**Evaluation, synthèse de formation**

**Les soins au long cours chez les patients souffrant de pathologies dites archaïques en psychiatrie d’adultes et en pédopsychiatrie**

Centre Hospitalier de Sevrey

02/12/23, 12/13/01/23, 09/10/02/23.

Le départ de professionnels expérimentés constitue toujours un moment délicat pour la continuité du soin en psychiatrie. Ce passage nécessaire est particulièrement périlleux avec les patients hospitalisés au long cours qui souffrent de pathologies dites archaïques, que ce soit en pédopsychiatrie, en psychiatrie d’adultes ou en gérontopsychiatrie. Ces patients qui ne maîtrisent pas ou peu la parole, sont confrontés à des angoisses massives que les mots des soignants voire leur présence ne suffisent pas à contenir.

Confronté aux départs de nombreux soignants et à leur remplacement par des infirmiers et des aides-soignants novices, non formés à la psychiatrie, le CHS de Sevrey a besoin de leur proposer une formation qui leur permette de comprendre ce qui est en jeu pour ces patients, de leur proposer des soins qui prennent la mesure de leurs déficiences et de leurs angoisses, et de réguler collectivement l’impact de ces comportements sur leur psyché afin d’éviter de multiplier les contre-attitudes.

Une formation qui serait uniquement proposée aux soignants de l’unité Bécarre qui accueille principalement ces patients ne remplirait pas son office et contribuerait à entretenir une certaine stigmatisation de ces patients qui se propagent souvent à ceux qui les soignent. Nous avons fait le choix d’un contenu qui creuse la question de l’archaïque qui puisse être partagé entre soignants travaillant dans divers types de service : pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, MAS, etc. En explorant les toutes premières étapes du développement, les manifestations du transfert adhésif ou projectif, les enveloppes psychiques et les fonctions phoriques nous interrogeons également des modalités de soin peu enseignées et pourtant nécessaires dès qu’il s’agit de soigner et d’accompagner des patients en proie à des angoisses cataclysmiques qui projettent souvent leur terreur sur les soignants.

Cette formation visait :

-Une mobilisation des soignants autour de la clinique (souvent nommée la clinique de l’extrême) de ces patients ;

- Une meilleure prise en compte des enjeux psychiques de ces prises en charge ;

- Des références théoriques utilisables par les soignants pour se décaler de ce qui se manifeste souvent (mal)décrit par le terme de violence ;

- Des relectures cliniques, une mise en récit partagées du parcours de ces patients ;

- Des propositions de soins qui aillent chercher les patients là où ils sont et non pas là où nous voudrions qu’ils soient.

Soit une formation sur mesure :

- qui se fabrique à partir des contributions des stagiaires et de leurs besoins ;

- qui associe ce qui se passe sur le terrain et les contenus travaillés en formation, sous la forme d’aller-retours ;

- L’étude clinique de 13 patients, un par stagiaire, qui permet d’ouvrir un champ de connaissance théorique et pratique plus large.

**Les caractéristiques du groupe**

Le groupe, composé de deux cadres, 5 IDE, 3 aides-soignantes, une psychologue, une ergothérapeute et un moniteur-éducateur, regroupe essentiellement des soignants de l’unité Bécarre. La cadre de la MAS fait savoir dès le début de la formation qu’elle ne souhaite pas la faire, qu’on l’y oblige, qu’elle a des choses plus importantes à faire, tels que ses plannings. Elle ne participera qu’à la première journée de formation, en pointillés, disparaissant du groupe et ne donnant aucune nouvelle au formateur ou au groupe. En termes de formation, il s’agit d’un authentique passage à l’acte, d’autant plus regrettable qu’il est l’œuvre d’un cadre, censé faire respecter sinon la loi du moins le cadre de la formation. Comment dès lors exiger de ses agents qu’ils y soient suffisamment assidus ?

Il est regrettable que seuls les soignants de Bécarre aient investi cette formation, qu’aucune aide-soignante ou infirmière de la MAS voisine n’ait pu (voulu ?) y participer. L’attitude de la cadre de la MAS amène même à se demander si les soignants de la MAS ont été informés ou incités à y participer.

Quoi qu’il en soit la composition pluriprofessionnelle du groupe a été source d’une très grande richesse en termes d’échanges. La diversité des points de vue sur les patients, des points de rencontres, la mise en commun des informations détenues par chacun ont permis un vrai travail clinique. Psychologue, ergothérapeute, moniteur-éducateur ont contribué à étoffer la vision du groupe, en le décalant du quotidien hospitalier et ont bénéficié d’un regard sur le quotidien des patients qu’ils n’avaient pas forcément.

Les participants souhaitaient d’abord enrichir/approfondir leurs connaissances sur la psychiatrie et les pathologies psychiatriques (6), posséder quelques « *petites billes en plus*», avoir des pistes pour leurs prises en charge (4), ajuster leur positionnement (5), mieux comprendre des patients « *attachants* ». Tous ont investi la formation et ont apporté leur expérience, leurs questions et réflexions à la formation. Passé, le premier jour, l’ambiance au sein du groupe était à la fois détendue, chaleureuse, studieuse et propice à la réflexion.

On peut regretter que le premier jour ait eu lieu au sein de l’unité, donc à l’écart de l’hôpital et du service de formation continue, mais les choses ont été corrigées dès le deuxième jour de la formation.

Lors de l’évaluation finale de la formation, les participants déclarent avoir eu comme objectifs :

« *Avoir une idée plus claire de la prise en charge de ce type de patients* » ;

« *Comprendre et décrypter les comportements archaïques* » ;

« *Comprendre mieux les pathologies, comportements, apprendre et approfondir mes connaissances* » ;

« *Approfondir mes connaissances, améliorer ma prise en soin » ;*

« *Améliorer la prise en soin de nos patients* » ;

« *Acquérir des connaissances théoriques pour améliorer ma prise en charge* » ;

« *Mieux comprendre nos patients* » ;

« *Améliorer et m’armer pour accompagner les patients* » ;

« *Approfondir mes connaissances afin d’améliorer ma prise en charge* » ;

« *Acquérir des connaissances et compétences sur les pathologies et prise en charge des patients présents dans notre pavillon* » ;

« *Approfondir mes connaissances et doper mes compétences* » ;

« *Acquérir des connaissances et des compétences pour améliorer la prise en charge des patients déficitaires avec lesquels je travaille* »

La demande est claire et unanime : approfondir ses connaissances et améliorer la prise en charge de « nos » patients. Un collectif ouvert et prêt à modifier sa pratique.

**Le processus de formation**

Après avoir défini ce qu’est une pathologie archaïque, le type d’angoisses auxquels sont confrontés ces patients, la qualité de leur transfert (adhésif, projectif et partiels), nous avons demandé aux participants, par petits groupes, de décrire une journée type (matin, après-midi, nuit, dimanche). Le groupe a fait le constat que s’ils avaient davantage d’autonomie la nuit et le dimanche, leur pratique n’en était pas moins contrainte de différentes façons. Transversaux (ergo, moniteur, psycho) mis à part, ils avaient peu de marge pour exercer leur rôle propre. En conclusion, il se sont demandé comment y mettre un peu d’air, un peu de « liberté » ?

Chacun a ensuite été convié à choisir un patient qui constituerait son « fil rouge » tout au long de la formation. Treize patients (soit plus de la moitié des patients hospitalisés dans l’unité) ont été élus : Sylvain, Gaëtan, Jean-Michel, Emma, Christopher (L et Y), Arnaud, Bastien, Séverine, Najet, Morgane, Frédéric, Mélanie. Pendant l’intersession, chaque participant devait étoffer la présentation rapide réalisée au cours de ce premier jour de formation en lisant le dossier, en interrogeant les collègues plus anciens, en cherchant des renseignements dans la structure où le patient avait été hospitalisé avant. Chacun avait carte blanche. En dehors de la cadre de la MAS que nous n’avons jamais revu, chaque participant a rempli sa mission. Douze présentations de patients ont été réalisées par le groupe. Ils l’ont fait au cours d’une période habituellement peu propice : celles des vacances de Noël. Ces travaux ont été d’une qualité telle qu’il a fallu modifier le déroulement de la formation pour permettre à chacun de présenter son patient et au groupe de le travailler collectivement. L’investissement collectif de la formation et des patients a permis à chacun d’effectuer son travail de recherche et de mise en forme. La démarche clinique leur a semblé tellement intéressante qu’ils ont rajouté un patient avec lequel ils se sentaient en difficulté.

Le formateur a choisi d’injecter la théorie par petits bouts dans les situations cliniques dépliées plutôt que de la présenter de manière magistrale. N’en ont pas moins été mis en travail, le développement psychoaffectif de l’enfant, notamment dans ses aspects les plus archaïques et les enveloppes psychiques.

Deux films ont été projetées : « Ce gamin-là » de Fernand Deligny et « Le parcours de Marcia » extrait de La forteresse vide de Bruno Bettelheim. Il s’agissait de montrer deux manières différentes de concevoir le soin à des jeunes avec autisme. Ils avaient cependant en commun l’attention aux détails infimes et le caractère actif de la pratique.

**La perception de la formation par le groupe**

Les 12 participants présents ont rempli le questionnaire. Huit avaient demandé la formation, quatre non. La cadre de la MAS, absente aux jours 2,3,4 et 5 n’a pas rempli le questionnaire d’évaluation mais nous savons qu’elle n’avait rien demandé et s’était sentie obligée d’y participer.

Pour les non :

« *Inscription à mon arrivée sur l’unité* »

« *Affection prévue sur Bécarre (AS pool Bécarre), j’ai pu bénéficier de la formation* » ;

« *Je n’avais pas connaissance de la formation sinon j’en aurais fait la demande* ».

Les stagiaires qui n’avaient pas fait une demande explicite de formation sont finalement ravis d’y avoir été inscrit.

Certains ont désiré préciser leur demande :

« *J’ai été inscrite d’office mais j’étais volontaire* » ;

« *En demande de réponses sur certains questionnements et d’aide concernant diverses problématiques* » ;

« *Demande pour mieux comprendre nos patients* ».

On mesure que la formation s’inscrit bien dans un mouvement institutionnel avec au moins un cadre (et un cadre-supérieur de santé) qui facilitent voire mobilisent les soignants.

**Perception globale de la formation**

Tous les participants ont une vision globale positive de la formation :

« *Les réponses à mes objectifs ont été données* » ;

« *Prendre le temps pour réfléchir à nos prises en charge + Apports théoriques* ».

**La durée**

Tous les stagiaires ont trouvé la durée de la formation adaptée mais deux stagiaires expriment, dans un autre item, qu’un jour de plus pourrait leur être profitable.

« *Pourquoi pas un jour de plus pour pouvoir parler de tous les autres patients non évoqués lors de la formation ?* » ;

« *Intéressant que cela soit en plusieurs sessions* ».

La durée semble adaptée au formateur. La formation ne peut se substituer à la gestion clinique de l’unité.

**Enrichissement professionnel**

Les participants ont tous retiré un enrichissement professionnel de la formation.

« *Acquisition de savoir qui pourra servir comme levier afin de travailler avec les patients* » ;

« *Remise en question sur des prises en charge et sur ma capacité relationnelle, comprendre pourquoi je rencontrais diverses problématiques* » ;

« *Une réflexion plus adaptée et réfléchie pour prendre en charge nos patients* » ;

« *Merci de votre intervention et du partage de vos connaissances, compétences et expériences* ».

**Le nombre de participants et les échanges en groupe**

Tous ont trouvé que le nombre de stagiaires était satisfaisant.

Neuf stagiaires ont trouvé les échanges avec les autres participants très enrichissants et trois satisfaisants.

Les réponses ne sont pas éclairées.

**Les apports de connaissance**

Onze stagiaires ont jugé les apports de connaissance très pertinents et une pertinents.

**Les méthodes pédagogiques**

Les méthodes pédagogiques ont été jugées très favorisantes par onze stagiaires et favorisantes par un.

« *Temps d’échange, d’écoute mais aussi de visualisation, tout était adapté* »

**Les capacités relationnelles du formateur**

Tous les stagiaires ont trouvé les capacités relationnelles du formateur très favorisantes.

« *Vous êtes un puits de connaissance ! Tout était très intéressant* »

**Les points forts de la formation**

Les participants ont retenu :

« *Les connaissances théoriques, la multiplicité des supports et la dynamique de groupe* » ;

« *Enrichissement de connaissances, tremplin pour améliorer la prise en charge des patients* » ;

« *Les échanges, les questionnements, la synthèse écrite de la formation et les remises en question* » ;

« *Alternance de théorie/pratique avec partage d’expériences et discussion autour des différentes problématiques*»*;*

« *Formation sur plusieurs jours (permet de revoir certaines choses évoquées les jours précédents)* » ;

« *Supports mettant en œuvre les explications du formateur* » ;

« *Connaissances du formateur* » ;

« *Formateur motivé, passionné, intéressant. Cela m’a permis de « (re)connecter » ma pratique débutante et la théorie* » ;

« *Apports théoriques, prendre du recul sur notre quotidien* » ;

« *La dynamique du groupe, les supports de formation, les apports théoriques* » ;

« *L’échange, le point de vue de chaque personne suivant son expérience et son vécu* » ;

« *Les points de vue de chaque professionnel, la thématique* ».

Chacun y a trouvé quelque chose qui l’intéressait. Se détachent les supports, la théorie, le recul et la remise en question, les échanges et la dynamique du groupe et le formateur.

**Les points faibles**

Il n’y a quasiment pas de points faibles identifiés :

« *Pré-test et post-test* » Avec icône en forme de clin d’œil ;

« *Le 1er film intéressant mais un peu long* ».

Il est certain qu’entre le pré et post-test, la remise du questionnaire de satisfaction et l’évaluation orale collective, le temps consacré à l’évaluation est long et peu propice à l’obtention de réponses suffisamment soutenues. Le mieux pourrait être l’ennemi du bien.

**Les points à modifier**

Aucune suggestion de points à modifier.

**Les éléments à mettre en pratique**

Cet item a été systématiquement renseigné par les participants.

« *Reconstruire l’arbre généalogique pour faire des liens sur qui ils sont et améliorer leur prise en charge, analyser leurs capacités.* » ;

« *Développer mes recherches sur leur histoire de vie*, *améliorer ma prise en charge*» ;

« *Meilleure appréciation et compréhension des situations rencontrées. Adaptation de la prise en soins.* » ;

« *Faire des arbres généalogiques, reprendre les histoires de vie pour faire des liens avec la clinique* » ;

« *Génosociogramme* » ;

« *Communication autre (annoncer un moment de la journée en tapant dans quelque chose)* » ;

« *Comment prendre en charge différents patients en adaptant ma prise en soins* » ;

« *Les clés données pour prendre en charge certains patients pendant des moments de difficultés, crises … L’aspect relationnel* » ;

« *S’appuyer sur les parties saines des patients afin d’élaborer les soins à mettre en place* » ;

« *Meilleure compréhension des comportements des patients. Meilleure compréhension des différents stades de développement. » ;*

« *Mieux visualiser où se trouve le place de « l’autre » chez nos patients de façon à mieux me positionner pour leur prise en soins* » ;

« *Globalement tout* ».

**Remarques et suggestions complémentaires**

« *Un jour de plus pour pouvoir évoquer les autres patients ou problématiques avec certains* » ;

« *Merci, c’était cool et enrichissant* » ;

« *Vous êtes formidable ! Merci !* »

**Pré et post-test, quelle évolution en cinq jours de formation ?**

En début de formation, certification Qualiopi oblige, un pré-test fut remis aux stagiaires. Deux mois plus tard, le même questionnaire fut proposé aux stagiaires.

Cinq questions ouvertes ont été posées aux stagiaires qui y ont répondu par écrit.

**Comment caractériseriez-vous les patients atteints de pathologies dites archaïques ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| MLR1 « Déficience intellectuelle plus ou moins marquée. Pulsionnel. Difficulté pour connaître nos codes sociaux » | « Troubles de l’attachement et du développement lors de leur enfance. Déficience intellectuelle » |
| NS1 « Patients qui ont des réactions primaires avec un Q.I. faible. Autisme, trisomie » | « Patients avec des manquements affectifs, parents défaillants, vie tiraillée, etc. » » |
| FK1 « Patients en souffrance suite à leur pathologie » | « Patients étant restés dans un certain état primaire suite à leur pathologie/développement » |
| EM1 « Les pathologies dites archaïques correspondent selon moi aux patients dont les réflexes, réactions font penser à un comportement qu’on retrouve chez les enfants et dont les pulsions nous feraient penser à un être humain « primitif » avec des demandes et des besoins « primitifs » » | « Les patients atteints de pathologies dites archaïques sont des patients qui présentent un développement neuropsy primitif avec des réflexes et réactions qui répondent à des besoins primitifs » |
| MM1 « Les patients atteints de pathologies dites archaïques se manifestent par des comportements primaires en termes de besoin (manger, dormir, être propre) mais aussi au niveau comportemental avec des besoins de toucher, de sentir » | « Manifestations par des comportements primaires (pyramide de Maslow) et des stades de développement partiellement ou peu acquis (anal, oral, génital) » |
| LF1 « Retard mental ou physique. Incapacité à comprendre les attentes demandées. Impulsivité » | « Patient présentant un retard plus ou moins important s’étant arrêté au stade oral, anal ou phallique. Ce sont également des patients en recherche d’attention et pouvant se montrer agressif verbalement ou physiquement en cas de frustration » |
| OF1 « Ce sont des patients qui présentent des besoins spécifiques. Le niveau intellectuel et les cognitions sont limitées ce qui les limite à avoir recours à des réactions primaires, mêmes proches du primitif, à l’image de jeu d’enfant voire du bébé (stades de développement »  | « Je reprendrai ma réponse du pré-test mais en pouvant préciser ces manifestations primaires plus poussées (différents types d’angoisse, idée plus claire du développement psycho-affectif de ces patients »  |
| MG1 « Retard neuropsychomoteur associés à des troubles du comportement » | « Retard neuropsychomoteur associé à des troubles comportementaux » |
| LB1 « Intolérance à la frustration. Impulsivité » | « Lié aux premières étapes du développement (oral, anal, génital) » |
| AH1 « Impulsivité. Fonctionnement psychique « répétitif ». Comportements archaïques » | « Pathologies liées aux premières étapes du développement du bébé. Pathologies liées aux besoins primaires » |
| CE1 « Intolérant à la frustration. Mode de vie et langage routinier » | « L’ensemble de ces patients qui n’ont pu développer tous leurs réflexes primitifs qui peuvent se caractériser par des troubles du comportement » |
| LL1 « » | LL1 « Ce sont des patients dits avec des troubles « primitifs » (agrippement, mordre, griffure) Avec plusieurs étapes : orale, anale, génitale. Par exemple : tout mettre dans la bouche (PICA) » |

Un traitement statistique des réponses au pré et post-test n’aurait guère de légitimité, la variable liée à la profession ne pouvant être écartée et conditionnant les réponses. Entre ce qu’écrit une aide-soignante et la psychologue, il y a nécessairement des écarts. De la même façon, l’ancienneté dans le poste et la connaissance des patients qu’elle implique conduit les soignants à répondre aux questions plus finement que leur statut ou leur rôle ne leur permettent. Nous nous bornerons à mesurer les écarts entre les réponses individuelles.

En prétest, les patients atteints de pathologie dites archaïques sont donc caractérisés de différentes façons qui toutes renvoient à des représentations très particulières. Les patients sont atteints de déficience intellectuelle (retard neuropsychomoteur), ils sont minorisés (comportement que l’on retrouve chez les enfants). Ils ont des réactions « primaires », proches du primitif. Impulsifs, ils sont agis par des pulsions primitives. Les soignants ne peuvent être qu’impuissants face à ces troubles inscrits dans leur corps, subir ces impulsions primitives.

En post test ces représentations ont évolué. Si les patients sont toujours dans le registre du « primitif », s’ils sont toujours repérés dans le registre du pulsionnel, celui-ci est appréhendé d’une manière différente : trouble de l’attachement, du développement, parents défaillants, vie tiraillée, en recherche d’attention, agrippement, morsures. Les pathologies sont liées aux premières étapes du développement psychoaffectif qui sont parfois citées par les participants. Les soignants devraient se sentir moins impuissants face à ces troubles qu’ils peuvent différencier et décrire plus finement.

L’évolution est patente.

**Quels obstacles rencontrez-vous lors des soins à ces patients ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| MLR2 « Difficultés de les comprendre quelquefois, le positionnement soignant ? Faire baisser la tension »  | « Comprendre leurs troubles du comportement, gérer leur violence » |
| NS2 « L’approche, la compréhension de leurs actes ou de leurs réactions » | « Fragilité affective, manque de cadre et sentiments décuplés. Trop peu de personnel car demande constante » |
| FK2 « Manque de communication, incompréhension, gestes violents » | « Manque de communication verbale, incompréhension, violences » |
| EM2 « Communication, Compréhension, Comment ajuster mon comportement face à eux ? » | « Communication, compréhension, comment faire mieux ? » |
| MM2 « En tant que soignant, il faut garder une bonne distance tout en accueillant les pathologies de chacun. Je peux être confronté à des refus, à des troubles de l’attention ou du comportement » | « Incompréhension au niveau du langage ou de la posture du patient. Il peut être également être inaccessible d’un point de vue psychique et être obstrué par des pensées négatives » |
| LF2 « La communication, l’intolérance à la frustration/violence (physique/verbale), le manque d’information/de connaissances sur ces pathologies » | « L’incompréhension, la violence. Ne pas pouvoir leur apporter ce qu’ils attendent » |
| OF2 « Etant donné que je débute, mon cadre interne demande encore des ajustements, notamment au niveau de la contenance, mais aussi plus généralement mon positionnement face à ces patients (quelle proximité, quelles limites) ? » | « Depuis la première session de cette formation, je remarque que ma relation avec les patients a évolué. La question des limites est cependant toujours présente et je sais que je dois y rester vigilante » |
| MG2 « Les moments d’agressivité et violences non expliquées ainsi que l’apparition de certains troubles comportementaux » | « Les moments problématiques identifiés comme auparavant mais la prise en charge évolue depuis la formation »  |
| LB2 « Comprendre leurs modes de communication et ’'adapter à leur prise en soin, comprendre leurs comportements et en réaction à quelle situation, ces comportements sont-ils récurrents face aux mêmes situations ? » | « Adapter ma communication à la leur. Violences » |
| AH2 « Difficultés à entrer en relation et à instaurer des stratégies alternatives à certains troubles du comportement. Difficultés à les accompagner pour développer leur autonomie » | « Transformer les éléments α que j’accueille » |
| CE2 « Incompréhension, communication difficile voire impossible, trouble du comportement, violence, intolérance à la frustration » | « Incompréhension, intolérance à la frustration, violence, hétéro-agressivité » |
| LL 2 « Les obstacles = pulsions agressives » |  |

La principale difficulté rencontrée par les soignants qui gèrent le quotidien est celle de la compréhension. Comment comprendre les actes de ces patients ? Comment communiquer avec eux et comment s’ajuster à leur comportement ? La question se pose un peu différemment pour les transversaux.

En post-test, les réponses se précisent, les soignants décrivent mieux ce qu’ils ne comprennent pas, ce ne sont plus les patients mais leurs actes. Il semble que la formation ait apporté quelques modifications (OF, MG), la prise en charge évolue tout comme la relation avec ces patients. Pour AH, ces troubles du comportement deviennent des éléments α qu’il faut accueillir et transformer. NS note que davantage de personnel permettrait de mieux se caler sur une demande constante.

Il est toujours difficile de communiquer avec ces patients, de les comprendre mais il existe des moyens de progresser.

**Comment pouvez-vous y faire face ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| MLR3 « Bonne connaissance des patients, une meilleure connaissance de leur pathologie » | « Meilleure connaissance de leur parcours de vie et en quoi cela influence leur comportement. Mieux comprendre les raisons de leur passage à l’acte auto et hétéro-agressif » |
| NS3 « Cohésion + relation avec le patient, observation, médiation, travail d’équipe, histoire du patient, de la pathologie » | « Lien avec le patient, connaissance de son histoire de vie, observation, se servir des parties « saines » afin de pouvoir travailler sur leur manque. » |
| FK3 « Intervention des collègues, renseignements dans le dossier » | « Techniques vues en formation, collègues, dossier patient » |
| EM3 « J’utilise l’humour, le maternage (soins cocooning, pose d’un cadre) » | « Ecoute/Patience, humour, maternage » |
| MM3 « Pour faire face, j’utilise des techniques éducatives contenantes et valorisantes pour créer un lien avec les patients en gardant un cadre ferme mais souple » | « Réassurance, contenance, écoute de l’autre, permettre de pouvoir extérioriser ses émotions » |
| LF3 « Prendre le temps de les connaître, de créer un lien de confiance pour comprendre leurs attentes et leurs éventuels passages à l’acte, formations pour approfondir mes connaissances, apprendre des connaissances et pratiques des collègues avec plus d’expérience » | « Même réponse que le premier jour » |
| OF3 « Je me base d’abord sur l’individualité des patients, leur façon d’être en lien (ou de ne pas le faire). Je m’adapte ensuite à cela en choisissant d’utiliser l’entretien ou plutôt une médiation » | « Je me base toujours d’abord sur l’individualité des patients me servant de ce qu’il m’apporte en entretien pour explorer (donc sur les ressources). Je peux aussi un peu plus m’appuyer sur l’équipe, leur vécu parfois différent du mien qui me donne d’autres indices. » |
| MG3 « Certains sont réactifs à l’humour, ou détournement par des gestes ou d’autres sujets de conversation avec des sujets qu’ils aiment plus particulièrement » | « Un meilleur accès au bon questionnement pour pouvoir trouver les meilleures solutions en fonction du problème. Quels sont les éléments déclencheurs ? » |
| LB3 « Avec l’aide des collègues plus expérimentés et qui connaissent mieux les patients, à l’aide de formations adaptées. Essayer de désamorcer les situations difficiles » | « A l’aide de la formation, par exemple les rythmes, ne pas les brusquer et comprendre leur méthode de communication. Désamorcer une situation tendue en comprenant l’attente du patient »  |
| AH3 « La relation de confiance est aidante, l’humour également » | « Par le biais de la relation thérapeutique de confiance, par l’instauration de rythmes et de repères » |
| CE3 « Discussion en équipe, intervention des renforts, passer le relais à un collègue, essayer de désamorcer en partant de quelque chose que le patient apprécie, laisser le patient se calmer tout seul. L’isoler. » | « Proposition d’échanges (entretien), le laisser se calmer tout seul, passer le relai à un autre collègue » |
| LL3 « » | « En approchant le patient de manière différente, en détournant le sujet, s’adapter à la situation » |

A l’exception de LL, les soignants ne sont pas sans outils.

Ils s’appuient d’abord sur l’équipe, sur les collègues plus expérimentés. Il est nécessaire de bien connaître les patients, leur parcours, afin d’établir avec eux une relation de confiance. L’humour, le décentrage font également partie des techniques éducatives utilisées par les soignants. Des patients difficiles à comprendre, impulsifs souvent, aux besoins primitifs mais que l’équipe se donne les moyens de soigner.

En post-test, les soignants ne renoncent pas aux réponses faites au pré-test (LF, OF) mais les complètent, les enrichissent à partir du contenu de la formation. Les passages à l’acte ne sont plus simplement impulsifs, ils peuvent avoir des raisons que l’on peut comprendre (LB), des éléments déclencheurs (MLR, MG). Leur parcours de vie influence leur comportement. Le patient a des parties « saines » sur lesquelles on peut s’appuyer. (NS) Il s’agit aussi de permettre au patient d’extérioriser ses émotions. (MM)

L’évolution est nette. Les soignants intègrent les techniques découvertes en formation et se dotent d’un nouveau regard sur ces situations.

**Comment décririez-vous la relation avec ces patients ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| MLR4 « Une proximité, un attachement »  | « Rôle étayant, rassurant » |
| NS4 « Relation maternante ou cadrante/avec un cadre élastique » | « Maternante, rassurante» |
| FK4 « Compliquée pour une bonne prise en charge (communication) » | « Intrigante, enrichissante, compliquée » |
| EM4 « Il faut créer une relation de confiance pour espérer atteindre des objectifs »  | « Complexe car basée sur la création d’un lien de confiance ce qui est primordial dans la gestion de crise » |
| MM4 « La relation est avant tout basée sur le lien et la confiance entre soignant et patient pour pouvoir travailler ensemble » | « La priorité est de créer un lien et de l’entretenir pour faciliter le travail en collaboration » |
| LF4 « Relation de confiance, adaptation à chaque situation et patients pour que l’on se comprenne au mieux » | « Relation de confiance +++, relation maternante avec certains patients car c’est ce qu’il recherche » |
| OF4 « Elle peut être compliquée au début, il faut du temps pour créer des liens. Certains sont plus accessibles » | « Même réponse que pré-test. Je rajouterais qu’elle est parfois pleine de surprises ! (Bonnes ou moins bonnes) » |
| MG4 « Maternante » | « Adaptée mais parfois maternante » |
| LB4 « Relation de confiance ++, en adaptation et évolution en fonction des tensions psychiques. Très tactile. Attente de relation maternante » | « Relation de confiance ++, adaptative, et « maternante » » |
| AH4 « Relation « maternante » » | « Relation contenante, « maternante » » |
| CE4 « Relation de « corps à corps », tactile, relation de confiance, rapport un peu « mère-enfant » | « apport « mère-enfant », rôle éducatif, relation de confiance » |
| LL4 « Relation maternante » |  |

Lors du prétest, la relation est décrite comme maternante et de confiance, une relation de proximité, tactile. En posttest, nous retrouvons les mêmes types de réponse mais mieux étayées encore.

**Sur un plan clinique, à quels éléments devez-vous être attentifs ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pré-test** | **Posttest** |
| MLR5 « Leur posture, plus généralement le non-verbal » | « Les signes avant-coureurs, ce que je renvoie en tant que soignant » |
| SR5 « Violence/agressivité, comportement » » | « Changement de comportement, isolement » |
| FK5 « Langage du corps, violence, agressivité, comportement » | « Langage corporel, comportement » |
| EM5 « Les comportements à risque comme les comportements trop calmes. A adapter à chaque patient »  | « Comportement non habituels, signes de passages à l’acte » |
| MM5 « Il faut être attentif à des éléments discrets comme des signes du comportement ou des mots qui peuvent faire penser au mal être des patients » | « Surveiller le comportement, repérer les signes de mal être, écouter les mot prononcés qui peuvent laisser penser à un passage à l’acte » |
| LF5 « Comportement/langage inhabituel » | « Attitude, comportement (geste, regard ou parole inhabituels) » |
| OF5 « Je pense que tout détail est bon à être observé. Bien sûr, il y a le verbal, mais tous n’y ont pas accès. Ainsi la communication se fait par d’autres méthodes (sons, regards, mouvements ». Tout peut être un indicateur de l’état du patient »  | « Même réponse que pré-test, en ajoutant une attention particulière aux différents vécus des patients dans l’équipe qui permettent parfois de révéler des pistes que le patient ne partage pas forcément avec moi du fait de ma position différente » |
| GM5 « Leur facies, vocabulaire, agissement » | « Leur comportement, faciès, vocabulaire, apparition de douleurs, … » |
| LB5 « Comportements inhabituels, tension psychique ou physique. Être observateur » | « Eléments non verbaux, répétitions de certains mouvements » |
| AH5 « Au discours pour ceux qui ont accès au langage, au comportement non verbal,aux changements de comportement (apparition soudaine de nouveaux symptômes par ex). » | « Au comportement non verbal, aux changements de comportement, au discours » |
| CE5 « Être attentif aux mots et aux gestes. Repérer les éléments déclencheurs et essayer d’éviter le « clash » » | « Sentiment d’abandon, mise en danger, les mises en échec, aux capacités des patients » |
| LL5  |  |

Lors du prétest, les soignants observent d’abord : la posture, le non-verbal, les regards, les manifestations de tension, le langage du corps, à ce qui sort d’une certaine routine comportementale. Il s’agit d’anticiper les manifestation d’agressivité et de violence.

En posttest, les soignants sont attentifs aux signes avant-coureurs, aux changements de comportement, à tout ce qui est inhabituel, au sentiment d’abandon, aux mises en danger, à ce qu’ils renvoient, eux-mêmes, en tant que soignants.

La formation a contribué à modifier l’image que les soignants se font de ces patients. Ils ne sont plus tout à fait des déficients, aux besoins primitifs, des enfants qu’il faut encadrer. Leur développement psychoaffectif, pour différentes raisons, a été perturbé au niveau des conduites orales, anales et génitales. Leur manifestation d’agressivité voire de violence cessent d’être incompréhensibles. Il devient possible de repérer des éléments déclenchants, de comprendre cette violence et donc de la prévenir avec une relation à la fois maternante et cadrée.

**Evaluation collective**

L’évaluation collective a confirmé l’évaluation individuelle, ici, analysée. Elle a été effectuée en présence de Mme Boutabout, Cadre Supérieure de Santé.

La vision du groupe est très positive. Les participants ont acquis de nouvelles connaissances, notamment en termes d’éléments cliniques. Parmi les choses marquantes, ils ont retenu la nécessité de prendre le temps d’échanger collectivement autour des patients, de posséder un outil pour comprendre ce qui est en jeu pour chacun (génosociogramme par exemple). Ils ont beaucoup apprécié de travailler chacun autour d’un patient « fil rouge » et la mise en commun que leur narration a impliqué. Ils ont pris conscience de l’importance de travailler sur l’histoire de vie, sur les synthèses qu’ils rédigent à propos des patients. La formation ne s’arrête pas là, ils se sentent reboostés, remotivés. Ils repartent avec quelques petites clés à expérimenter. Ils ont apprécié cette formation avec ses deux intersessions qui leur ont permis de mettre en application ce qu’ils avaient découvert.

**Pour conclure**, un groupe vivant, à l’image du travail de l’équipe quand l’équipe va bien. La cohabitation entre les soignants est apparue très harmonieuse, chacun a pu de sa place contribuer à enrichir le groupe et la prise en charge de ces patients complexes. Il est juste regrettable qu’aucun soignant de la MAS n’ait pu y participer. Peut-on imaginer de renouveler la formation en 2024 ?

Dominique Friard pour Serpsy