécessité de définir un cadre précis et riche d'éléments favorisant l'accompagnement rapproché et structurant du patient, différent d'un strict cadre de gestion et de réponse à la violence" ⁷. Les indications ("agitations psychomotrices sous l'emprise d'hallucinations ou d'idées délirantes, état catatonique, état maniforme, état de désorganisation ou de régression massive, risques sérieux d'auto ou d'hétéroagressivité"⁸) et les fonctions d'un tel soin ("limitation des stimulations, limitation des comportements désorganisés, prévention éventuelle des comportements agressifs chez le patient délirant, restitution au patient d'une limite spatiale et temporelle clairement repérable, favoriser la compliance médicamenteuse (savoir que le pronostic à long terme est corrélé à la durée initiale non traitée)"⁹) étaient clairement énoncées. Notre souci était de limiter la dimension parfois traumatisante, surtout chez les jeunes patients.

- Puis l'élaboration d'un contrat dont chaque point, - objectifs du soin en chambre de soins intensifs, information de la famille, médication, temps postulé, confort hôtelier, prestations médicales, infirmières et sociales, approches corporelles, condition de réussite ou de rupture du contrat, appel à un cadre médical hors de la section en cas de séjour dépassant 7 jours -, pouvait faire l'objet d'une négociation avec le patient. Cela supposait de construire un outil commun que chaque négociation pouvait rendre singulier, contrairement à la tradition qui dictait des conditions identiques pour chaque patient (cure de neuroleptiques en injections intramusculaires pendant 7 jours matin midi et soir, par exemple).

Nous avons ajouté à ce contrat et pour en valider la dimension partenariale, la possibilité pour le patient de le signer, au même titre que les référents médicaux et infirmiers de sa prise en charge, ainsi que l'opportunité de remplir, après sa sortie de la chambre, sa propre évaluation de son séjour en chambre de soins intensifs.

L'introduction du terme "contrat" en lieu et place de celui de "protocole" n'était pas encore une évidence, de même que l'évaluation par le patient de la qualité du soin. Remarquons le simplement, nous avons tenté de changer de paradigme; la présente évaluation a pour fonction de nous montrer en quoi nous y avons réussi, d'indiquer les interfaces entre le modèle ancien et le nouveau et d'ouvrir les pistes à suivre pour continuer le chemin.

Ajoutons pour être tout à fait complet qu'elle a été réalisée par l'équipe infirmière (signe d'un souci particulier des infirmiers à cette prise en soins complexe) et que nous en avons discuté avec l'ensemble de la pluridisciplinarité lors d'un colloque prévu à cet effet.

Evaluation

Elle porte sur 24 contrats concernant 16 patients des divisions Aster et Azur ¹⁰. 9 patients sont concernés par un contrat, 6 patients par deux contrats et un patient par trois contrats. Pour les multi-contrats, ils ont été passés les uns à la suite des autres sans que le patient soit sorti de la chambre, signe renouvelé d'une difficulté à articuler les objectifs de soins spécifiques et le temps de séjour en chambre.

Elle couvre la période qui va de décembre 1999 à avril 2000. Si pour avoir une idée approximative de l'importance de ce dispositif dans l'ensemble des soins, nous le comparons, pour les mois concernés, au nombre d'admissions pour les deux divisions hospitalières, nous arrivons à une proportion de 13,3% de patients admis concernés par les chambres de soins intensifs.

Nous ne savons pas si nous disposons pour ce faire de l'ensemble des contrats passés (l'archivage systématique n'est pas encore entré dans nos mœurs).

Nous n'avons pas dépouillé ces données selon l'axe du temps, des premiers contrats au derniers, l'hétérogénéité des partenaires (médicaux et infirmiers) étant telle que ce facteur n'aurait pu être significatif qu'à la condition que quelques membres de l'équipe pluridisciplinaire soient seuls partie prenante de la mise en place de ce setting pendant les six mois choisis. Le nombre relativement faible de contrats rendait, de surcroît, peu crédible toute tentative de dessiner des tendances (contrat plus clair et objectifs plus adéquats au fil du temps par exemple) dans quelque direction que ce soit.

Nous n'avons pas non plus de point de comparaison puisque nous inaugurons cet exercice. Enfin le nombre des réponses par item ne correspond pas au nombre des contrats car tous les items ne sont pas remplis. Là encore cela renforce l'aspect hypothétique des résultats; de plus on peut postuler que ce qui est écrit n'est pas toujours fait et que ce qui est fait n'est pas toujours écrit.

Pour qu'à l'avenir ce travail d'évaluation se poursuive dans des conditions meilleures nous avons décidé d'en faire une tâche pluridisciplinaire et de le renouveler tous les ans.

Analyse

Si nous reprenons le contrat point par point afin de nous faire une idée plus précise de ce qui a pu se passer pour l'ensemble des acteurs et si nous regroupons les réponses par contrat selon les rubriques du protocole élaboré pour cette prise en soins, nous aurons matière à évaluation et à débat. C'est du moins ces deux objectifs que nous visons.

- **- Les objectifs,**

ils correspondent de façon adéquate aux fonctions d'un tel soin dans le protocole en ce qui concerne la recherche d'une bonne compliance médicamenteuse et d'un cadre hypostimulant (54%); ils intègrent de façon significative (37,5%) les dimensions de l'agressivité (hétéro et auto) sans en faire la dimension principale; ils signalent le risque de fugues (20%), indication qui nous pose la question de notre rôle soit comme gardien (voir la tradition de contrôle social que l'hôpital psychiatrique joue dans nos sociétés) soit de garant de la compliance médicamenteuse pour des patients opposés au traitement pharmacologique.

- **L'information**

faite à la famille et au réseau (tuteur par exemple), il semble au vu du pourcentage (58%) qu'il nous reste un effort à faire pour valoriser cet interface qui est une condition importante d'une meilleure lisibilité de nos pratiques soignantes envers l'extérieur.

- **La médication**

devait à l'origine se calquer sur l'idée simple de la cure par injections intramusculaires. Il apparaît que les prescriptions sont beaucoup plus nuancées tant dans la durée (séjours courts), que dans le mode d'administration (52% injectable, 25% per os et 19% mixte). Signe très positif que ce setting permet à chaque fois de valoriser des solutions alternatives adaptées à chaque patient.

- **La durée du séjour**

en chambre n'est pas systématiquement précisée mais majoritairement les contrats sont de trois jours et moins (66%). Nous savons qu'ils sont utilisés pour des admissions avant le week-end (du vendredi au lundi) pour prévenir tout risque de dérapage en l'absence de personnel suffisant, indication d'une survivance des traditions d'isolement dans notre champ clinique. Le problème semble plus compliqué pour les patients qui ont bénéficié de plusieurs contrats puisqu'il semble que nous ayons eu, alors pour eux, de la difficulté à prévoir un temps de séjour adapté aux objectifs fixés.

- **L'aménagement**

du cadre quotidien répond à des habitudes claires puisque la chambre est fermée (95%), les repas sont pris en chambre (90%), la radio, baladeur et téléphone portable sont proscrits (95%). Par contre les conditions de confort sont plus discutées, 36% des contrats maintiennent les conditions optimales (lit normal, table de nuit), contre 64% qui retirent les objets jugés dangereux. Les visites des familles, vont de l'acceptation (42%) au refus (56%) sans que les raisons d'une position ou de l'autre soient explicitées. Enfin les temps des sorties de la chambre indiquent une plus grande ouverture (54% contre 46%).

- **Les entretiens**

médicaux se font le plus souvent une fois par jour (77%), les entretiens infirmiers plutôt deux fois (61%), sans que pour les infirmiers encore nous puissions analyser finement la place auprès du patient des activités de surveillance (60%, une visite toutes les heures). et des entretiens structurés

- **L'absence des approches corporelles**

(une seule prescription de packs et deux massages) est le prix que nous payons à la tradition de la clinique qui réservait cette prestation au service de physiothérapie.

- **La fin et la rupture du contrat**

sont deux rubriques très peu remplies (21%). Notre capacité d'anticiper sur des possibilités de réussites rapides (fin) ou au contraire sur des problèmes importants (rupture) serait un gage de bonne information et de meilleure compréhension du patient quant aux conditions concrètes du déroulement de ce soin.

- **La signature**

du patient est absente (62%) le plus souvent. Une rubrique "refus" aurait l'avantage de nous indiquer si la question de son paraphe lui a été posée ou non.

Les taux faibles de réponses aux trois dernières questions sont aussi le signe d'une difficulté de négocier tous les points au même moment, soulignant le paradoxe d'un contrat, peut-être, trop compliqué dans sa volonté de faire toute la place au patient.

- **L'appel à un cadre extérieur**

à la section pour les séjours dépassant les 7 jours a mis en évidence la difficulté à s'adresser à un tiers; il s'est toutefois fait systématiquement chaque fois que la situation l'imposait.

- **La fiche d'évaluation** ¹¹,

remplie par treize patients sur seize, est un outil statistique tout à fait intéressant.

Si l'on regroupe chaque item selon deux estimations, plutôt oui et plutôt non, il est possible de dire que l'information préalable du patient sur les conditions de son séjour en chambre de soins intensifs (69% de plutôt oui) est déjà relativement bonne; le sentiment d'être bien entouré domine (76%), l'utilité du soin reçoit une approbation nette (91%), le sentiment du confort (66% plutôt positif) est contrebalancé par le sentiment que cette situation reste le plus souvent insupportable (53%).

L'hypothèse d'un renouvellement de cette situation en cas de rechute future rencontre un accord net dans 50% des cas et sous condition dans 33%.

Enfin douze patients interrogés ont pu associer trois substantifs à l'expérience vécue, selon des registres très divers qu'il nous semble difficile de sérier. Nous pouvons toutefois en donner quelques axes, celui de la révolte (injustice, colère, rage), celui de l'insécurité (honte, peur, compromis), celui de la satisfaction (réussite, tranquillité, confortable, repos, calme)

Un seul patient n'a pu associer trois mots. La fonction de cet item, inspiré du différenciateur sémantique d'Osgood ¹², était d'enrichir avec leur propre vocabulaire le témoignage de leur expérience dont nous pouvions supposer qu'elle avait été difficile. Nos mots auraient biaisé de façon inacceptable ce qu'eux avaient à dire.

Conclusion

Il semble que cette contractualisation du soin intègre mieux les attentes de la clientèle et présente à ses yeux une efficacité réelle. Ainsi nous avons retrouvé un certain plaisir à prendre en soins ces patients puisque ne s'engage plus avec eux d'emblée une épreuve de force que nous étions, des deux côtés, incapable de valoriser. Les ambiances tendues, générées par des isolements ou des contentions, qui alimentaient certains délires des patients mais aussi des violences directement reliées à ces moments peu contractualisés, ont laissé la place à des questions ouvertement débattues dans le respect des points de vue de chacun. Quand nous les écoutons maintenant, dans les groupes de paroles ¹³, ils témoignent des changements de leurs conditions d'hospitalisation et s'en disent plutôt mieux, même si leurs nouvelles responsabilités leur font parfois un peu peur. Le soignant qui décidait de tout est passé de mode même si cette évaluation dans ses approximations nous oblige à intégrer l'existence encore des deux modèles de référence, prescriptif et contractuel, qui cohabitent, peignant un paysage ombré et parfois flou. Les pourcentages faibles de certains items mettent en évidence les points sur lesquels nous devons porter notre attention. L'ensemble des équipes

ne relâche pas ses efforts, consciente que l'évolution de nos pratiques dépend de cela mais aussi de notre capacité à penser le soin dans des espaces et des temporalités différentes des simples habitudes hospitalières.

L'équipe infirmière de la section "E. Minkowski"

* Infirmier clinicien, Clinique de Cery, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, 1008 Prilly (Suisse). J. Pedroletti

**ICUS de la division AZUR.

Note: Cet article est le fruit d'un travail collectif de l'équipe infirmière de la section Minkowski du DUPA: Roland Philippoz (Infirmier responsable de la section), Alain Lecheren (ICUS d'Aster), Hasan Berbaty, Regula Baumann, Monique Varrin, Jean Philippe Altermatt,

* Annexes 1

* Annexes 2

1. Deleuze G., Guattari F., Mille Plateaux, les éditions de Minuit, Paris, 1980.
2. Deleuze G., Présentation de Sacher-Masoch, Ed. de Minuit, 1967, p.68, in J. O. Majastre, L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public, Paris, Maspero, 1972, p. 26.
3. DUPA, section " E. Minkowski ", site de Cery, 1008 Prilly, Suisse.
4. " On n'a jamais vu un état de droit simplifier la vie de ceux qui s'étaient habitués aux facilités de l'état policier ", Bruno Latour, Politiques de la nature, La découverte, 1999.
5. Les chambres de soins intensifs sont au nombre de deux par divisions hospitalières ; elles comportent un mobilier amovible, un cabinet de toilette individuel qui peut être fermé, un sas de sécurité.
6. Nous savons que la négociation avec un patient psychotiquement décompensé est un moment particulièrement délicat tant la communication est difficile. L'essentiel est alors, sur des points précis du contrat, d'obtenir un accord du patient sans que tous les points de ce contrat soient obligatoirement négociés lors de l'entretien qui décide de la mise en place du traitement en chambre de soins intensifs. L'accompagnement prévu est alors l'occasion d'aborder les points non négociés au début et de maintenir ainsi ouvert l'espace de contractualisation.
7. Introduction du protocole.
8. Indications cliniques du protocole.
9. Fonctions du protocole.
10. Aster et Azur sont les deux divisions hospitalières de la section "E. Minkowski", elles totalisent 29 lits et constituent une aile de la clinique de Cery sur deux étages.
11. Voir grille d'évaluation en annexe.
12. Osgood, Suci, Tannenbaum, The measurement of meaning, Urbana, University of Illinois Press, 1971. Tiré de : Le racisme infiltre-t-il les attitudes mentales des soignants, résultats d'une enquête, L. Michel, J. Bovet, J. Spagnoli, L'Information psychiatrique, n°4, avril 1997.
13. Il existe pour chaque division deux rendez-vous hebdomadaires d'une demi-heure entre les patients et les équipes soignantes ; espaces d'échanges qui après avoir été des lieux d'affrontement se sont transformés, petit à petit en espaces de paroles.