

Le management du patient violent : description de l'organisation d'un milieu de vie et de son schème d'intervention clinique

Management of the violent patient : description of organization of a living environment and of its model of clinical intervention

Johane Pilon

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031529ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031529ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pilon, J. (1989). Le management du patient violent : description de l'organisation d'un milieu de vie et de son schème d'intervention clinique. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 181–205. <https://doi.org/10.7202/031529ar>

Résumé de l'article

L'article abordera les aspects suivants : les principes et les valeurs à la base du schème d'intervention préconisé pour le patient violent, ainsi que la description de l'encadrement clinique des bénéficiaires et du personnel. L'encadrement clinique s'effectue à deux niveaux : celui du malade vise l'autonomie et la responsabilisation. Pour ce faire, nous avons développé différents mécanismes ou outils que nous exposerons. Ce sont : le plan de soins individualisé, la personne de référence, la personne ressource, le milieu de vie et les activités rééducatives, l'intervention clinique spécifique à l'agressivité (l'intervention physique et psychologique auprès du résidant et du personnel lors d'acting-out). Le deuxième niveau d'encadrement concerne le personnel soignant et poursuit l'objectif de développer chez lui des moyens pour composer avec la violence manifestée par le malade. Nous mentionnerons les moyens préconisés pour aider le personnel dans cette tâche difficile.

Le management du patient violent : description de l'organisation d'un milieu de vie et de son schème d'intervention clinique

Johane Pilon*

L'article abordera les aspects suivants : les principes et les valeurs à la base du schème d'intervention préconisé pour le patient violent, ainsi que la description de l'encadrement clinique des bénéficiaires et du personnel. L'encadrement clinique s'effectue à deux niveaux : celui du malade vise l'autonomie et la responsabilisation. Pour ce faire, nous avons développé différents mécanismes ou outils que nous exposerons. Ce sont : le plan de soins individualisé, la personne de référence, la personne ressource, le milieu de vie et les activités rééducatives, l'intervention clinique spécifique à l'agressivité (l'intervention physique et psychologique auprès du résidant et du personnel lors d'acting-out). Le deuxième niveau d'encadrement concerne le personnel soignant et poursuit l'objectif de développer chez lui des moyens pour composer avec la violence manifestée par le malade. Nous mentionnerons les moyens préconisés pour aider le personnel dans cette tâche difficile.

À l'Institut Philippe Pinel de Montréal, il y a plusieurs unités de traitement, utilisant diverses approches par rapport aux patients agressifs et dangereux ; ces approches tiennent compte de la spécificité du malade, de la durée du séjour, de la réflexion et du cadre théorique choisi par l'équipe de soins. En tant que responsable d'une unité de soins pour patients psychotiques depuis 1980, nous exposerons les grands principes du traitement mis en place dans notre unité. Cela peut servir d'exemple de ce qu'on peut faire avec des patients psychotiques agressifs, aussi bien à l'Institut Philippe Pinel que dans d'autres structures.

Le programme de traitement en cours à l'unité s'est élaboré sur quatre années (soit de l'automne 1982 à l'automne 1986). Il s'est effectué principalement en deux étapes : établir la structure des soins offerts, puis revoir l'organisation du milieu de vie en fonction des principes de responsabilisation et d'autonomie des bénéficiaires.

La structuration des soins répondait aux problèmes suivants : la discontinuité et l'incohérence observées dans les interventions auprès des bénéficiaires ; la rigidité dans la compréhension des difficultés éprouvées par les malades et manifestées par des interventions stéréotypées, particulièrement en

regard des comportements agressifs (isolement, perte de privilège, etc.) ; le clivage dans le fonctionnement des équipes de travail jour / soir ; la confusion des rôles existant au sein de l'équipe de traitement et s'exprimant par le besoin de prendre toutes les décisions cliniques par consensus, ce qui niait les fonctions et les responsabilités propres à chacun. Discontinuité, incohérence, rigidité, stéréotypie, clivage et confusion : tous ces phénomènes semblaient faire écho à ceux que nous observions chez nos malades. Ils participaient ainsi au cercle vicieux entretenant la maladie. C'est donc à la suite de ces constats, plus qu'en référence à une théorie précise, que nous avons élaboré une nouvelle structure de soins préconisant par ses mécanismes la cohérence et la continuité des soins (réunions d'équipe), une compréhension individualisée du malade (plan de soins individualisé), une définition des rôles et des responsabilités de chacun (personne ressource, personne de référence, fonctions propres à chaque catégorie d'emploi). Par ailleurs, le choix d'individualiser les soins s'est fait à partir d'une compréhension psychodynamique des problèmes mentaux, sans toutefois se raccrocher là encore à un modèle d'intervention théorique (par exemple, celui proposé par Racamier (1970) concernant le traitement des psychotiques en institution psychiatrique). Notre façon empirique de procéder s'explique par la nature particulière de notre clientèle : à la fois psychotique, criminalisée, et institu-

* L'auteure est psychologue et coordonnatrice, unité de vie A-1, à l'Institut Philippe Pinel de Montréal.

tionnalisée parfois depuis la petite enfance. Son traitement requiert donc une approche complexe et éclectique nécessitant plusieurs apports tel la pharmacothérapie, la psychothérapie, les techniques éducatives, etc.

C'est d'ailleurs pour répondre à ces difficultés complexes que s'est amorcée la seconde étape définissant notre programme de traitement actuel. Nous avons constaté qu'au delà d'une compréhension dynamique et d'interventions individualisées, des problèmes demeuraient : la perte d'autonomie et la chronicité suscitées par la prise en charge institutionnelle de ces patients encourageaient davantage le bénéficiaire à s'installer confortablement à l'hôpital («Pinel Beach», comme disaient certains). C'est ainsi que nous en sommes arrivés à revoir tout le milieu de vie en fonction des principes d'autonomie et de responsabilisation.

Le texte qui suit présentera succinctement les diverses facettes de ce schème d'intervention clinique auprès du psychotique violent. Rappelons qu'il s'agit d'un modèle construit à partir de l'expérience acquise avec ces malades, inspiré en majeure partie par une compréhension psychodynamique des phénomènes mentaux sans toutefois s'inscrire dans un courant de pensée théorique particulier. De plus, dans l'organisation du milieu de vie, nous avons eu recours aux techniques dites behavioristes.

Les principes sous-jacents au schème d'intervention

Notre objectif n'étant pas ici d'élaborer une théorie de la dynamique du comportement agressif, nous décrirons très brièvement les valeurs sous-jacentes à notre intervention.

Partant du principe que l'homme est un être de langage, la violence représente pour nous la communication d'un «mal-être» qui se traduit par l'agir (agressivité dirigée contre soi, autrui ou sur des objets). Le langage verbal tente de mettre en mots, en forme les émotions éveillées par nos désirs, nos relations. Le langage non verbal utilise le corps, le corps à corps, pour exprimer les affects. Qu'on prenne la mère, par exemple, avec son enfant avant l'époque d'accès à la parole de ce dernier, pour observer comment elle saisit dans l'expression de son nourrisson une demande, une émotion et com-

ment, par ses caresses et ses soins corporels, elle lui transmet ses propres émois. Par contre, il est toujours déroutant pour quiconque de voir un adulte communiquer par l'agir et de constater cette immaturité affective disproportionnée à la maturation physiologique. Les réactions spontanées des équipes soignantes le démontrent bien : ces comportements sont tellement «choquants», que pour les rendre intelligibles, on leur attribue souvent une volonté, une intentionnalité sous-jacente, la fameuse «manipulation» dont on se croit fréquemment l'objet.

Poursuivant ce parallèle de la mère qui éduque son enfant, qui favorise l'apprentissage émotif et intellectuel d'une éthique de vie (entendu dans son sens philosophique, comme la «doctrine du bonheur des normes et des moyens d'accès à cette fin» — *Petit Larousse illustré* (1985), nous croyons que c'est de la même manière que doit être structuré le cadre du traitement d'un bénéficiaire violent. Le «pattern» agressif pathologique (car l'agressivité n'est pas un mal absolu) d'un patient représente pour nous un arrêt de développement spécifique, considérant son histoire et ses ressources. C'est une manière infantile de communiquer certains aspects de sa personne. Si on veut le modifier, on doit accompagner le malade dans son cheminement pour qu'il en saisisse le sens, afin qu'il parvienne à mettre en mots ce qu'il dit en actes, créant ainsi un processus de maturation émotif. Nous avons donc choisi comme stratégie thérapeutique, un accompagnement empathique et relationnel plutôt qu'un encadrement strict de coercition ou d'extinction du comportement. Nous tenterons alors de mettre le patient en situation d'apprendre cette éthique humaine en favorisant la découverte de ses désirs, son monde intérieur. Tout comme l'enfant doit passer par différents stades de développement, le résidant devra franchir différentes étapes à travers lesquelles les limites évolueront ainsi que le soutien et la tolérance que nous lui manifesterons : plus il sera capable de se maîtriser et d'accepter les frustrations, moins il devrait nécessiter d'écoute de notre part pour l'expression de ses manifestations pathologiques. Le travail de l'équipe soignante consistera à refléter systématiquement au malade ses comportements pathologiques, à lui apprendre à élaborer en paroles et non en actes ses difficultés relationnelles.

L'encadrement clinique des patients

Les buts visés par l'encadrement clinique sont de rendre le bénéficiaire le plus autonome et responsable possible, compte tenu de son potentiel (le continuum enfant-adulte). Pour ce faire, nous tâchons toujours de «renvoyer la balle» dans le camp du résidant, comparativement à une prise en charge plus traditionnelle dans un milieu institutionnel. Voici les principaux outils que nous utilisons pour y parvenir.

Le plan de soins individualisé

À son arrivée, un patient est en observation pendant deux à trois mois, à la suite de quoi on effectue une étude de cas. Lors de cette réunion, toute l'équipe est présente (infirmières, éducateurs, cadres, psychologue, criminologue, psychiatre). Il s'agit de construire à partir de différentes variables (statut légal, type de délit ou de comportement agressif, ressources du patient, ses limites actuelles et son état psychologique, ses problèmes psychiatriques), le premier plan de soins. Cela consiste à identifier ce qui doit et ce qui peut être travaillé avec le malade. Lors d'un premier plan de soins, le statut légal influencera fortement la stratégie thérapeutique : dans le cas d'une sentence, l'échéance souvent rapprochée de celle-ci contraint l'équipe à identifier les principaux comportements cibles sur lesquels travailler pour éviter une récurrence rapide et grave, si le processus thérapeutique se déroule bien. Cependant, dans ce dernier cas, le patient peut toujours ne manifester qu'une attitude conformiste sans implication véritable jusqu'à la fin de son séjour. Avec une Ordonnance du Lieutenant-gouverneur (O.L.G.), nous disposerons de plus de temps pour laisser le bénéficiaire s'installer dans le processus thérapeutique, et jouer au maximum la carte de sa «responsabilisation». Le patient n'a alors comme repère dans le temps que l'évolution de ses comportements au gré des mises en situation créées à l'unité. Par contre, les difficultés avec une O.L.G. se présentent surtout au début du traitement : acquitté pour cause d'aliénation mentale, le bénéficiaire ne se sent souvent pas concerné par son agressivité. Les premières mises en situation permettront de le faire réfléchir à sa responsabilité dans l'acte commis. Le plan de soins

déterminera donc la stratégie d'intervention à l'endroit des attitudes violentes.

Le plan de soins spécifiera, en fonction des ressources et des limites du patient, les comportements intolérables et les interventions à appliquer, et cela, afin de le contraindre à s'exprimer autrement et pour qu'il prenne conscience du sens de ses manifestations agressives. Il est très important de noter ici les deux volets : l'arrêt d'agir ainsi que le retour verbal sur cet agir avec le résidant, et parfois le lien avec le délit. Si le malade suit une démarche psychothérapeutique, son orientation est laissée à la discrétion du clinicien. Chaque résidant poursuit donc des objectifs cliniques différents et vis-à-vis desquels des interventions précises seront posées en fonction de ces particularités. Par exemple, l'encadrement sécuritaire d'un patient schizo-paranoïde en phase active ne sera pas le même qu'avec un patient «borderline». Également, nos exigences varieront sur le plan du contrôle attendu et de la responsabilité du bénéficiaire. Chaque plan de soins est révisé tous les six mois par l'équipe. Cet instrument permet d'identifier des attitudes, des comportements cibles vis-à-vis desquels tout le personnel interviendra selon son style, mais en réfléchissant toujours au résidant sa manière particulière de fonctionner. Par exemple, un malade qui n'accepte pas les opinions différentes de la sienne et qui devient agressif se verra systématiquement refléter cette attitude lorsqu'elle se produit, que ce soit dans l'accomplissement de ses tâches à l'unité, aux activités ou dans toute autre situation (voir le tableau 1).

Le bénéficiaire est avisé, par sa personne de référence, des problèmes de fonctionnement que nous avons identifiés et des moyens que nous avons choisis pour l'accompagner dans sa démarche de changement.

La personne de référence

Cette personne est un des membres de l'équipe de base (infirmière, éducateur). Elle a la responsabilité d'établir une relation privilégiée (à l'exemple du parent, d'un tuteur), de superviser l'application du plan de soins auprès de l'équipe tout au long du déroulement du processus clinique. C'est à elle que le résidant s'en réfère pour toute demande. Elle le rencontre au moins deux fois par mois pour faire avec lui un bilan de son évolution par rapport aux objectifs et faire les retours clini-

ques appropriés aux situations survenues pendant cette période.

La personne ressource

La personne ressource doit soutenir, orienter et superviser la personne de référence dans son travail avec le bénéficiaire. Cette fonction est assumée par un des membres de l'équipe professionnelle (cadres, psychologue, criminologue, psychiatre). La personne ressource partage avec la personne de référence le leadership clinique vis-à-vis de l'équipe. Après chacune des discussions cliniques concernant leur patient (étude de cas, plan de soins, discussions ponctuelles), la personne ressource et la personne de référence rédigent le plan de soins ou sa mise à jour.

Le milieu de vie et les activités rééducatives

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les objectifs poursuivis sont de rendre le résidant plus responsable et le plus autonome possible tout en traitant son comportement violent. Notre organisation de vie va tenter, dans la mesure du possible, de créer et d'aménager des situations où le bénéficiaire va vivre cette autonomie, cette responsabilité ainsi que des situations de frustrations. Le personnel soignant devient ainsi un guide qui favorise la prise de conscience et la découverte de moyens plus adéquats de s'adapter, plutôt qu'une équipe de prise en charge. Nous avons ainsi reproduit, dans la mesure du possible, la vie telle qu'elle se déroule à l'extérieur de l'institution.

Qu'est-ce qu'une personne vit en société? Habituellement, elle a un emploi qui comporte des responsabilités (un horaire, des contraintes, des gratifications, des relations avec des collègues et l'autorité); une vie sociale : des amis, des moments de détente, de plaisir; une intimité, une vie familiale, privée. À l'unité, le résidant est invité (autonomie) chaque saison (automne, hiver, printemps) à choisir des activités (un travail), à s'engager à en respecter les règles et les procédures (responsabilités) et à y poursuivre des objectifs de groupe et individuels (conformément à son plan de soins, en se centrant sur l'exploration de ses mécanismes de fonctionnement). S'il satisfait aux exigences, telles que formulées spécifiquement dans son plan de soins, il sera rémunéré (x coupons par période d'activité). Cet argent symbolique lui permettra de

se payer des collations et/ou des sorties de loisirs en groupe. S'il ne répond pas aux exigences de l'activité, s'il ne fait pas les tâches ménagères dont il a la responsabilité à l'unité, si son hygiène est douteuse, s'il accuse des retards à prendre sa médication ou, enfin, s'il ne respecte pas les règles de vie du groupe, il devra en assumer les conséquences (monétaires ou autres). Si les infractions aux lois de vie sont jugées graves, il pourra être isolé, ce qui l'amènera à réfléchir à ses comportements. Le sens de cet isolement sera expliqué plus loin.

Dans toutes ces mises en situation, le patient est appelé à devenir de plus en plus responsable de lui-même au lieu de recourir à des mécanismes de défense pathologique comme la projection, à mieux s'assumer, à devenir plus tolérant aux différences, à la frustration et à se contrôler davantage. Ces mises en situation offrent également à la personne de référence de multiples occasions de traiter de sujets que le résidant, souvent retiré, peu loquace, n'aurait jamais formulés verbalement. Le malade apprend ainsi graduellement à découvrir la parole comme moyen de mise en forme, de compréhension, de soulagement de ses états émotifs. Nous tenterons de la développer et de la favoriser au profit de l'agir. Nous constatons que ces bénéficiaires n'ont, pour la plupart, jamais été éduqués à la parole vraie (leurs émotions) et que l'agir est devenu leur mode d'expression. Les séances psychothérapeutiques auront donc la même visée.

L'intervention clinique spécifique à l'agressivité

Nous avons fait allusion au fait qu'un résidant qui commet une infraction grave peut être isolé pour réfléchir à ses comportements. Nous aimerions présenter ici l'intervention clinique spécifique à l'agressivité et cerner l'apport de l'organisation du milieu.

Le statut légal constitue une variable importante : souvent les patients que nous recevons n'ont jamais évalué leur comportement comme étant violent. C'est la société par ses instances juridiques qui dénonce certaines actions et qui les sanctionne. Ce peut être par une sentence, une O.L.G., une cure fermée. Le statut légal demeure un levier important dans le traitement du comportement violent ou, à tout le moins, dans l'amorce du processus de traitement : sans charge ni mandat, sans dangerosité immédiate démontrable, nous nous sommes vus souvent impuissants à retenir des individus pour-

tant potentiellement dangereux et que les arguments cliniques ne parvenaient pas à convaincre.

Nous avons décrit le milieu comme reproduisant en partie la vie en société afin de développer les capacités d'adaptation du malade. De la même manière, nous croyons que, même si nous sommes dans un hôpital psychiatrique à sécurité maximum, l'agir doit être signifié au patient comme étant un moyen inacceptable, entraînant des conséquences importantes. Le plan de soins doit définir celles-ci, car elles varient d'un bénéficiaire à l'autre. Par «conséquences», nous entendons un moyen destiné à créer une privation, un «mal-être» plus grand que ce qui incite le résidant à agir, afin qu'il ait le désir par la suite de se contrôler pour ne pas revivre cette perte qu'occasionne la conséquence de ses actes.

Nous avons observé que lorsque le lien thérapeutique est établi, les privations sont de niveau relationnel ou, en tout cas, très subjectives (par exemple, l'attachement à des choses, des événements particuliers). Nous constatons que le patient éprouve souvent cette perte comme celle qu'il a vécue dans son histoire, mais cette fois-ci en l'articulant, en l'élaborant, dans sa relation avec le personnel soignant, ce qui lui permet de s'en dégager quelque peu et de s'ouvrir à des moyens plus adaptés pour se respecter et respecter les autres. Les retours sur ces expériences émotionnelles sont très importants, car nous constatons que le seul arrêt d'agir n'abolit aucunement le comportement violent ; il le contrôle seulement. Par contre, si l'équipe parvient à saisir le sens dynamique de chaque manifestation violente et à le formuler au malade, ce dernier apprend à identifier la tension qui monte en lui, les facteurs déclenchants, et à demander de l'aide avant d'agir. Nous assistons là au déroulement du processus d'évolution sur le continuum qui va de l'impulsivité à la maîtrise des pulsions. De plus, si nous souhaitons que les intervenants travaillent thérapeutiquement, nous devons les supporter, les superviser et les former à percevoir le sens de l'agression, qui devient autrement un acte inacceptable, gratuit, incompréhensible.

L'encadrement clinique du personnel

Nous en arrivons ainsi à parler de l'importance de l'encadrement clinique du personnel dans l'organisation du milieu de soins pour patients violents. L'équipe de base est celle qui est le plus aux prises

avec la violence des malades. L'écart est grand entre l'accompagnement huit heures par jour et une entrevue de quarante-cinq minutes. Souvent le psychothérapeute devient un bon objet pour le patient, alors que l'équipe traitante (éducateurs, infirmières) devient le mauvais objet qui limite, interdit, contraint, etc. D'ailleurs, le relevé statistique des agressions commises sur le personnel à l'I.P.P.M., du premier septembre 1986 au 31 août 1987, est révélateur : aucun acte d'agression n'est rapporté sur la personne des professionnels, contre quatorze agressions sur la personne des équipes de base. C'est donc dire que cette catégorie de personnel doit être particulièrement soutenue et «ressourcée» dans l'accomplissement de son travail. Il ne suffit pas d'exiger de l'empathie, de la compréhension et une écoute clinique ; l'administration hospitalière et clinique a la responsabilité de mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation de ces attentes.

Ces moyens sont le développement d'habiletés aussi bien physiques (le programme N.A.P.P.I. Non-Abusive Physical and Psychological Intervention par exemple) que cliniques (identification des signes précurseurs, compréhension de la psychodynamique du malade, etc.), en favorisant donc la formation et le perfectionnement du personnel. Nous croyons que la capacité de ce personnel à saisir le sens d'un «pattern» agressif a autant sinon plus de valeur, sur le plan des moyens, pour se sécuriser dans le travail avec le bénéficiaire violent que sa capacité à intervenir physiquement auprès de lui. La perspective que le malade modifie son comportement si on lui fait comprendre le lien entre tel agir et tel état psychologique, éclaire le sens de l'intervention clinique et développe la tolérance, la patience et l'espoir. La stricte coercition suscite davantage un sentiment d'impuissance, de colère, de peur, d'incompréhension, la répétition infinie des mêmes contraintes comme moyen privilégié de contenir la violence, la salle d'isolement devenant ainsi le lieu où débouche la rencontre thérapeutique.

Nous énumérerons ici ce qui permet de nous approcher le plus possible du sens de l'agression. Celui-ci se révèle au fur et à mesure que se développe la connaissance de la dynamique du résidant. L'étude de cas propose des hypothèses de base sur son fonctionnement et aboutit ainsi à la détermination d'un premier plan de soins. Sa révision biannuelle permettra de mettre en commun les différents

angles d'observation qui s'offrent à nous (le psychologue, le médecin, l'infirmière, l'éducateur, etc.) pour infirmer ou confirmer les hypothèses de base et approfondir ainsi graduellement notre compréhension du patient. Partant de là, l'équipe sera de plus en plus apte à expliquer au bénéficiaire le sens de ses agirs, à prévenir le passage à l'acte en identifiant les facteurs déclenchants, les signes précurseurs, et à prévoir ainsi les mesures sécuritaires à prendre s'il y a lieu. La personne ressource verra à orienter, à superviser et à aider la personne de référence dans ce décryptage du langage non verbal du malade.

Les réunions hebdomadaires sur l'intervention clinique seront le lieu privilégié pour la verbalisation des manifestations contre-transférentielles du personnel. Elles permettront la poursuite de la tâche d'accompagnement du personnel soignant, dans cette découverte du sens de la violence exprimée par le malade. Ces rencontres régulières avec le personnel, où peuvent s'exprimer les émotions que suscite la clientèle, se sont avérées indispensables pour permettre un accompagnement clinique des bénéficiaires et une cohésion dans les interventions des groupes de travail jour / soir. C'est à notre avis l'aspect le plus original de notre approche, avec le système de personne de référence et de personne ressource. Le personnel juge ces dimensions de l'encadrement primordiales, en tant que moyens de se dégager et d'assumer une juste distance thérapeutique dans la prise des décisions sur les comportements violents.

Pour illustrer notre propos, nous présenterons ici l'évolution du traitement d'un bénéficiaire violent. Nous décrirons d'abord brièvement l'histoire de ce cas. Puis, dans les tableaux qui suivent, nous exposerons, selon notre modèle actuel de plan de soins, un seul aspect du travail clinique effectué avec ce bénéficiaire, soit le traitement de ses problèmes d'agressivité. Il s'agit d'une synthèse qui retrace les manifestations agressives du patient, les objectifs cliniques poursuivis, les moyens mis en place et les résultats obtenus. Vous retrouverez, à l'intérieur de ces plans de soins, des exemples d'interventions effectuées tant par la personne de référence que par l'ensemble des intervenants en regard du «management» de ce patient violent. Ce travail s'est déroulé depuis l'admission du malade, en avril 1984, jusqu'à son congé médical, en mars 1989. Enfin, nous

expliquerons très sommairement le travail d'accompagnement qu'ont dû assumer, dans ce cas particulier, la personne ressource et la personne de référence.

Histoire de cas

Monsieur X est un patient âgé de 31 ans, célibataire et hospitalisé à l'Institut Philippe Pinel de Montréal depuis novembre 1983. Acquitté pour cause d'aliénation mentale suite à une tentative de meurtre sur la personne de sa thérapeute, il est admis à l'unité A-1 le 5 avril 1984 et diagnostiqué personnalité «borderline». À l'arrivée, une évaluation psychologique précise que, sur le plan dynamique, il s'agit d'un individu immature, qui a tendance à agir en fonction de la gratification immédiate de ses besoins. L'impact de l'environnement le désorganise et il a du mal à contrôler ses réponses émotives pour qu'elles soient socialement acceptables. Il a des réactions agressives très impulsives lorsqu'il ne peut s'y soustraire. Ses défenses sont le déni, le morcellement de la réalité et la projection. Le rapport psychiatrique de mai 1985 précise qu'en situation d'abandon, il devient paranoïde : il éprouve beaucoup de colère et a tendance alors à agresser des personnes, le plus souvent significatives. Si on se réfère à l'article de Goulet-Chabot et de Lajeunesse (1988) au sujet du traitement de la personnalité «borderline», les symptômes identifiés chez ces troubles de personnalité caractérisent le présent cas, à savoir : un degré élevé d'impulsivité, un degré élevé d'imprévisibilité, des relations interpersonnelles instables et intenses, une rage inappropriée, une identité personnelle diffuse, une instabilité affective (variation de l'humeur), une intolérance à la solitude et un sentiment chronique de vide.

Nous allons maintenant décrire ce que ce traitement a suscité de particulier pour la personne de référence et l'accompagnement effectué par la personne ressource.

Précisons que tout au long de son séjour à l'unité, le rôle de la personne de référence a été assumé par le même membre du personnel, soit un éducateur spécialisé (permanence de l'objet). Nous croyons que les progrès du patient s'expliquent, en grande partie, par la stabilité et la continuité de cette relation et ce, malgré tout ce que le patient a pu mettre en œuvre pour être rejeté, abandonné, par le biais de ses mécanismes de défense (clivage, déni, pro-

TABLEAU 1

Plan de soins de monsieur X en regard de ses comportements violents.

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
1984-06-01 au 1984-12-01'	<p>Le patient provient de l'unité d'expertise, où il a été hospitalisé depuis avril. Il y a présenté de nombreux comportements agressifs, tels : menaces verbales de frapper, refus de collaborer ainsi que deux agressions sur des membres du personnel. Dans ce contexte, il tient des propos agressifs sur sa victime. Il crée un climat de tension dans le groupe de patients et vis-à-vis du personnel par des attitudes non verbales menaçantes.</p> <p>Il a un seuil de tolérance à la frustration très bas (par exemple, lors des retours pour des refus d'activités ou vis-à-vis toute exigence venant d'une autorité). Il est incapable de supporter des délais (par exemple lorsque l'on vérifie une demande de médication PRN ou lors des rencontres bimensuelles avec sa personne de référence). Ces délais sont interprétés comme s'il était moins important que les autres bénéficiaires.</p> <p>Clivage au niveau des intervenants (équipe de jour : mauvais objet; équipe de soir : bon objet).</p>	<p>Contrôle de l'agressivité par le patient (arrêt d'agir).</p> <p>Contrôle externe de l'agressivité.</p>	<p>Lorsque le patient se sent agressif, lui permettre de se retirer à sa chambre, à sa demande, peu importe le moment de celle-ci.</p> <p>Dans le cas où le patient est agressif ou qu'il crée des tensions dans le groupe, l'obliger à réintégrer sa chambre s'il n'en fait pas lui-même la demande. Au besoin, faire appel à l'équipe de sécurité.</p> <p>Suivi psychothérapeutique d'orientation dynamique avec le docteur M., à raison d'une fois par semaine.</p>	<p>5 passages à l'acte sur des membres du personnel.</p> <p>1 isolement préventif à la salle d'isolement.</p> <p>Après six mois, les intervenants constatent que le problème d'agressivité du patient est toujours aussi important. Par ailleurs, ils sont davantage en mesure de préciser ce qui la suscite.</p> <p>De plus, nous observons qu'il est incapable de se retirer de lui-même à sa chambre afin de décompresser. Lorsque nous intervenons, cela donne lieu à des actings-out sur le personnel.</p>
1984-11-14	Compte tenu de la violence du patient et des blessures qu'il risque d'infliger au personnel, la présence de deux hommes est exigée lorsque le patient est en circulation dans l'unité.			

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
De décembre 1984 à avril 1985	Compte tenu que les problèmes d'agressivité ont peu évolué dans leurs manifestations, le même plan de soins se poursuit.	Idem. Éviter l'escalade.	Idem. Tenter de désamorcer la montée de l'agressivité du patient en intervenant rapidement pour qu'il se retire des situations conflictuelles.	3 acting-out sur des pairs. 2 isolements préventifs. (perçoit les résidents comme l'ignorant ou niant son existence; il les associe à son frère, mauvais objet dans son histoire). Nous identifions beaucoup d'ambivalence, d'instabilité, d'opposition. Il crée des conflits pour éloigner les gens, provoquer le rejet. Accepte mal les bénéficiaires «leader» (rivalité fraternelle, envie).
Avril à novembre 1985	D'une manière générale, il est désorganisé dans sa façon de suivre les activités, de s'impliquer: il s'éparpille, investit tout massivement et se perçoit négativement dans ses performances aux activités. Toujours fragile aux délais et aux frustrations. Clivage.	Prévenir l'agir. Qu'il expérimente un équilibre dans ses choix d'activités. Améliorer sa perception de lui.	Idem. Le structurer en équilibrant pour lui ses activités. Que les intervenants lui reflètent après chaque activité ses comportements positifs. Éviter ainsi qu'il accumule des insatisfactions et des frustrations.	3 acting-out sur le personnel. Les assauts sont violents: il tente à chaque reprise de lacérer le visage et les yeux. Il commence à prendre conscience de sa fragilité à la frustration et de ses difficultés à établir des relations (intrusif, méprisant, agressif). Il réalise le bien-être que procure un horaire équilibré (moins tendu).

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
De novembre 1985 à mai 1986	<p>Les acting-out sont reliés à ses difficultés d'accepter les limites :</p> <p>face à lui : ses capacités intellectuelles, sportives, etc.</p> <p>face au milieu : contraintes horaire imprévues, absences et retards.</p> <p>Toujours fragile aux délais et aux frustrations, bien qu'il en ait davantage conscience.</p>	<p>Qu'il prenne plus conscience du sens de son agressivité versus ses limites.</p>	<p>Maintenir l'horaire individualisé.</p> <p>Favoriser qu'il s'auto-évalue après chacune des activités en rapport avec les objectifs poursuivis dans l'activité.</p> <ul style="list-style-type: none"> - face à lui-même - face aux autres - face à l'activité <p>Il devra reprendre les données en rencontres bimensuelles avec sa personne de référence en plus de réfléchir à sa façon d'entrer en relation avec les gens.</p>	<p>3 acting-out</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 pair - 2 membres du personnel dont sa personne de référence, et ce, dans un contexte où il se sent négligé. <p>Les manifestations agressives persistent. Il tolère toujours aussi peu les limites, les frustrations, ce qui donne lieu à des explosions de rage. Il agit plutôt que d'élaborer verbalement ses conflits.</p>
<p>De juillet 1986 à janvier 1987</p> <p>(Départ de sa personne ressource ce qui occasionne un délai et qui reporte la révision du plan de soins en juillet).</p>	<p>Toujours tendu et/ou crée de la tension tant chez le personnel que chez les bénéficiaires.</p> <p>N'accepte pas les limites et les frustrations ce qui suscite beaucoup de rage. N'en parle pas, agit.</p>	<p>Qu'il parvienne à parler plutôt que d'agir.</p> <p>Éviter qu'il accumule des frustrations et qu'il explose.</p>	<p>Augmentation des rencontres avec sa personne de référence à 2 fois par semaine, d'une durée d'une heure.</p> <p>But : faire élaborer le patient sur toutes les situations vécues dans le quotidien et qui ont généré de la frustration.</p>	<p>1 seul acting-out sur un membre de la sécurité lors d'un transfert de sa chambre à la salle d'isolement (phase dépressive et risque suicidaire).</p> <p>Isolement à sa demande et relié aux vacances de sa personne de référence.</p>

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
	Semble faire des acting-out pour être isolé.	Responsabiliser le patient au niveau du contrôle.	<p>Il peut obtenir de se retirer à la chambre d'isolement à sa demande, afin d'éviter qu'il agresse pour obtenir le même résultat.</p> <p>L'encourager à utiliser les exercices de décharges motrices et la relaxation.</p> <p>Le passage à l'acte devient strictement interdit avec conséquences s'il y a lieu, à savoir perte de tous les privilèges (achats, sorties de groupe, cantine, restaurant) pour trois mois et cumulatif à chaque passage à l'acte. C'est la première fois qu'un interdit strict est signifié au patient dans son traitement, accompagné de sanctions majeures.</p>	
De janvier 1987 à juillet 1987	<p>Idem.</p> <p>Difficultés à tolérer les différences (méthodes de travail, opinions, etc.). Tout est bon ou mauvais.</p> <p>Ce sont souvent les retours sur des situations problèmes qui suscitent l'agressivité du patient (les intervenants, aux dires du résident, ne choisissent pas le bon «timing», c'est trop tôt ou trop tard).</p>	<p>Idem.</p> <p>Développer sa capacité d'écoute au lieu de réagir impulsivement par le retrait. Qu'il en arrive à tolérer davantage les différences.</p> <p>«Responsabiliser» le patient dans la découverte des moyens qu'il doit se donner pour éviter l'agir.</p>	<p>Idem.</p> <p>À l'intérieur de ses rencontres bi-hebdomadaires, qu'il verbalise sur ses difficultés et ce que suscitent les différences en lui.</p> <p>Dans ses rencontres bi-hebdomadaires, le patient suggère le système suivant : lorsqu'il est retiré à sa chambre parce que tendu, il indiquera à sa porte le moment où il est prêt à faire un retour avec le personnel en utilisant un carton mentionnant «go». Autrement, apparaîtra une indication «stop».</p>	<p>1 seul acting-out sur la personne du psychiatre dans le contexte de son passage à la Commission d'examen (rejet de ses demandes).</p> <p>Manifeste davantage son agressivité sur un mode verbal et ce, même en situation de tension.</p>

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
De juillet 1987 à mars 1988	Vu l'évolution du résidant, nous abandonnons graduellement le contrôle externe et lui en redonnons la responsabilité. Nous augmentons alors les situations possiblement frustrantes afin de consolider les acquis.	Rendre le milieu hospitalier le plus conforme possible à la vie extérieure, vérifiant ainsi les acquis au niveau du contrôle de son agressivité.	<p>Transfert du patient d'une chambre seule à une chambre à quatre (plus de promiscuité sociale).</p> <p>Il n'a plus accès à sa chambre en tout temps.</p> <p>Il a les mêmes droits et les mêmes responsabilités que les autres résidants.</p> <p>Les rencontres avec sa personne de référence sont diminuées à une rencontre hebdomadaire.</p>	<p>Aucun acting-out.</p> <p>Demande trois fois l'isolement préventif.</p> <p>Il parle fort, menace mais n'agresse pas.</p>
De mars 1988 à septembre 1988	<p>Risque de chronicisation.</p> <p>Début du processus de réinsertion sociale prévu sur une période d'un an.</p>	Que le patient travaille activement à se réinsérer socialement.	<p>Restreindre sa possibilité d'activités à l'unité (maximum de six périodes d'activités).</p> <p>Qu'il assume à l'extérieur de l'hôpital ses soins médicaux physiques, ses achats, ses activités sociales, etc.</p>	<p>1 acting-out sur sa personne ressource suite à la présentation de son plan de soins : contexte de la séparation envisagée. Il croit ainsi démontrer sa dangerosité et que le processus sera arrêté. Geste plus prémédité qu'impulsif.</p> <p>Attitudes menaçantes à l'occasion.</p> <p>Meilleur contrôle malgré plusieurs situations de frustrations importantes.</p>

DATE	BESOIN SITUATION ACTUELLE	OBJECTIFS	MOYENS	RÉSULTATS
De septembre 1988 à mars 1989.	Poursuite du processus de réinsertion sociale.	Que le patient retourne sur le marché du travail et qu'il intègre davantage la vie en société.	Etc., etc.	<p>Aucun acting-out malgré énormément de situations conflictuelles et frustrantes (dont l'interruption prématurée de sa psychothérapie, départ de son thérapeute).</p> <p>Il a bénéficié d'une centaine de sorties sans escorte dans l'année sans qu'aucun incident ne survienne.</p> <p>Ces sorties se sont principalement déroulées à la Croix-Blanche, où les intervenants rapportent que le bénéficiaire — respecte ses limites et celles des autres; — est capable de se réajuster; — est sociable; — respecte les rôles; — est capable de verbaliser ses émotions et ses frustrations.</p> <p>Congé médical et intégration dans une ressource alternative.</p>

1. Ce suivi s'est effectué de mars 1984 à octobre 1988

jection). C'est le fait de décrypter le sens de ces manifestations pathologiques qui a permis à l'intervenant de poursuivre le travail thérapeutique. Celui-ci s'est développé tout au long des rencontres bimensuelles avec la personne ressource. L'éducateur trouvait là un lieu pour exprimer ses émotions, ses difficultés, saisissant à travers son contre-transfert les conflits mis en forme par le patient au sein de l'équipe, approfondissant ainsi sa connaissance du bénéficiaire et le sens de ses agirs. Cette réflexion a permis d'aboutir à des décisions cliniques en fonction de la compréhension acquise du malade plutôt qu'en réaction aux acting-out. La personne ressource, de par sa formation professionnelle, jette un éclairage nouveau dans l'analyse des comportements du malade et permet à l'intervenant qui travaille le plus près du bénéficiaire de prendre un certain recul, que le quotidien ne favorise pas autrement. La qualité d'accompagnement de la personne de référence est une condition sine qua non de la qualité d'accompagnement du bénéficiaire. Car le patient «borderline», particulièrement, met à dure épreuve l'alliance thérapeutique toujours précaire, son processus de fonctionnement se situant précisément au niveau de la séparation — individuation. À chaque étape de l'évolution, la personne de référence et le patient ont dû renégocier leur rapport. Parce qu'elle a compris, avec l'aide de la personne ressource, les mécanismes en jeu, la personne de référence a pu maintenir sa position d'intervenant clinique.

De la même manière, tout ce projet thérapeutique aurait été impossible si l'équipe ne s'était pas montrée cohérente et solidaire des objectifs cliniques, ainsi que des moyens préconisés pour les atteindre. Les réunions cliniques régulières sur l'intervention ont assumé la même fonction d'accompagnement auprès de l'équipe que celle de la personne ressource auprès de la personne de référence. Là encore, les manifestations contre-transférentielles du personnel ont pu s'élaborer de telle sorte que l'équipe a, par exemple, pris le temps de prendre des décisions malgré que les demandes du patient suscitaient des réponses impulsives. Nous observons comment le patient tentait d'extérioriser ses conflits par le biais de la dynamique de l'équipe (déchirement entre les intervenants, ambivalence, clivage, rage, hostilité, rejet). Ces rencontres ont su dévoiler ces mécanismes et permettre à

l'équipe de continuer le travail plutôt que de se paralyser et de s'enliser en faisant sien ce qui, de fait, appartenait au résidant.

Discussion

Van Rybroek et al. (1987) mentionnent une étude récente du Sénat américain, qui souligne que les employés en psychiatrie sont sous-formés pour traiter la violence. En ce sens, Maier et al. (1987) insistent sur la responsabilité des institutions hospitalières pour l'encadrement clinique et sécuritaire de leur personnel. Dans ce contexte Van Rybroek et al. (1987) font état d'indications et de contre-indications au sujet des contraintes ambulatoires pour patients extrêmement violents, tandis que Maier et al. (1987) identifient d'autres moyens que l'administration hospitalière devrait offrir à ses équipes de travail dans le «management» du bénéficiaire violent, notamment le développement des habiletés physiques et cliniques. Ces auteurs soulignent également l'importance qu'il y ait pour le personnel un lieu où peuvent s'exprimer les émotions suscitées par les actes d'agression, faute de quoi la qualité des services est mise en jeu. Ils constatent que les études sur le «management» du patient violent ont négligé l'importance de travailler sur les réactions du personnel vis-à-vis des agressions, au profit des manifestations agressives des malades. Ils favorisent fortement les lieux d'échange où les employés peuvent exprimer leur rage, leur peur, etc., afin qu'ils continuent à travailler avec le bénéficiaire sans devenir défensifs et inadéquats.

Notre expérience a consisté essentiellement à «outiller» cliniquement «l'équipe de base», qui était, comme nous l'avons observé nous aussi, peu préparée à travailler avec une clientèle violente.

Mais nous pourrions poser la question : qui est formé à traiter la violence? Tout comme pour n'importe quel autre aspect de la psychologie, nous en sommes encore à émettre des hypothèses sur le sens des conduites agressives, des comportements violents, des innombrables manières d'être en relation. Ce qui importe, selon nous, c'est de ne pas réduire la complexité d'une forme d'expression, afin de se rassurer sur les moyens à prendre pour composer avec elle. C'est aussi de continuer à susciter le désir de comprendre et l'espoir que l'homme peut évoluer. C'est donc à partir de ces principes que nous avons tenté d'offrir un encadrement clinique

aux employés dans leur travail avec les bénéficiaires violents. Sur le plan de l'agression, il ne s'agit pas d'éviter les situations où le patient peut «sauter» (protection artificielle, maternage institutionnel, distanciation sociale), auxquelles font référence Van Rybroek et al. (1987), ni contenir le patient à l'intérieur de mesures sécuritaires maximum (coercition extrême). Nous proposons plutôt une juste distance thérapeutique, qui permet un travail de réflexion avec le malade dans un cadre sécuritaire pour le personnel et les autres patients.

Chaque résidant présente un profil particulier, compte tenu de son histoire, de ses ressources et du «pattern» agressif qu'il manifeste. Plus une équipe comprend ce qui se passe chez lui, moins elle a besoin d'encadrement sécuritaire coercitif (même principe que le phénomène de l'angoisse face au changement, face à l'inconnu) et plus elle est en mesure elle-même de définir et d'identifier les moyens pertinents pour prévenir et contrôler le passage à l'acte d'un bénéficiaire en particulier. De la même manière, plus un patient approfondit sa compréhension de son agir violent, plus il est en mesure d'aider l'équipe (alliance thérapeutique) à choisir des solutions pour l'aider à se maîtriser en situation de grandes tensions.

À l'instar de Maier et al. (1987), nous croyons que lors d'acting-out majeurs, les professionnels doivent porter une attention toute particulière à cette situation. Il doit s'effectuer un retour sur les faits et les émotions entourant le passage à l'acte et ce, à deux niveaux. Le premier concerne le patient : ce que le personnel a observé dans les heures, les jours précédant l'acting-out, afin d'identifier des faits marquants, des interventions clés pouvant nous faire comprendre le sens de cet agir. Cet exercice nous éclairera sur les moyens à prendre à court ou moyen terme dans le «management» du bénéficiaire. Le second niveau a trait au personnel : il est important de discuter les interventions posées lors du passage à l'acte (juste avant et pendant) et l'état d'esprit qui accompagnait celles-ci. C'est là que le personnel verbalisera sa colère, sa rage, sa peur, sa déception, ses désirs d'agresser, de «lui servir le même remède». Cette expression des réactions subjectives des soignants permettra parfois de liquider les émotions négatives ressenties à l'égard du malade ou, à tout le moins, de prévenir le passage à l'acte

par le biais des mesures choisies pour composer avec le résidant.

De plus, il est bon que la victime puisse exprimer ses réactions subjectives au bénéficiaire, afin que ce dernier puisse évaluer la portée de ses gestes sur le plan relationnel. Les non-dits enveniment les situations au lieu de les clarifier. Le patient croit souvent que, dans un milieu psychiatrique à sécurité maximum, le personnel est payé pour se faire «casser la gueule». Il doit comprendre que l'employé est rémunéré pour l'accompagner dans une démarche thérapeutique et qu'il est pour lui un modèle d'éthique de vie : se protéger et se défendre, éprouver de la peur ou de la haine quand on enfreint son espace vital et qu'on agresse son corps, sont légitimes. Le bénéficiaire apprend ainsi quelque chose sur la responsabilité qu'il a de «prendre soin de lui» et que, dans la réalité, quand on agresse les gens avec qui on est en relation, une réaction saine est de ne pas entériner, de ne pas accepter ni encourager ce type de rapport. Le patient découvre graduellement qu'il doit préserver ce qu'il y a de plus précieux dans la vie : une relation humaine, «humanisante».

Références

- Goulet-Chabot, P. Lajeunesse, C., 1988, Les borderlines. Ces enfants dans des corps d'adultes, *Nursing-Québec*, 8, no. 4, 31-34
- Maier, G.J., Stava, L.J., Morrow, B.R., Va Rybroek, G.J., Bauman, K.G., 1987, A model for understanding and managing cycles of aggression among psychiatric inpatients, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, no. 5, 520-524
- Racamier, P.C., 1970, *Le psychanalyste sans divan*, Payot, Paris.
- Van Rybroek, G.J., Kuhlman, T.L., Maier, G.J., Kaye, M.S., 1987, Preventive aggression devices (PADS) : Ambulatory restraints as an alternative to seclusion, *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, no. 10, 401-405

SUMMARY

The article deals with the following aspects : principles and values upon which intervention plans recommended for violent patients are based, as well as a description of the clinical framework, at work on two levels. The first level is that of the patient aiming for autonomy and taking responsibility. For

this purpose, we developed various mechanisms and tools. These are : the individualized-care plan, the reference person, the resource person, the life situation and re-educative activities, clinical intervention specifically for aggressivity (physical and psychological intervention for the resident and the person-

nel when there is acting out). The second level of the framework concerns is concerned with care personnel developing on their own ways to deal with violence manifested by the patient. We list several ways to help personnel with this difficult task.