

L'ÉCRIT

DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE (DUPA)
 SERVICE DES SOINS INFIRMIERS
 SITE DE CERT - 1008 PRILLY-LAUSANNE

RESPONSABLE DE LA PUBLICATION:
 SERVICE DES SOINS INFIRMIERS
 PRIX FR. 2



Les infirmiers du DUPA aux champs ?

Sommaire :

- **Congrès de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide (UNPS)**, Paris, février 2002 :
 - **Familles, soutien par associations**, Didier Camus, infirmier clinicien, unité de recherche DUPA
 - **Relation au travail et exclusion**, Catherine Matter, infirmière cheffe de service DUPA
 - **Violence, relation amoureuse, rupture et deuil**, Dominique Papilloud, infirmière STAH
 - **Relation aux soins**, Fatima Bel Hadj, infirmière STAH
- **Le congrès du GRAAP sur la psychose paranoïaque:**
 - Deux points de vue :**
 - Stéphanie Borloz et Lucile Singy, infirmières de la section « E. Minkowski ».
 - Jérôme Pedroletti, infirmier clinicien.
- **2^{ème} congrès international « la réadaptation psychosociale intégrale dans et avec la communauté »**, Roland Philipoz, Infirmier-chef de section du DUPA.
- **Les structures d'urgence et d'accueil psychiatrique à Paris**, Jean-Christophe Miéville, infirmier-chef de section du DUPA.
- **Psychiatrie-limite et limites de la psychiatrie**, Eric Girard, infirmier de la section « E : Minkowski », Jérôme Pedroletti
- **Qu'est-ce qui nous a échappé ?** Rachèle Brodard, Sabrina Roger, infirmières de la section « E. Minkowski ».
- **Congrès de recherches infirmières à Genève**, Didier Camus, infirmier chercheur, Yves Cossy, infirmier chef d'unité de soins, Jean-Michel Kaision, directeur des soins infirmiers.

Informations.

UNION NATIONALE POUR LA PREVENTION DU SUICIDE

Journées internationales francophones et latines pour la PREVENTION DU SUICIDE

Palais de l'Unesco, 4,5,6, et 7 février 2002

Editorial

Suite à la participation de cinq infirmiers de la STAH (Section des troubles anxieux et de l'humeur) au congrès à Paris sur la prévention du suicide, nous avons souhaité nous arrêter sur quelques points forts retenus lors de cette rencontre internationale qui a permis de débattre d'une problématique qui touche massivement notre société étant donné qu'elle est la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la route. L'organisation de ce congrès est une manière de donner de la considération à ce problème d'ampleur internationale, de rompre avec une attitude de déni face à ce malaise et enfin de rendre hommage à tous ceux qui sont confrontés de près ou de loin au suicide.

Les journées internationales francophones et latines pour la prévention du suicide étaient structurées autour de grands thèmes que nous aborderons successivement ici.

Catherine Matter.



Présentation de l'UNPS

Didier Camus

« Née il y a plus de 40 ans en Angleterre, la prévention du suicide s'est développée d'abord dans les pays anglo-saxons. La France, les pays francophones et ceux de langue latine ont été plus hésitants à s'engager dans cette voie, notamment au niveau des pouvoirs publics. Néanmoins certains professionnels et le mouvement associatif se sont mobilisés depuis longtemps déjà, et ont mis en œuvre des lieux d'écoute, de prise en charge et de recherche ».

« Fondée à l'origine par onze associations françaises agissant dans le milieu de la prévention du suicide avec pour but de créer ensemble une association pour promouvoir une journée nationale pour la prévention du suicide, l'Association « Journée Nationale Pour la Prévention du Suicide » (J.N.P.S.) s'est transformée en l'an 2000 en une « Union

Nationale pour la Prévention du Suicide », cela pour signifier un rassemblement plus large pour atteindre son objectif de prévention et pour étendre son action au delà de la journée nationale prévue à cet effet.

Aujourd'hui, l'UNPS regroupe 21 associations. Elle s'est dotée d'un Comité d'Ethique et d'un Comité Scientifique.

Elle a élaboré un programme d'actions et s'est dotée d'une charte multi-référentielle ; elle n'est pas réservée à une profession définie, ne se réfère pas à une idéologie, une théorie, une méthodologie ou une pratique de manière exclusive, mais les questionne toutes ».

Depuis 6 ans, l'UNPS a choisi comme objectif unique la prévention du suicide. Ce thème sera abordé cette année sous l'angle de la relation humaine : Suicide > La relation humaine en question.

Le suicide en effet questionne la relation humaine. Il en marque, à la fois la nécessité et les limites et il peut se révéler dans différentes situations : relation au travail ou à l'inverse relation d'exclusion ou de discrimination, relation de soins, relation éducative ou bien encore dans sa place dans la relation amoureuse.

Prise en compte de l'entourage, nouvelles pratiques

La présentation introductive de ce congrès abordera une « clinique de l'entourage ».

Il sera rappelé d'emblée que s'occuper des endeuillés après un suicide, c'est aussi faire de la prévention (les québécois utilisent le terme de postvention).

On soulignera le rôle important du soutien et de l'accompagnement des proches endeuillés. Ne sont-ils pas intervenants de première ligne ? Si, en situation de crise, ils se trouvent le plus souvent inhibés, nous ne devons pas oublier qu'ils sont pourtant les mieux placés pour trouver des solutions éventuelles et restent les intervenants en première ligne.

La participation de proches, de familles, de collègues dans des groupes d'entraide ou dans des groupes de soutien (avec ou sans aide de professionnels) permet de diminuer l'impact de la crise, d'éviter le développement de réactions de panique et de troubles émotifs persistants.

Ces groupes permettent de ventiler et d'exprimer les émotions (colère, tristesse, culpabilité, etc...) , de partager son expérience de la crise et d'explorer de nouvelles voies

relationnelles. Ils apportent un sentiment de sécurité et renforce la résilience.

Cette *postvention* peut se faire de différentes manières : seul (tout le monde ne s'adapte pas à un travail collectif) ou en groupe, avec ou sans professionnels, dans les établissements scolaires, des services de soins ou dans la communauté.

**« La privation de la relation et
l'exclusion »
« La relation au travail »**

Catherine Matter

**1) Le suicide dans le monde et en France.
Données générales et statistiques.**

Selon estimation de l'OMS, en l'an 2000, à peu près 1 million de personnes se sont suicidées et 10 à 20 fois plus ont fait des tentatives de suicide à travers le monde.

Ceci représente en moyenne une mort toutes les 40 secondes et une tentative toutes les 3 secondes.

Ainsi constat doit être fait qu'il y a plus de morts par suicides que de morts provoqués par tous les conflits armés à travers le monde.

Dans tous les pays, le suicide est une des premières cause de mort chez les personnes de 15 à 35 ans.

Le groupe d'âge dans lequel le plus de suicides sont actuellement accomplis est celui des 35-44 ans. On peut noter aussi la prédominance des taux de suicide réussis des hommes sur les femmes, tandis qu'un nombre plus élevé (70%) de tentatives suicidaires le sont par des femmes. La seule exception est trouvée en Chine rurale où les suicides des femmes sont en moyenne 1,3 fois plus élevés que ceux des hommes.

En France : 10 534 morts par suicide en 1998. Première cause de mortalité pour les 25-34 ans et deuxième pour les moins de 24 ans, après les accidents de la route. Sur la base de différentes estimations réalisées par l'INSERM, le chiffre de 160'000 tentatives de suicide par an est avancé. Bon nombre de tentatives de suicide chez les jeunes ne sont pas prises en charge en milieu hospitalier, ou ambulatoire.

La relation humaine en question

Sans la relation humaine que serait l'homme ? Que serait notre société ? C'est autour et par la relation que la société s'organise, se construit, s'adapte, se développe, se civilise, se cultive... Nos relations nous instruisent.

Pourtant le champ de la relation humaine, de la naissance à la mort, nous entraîne dans les vastes dédales de la vie, les difficultés, les conflits, les exclusions, les rencontres, les ruptures, les déficiences du corps et la souffrance.

Relation d'amour, d'amitié, de générosité, d'éducation, mais aussi relation de pouvoir, d'autorité, d'hégémonie, de décadence, de régression, de déchéance, de haine, de conflits, etc., les hommes vivent ces rapports qui s'entrecroisent, se bousculent, tout au long de l'existence. Ils sont la vie, mais ils ont aussi leur poids parfois insupportable.

Le suicide serait-il l'ultime rupture de la relation? Serait-il l'échec de la relation? La négation de sa nécessité?

Après le suicide d'un proche, celui qui reste, profondément remis en cause dans sa relation avec l'autre et face à sa propre mort, essaie de comprendre, se culpabilise et poursuit son chemin de vie avec cette lancinante question: pourquoi?

Pourquoi se suicide-t-on? (Pierre Satet, président de Suicide Ecoute)

Il y a peu, un jeune garçon surpris à voler dans un supermarché est raccompagné chez lui par la police. Pendant que les policiers s'entretiennent avec les parents, il se jette par la fenêtre et se tue.

On se dit : «il n'a pas supporté la honte». Or quand on dit cela on n'a rien expliqué.

Outre que dans les mêmes circonstances, d'autres enfants ne se seraient pas suicidés, on ne sait rien du substratum affectif, familial, social, scolaire, psychologique sur lequel cet événement est venu se greffer.

Certes, il ne faut pas se priver de moyens permettant d'améliorer la connaissance du fait suicidaire mais il convient de conserver beaucoup de prudence dans un domaine qui concerne l'être dans son intimité la plus profonde et la plus mystérieuse.

2) Exclusion

"Mécanismes d'exclusion"

Dr Jean-louis Terra(Psychiatre, Lyon)

Besoins réels mal compris qui pourraient engendrer des risques d'exclusion :

Besoins ressentis non explorés, besoins exprimés non entendus, besoins traduits non compris, non décodés.

Offre existante non compétente, offre disponible avec délais, offre acceptée sans lien de confiance.

Tous ces facteurs renforcent le risque d'exclusion et le risque suicidaire. Souvent les généralistes reçoivent le patient plus rapidement que les psychiatres, l'exclusion est renforcée par les délais.

"Les exclusions et le risque suicidaire" (Dr. Alain Chiapello, psychiatre CRF) :

Exclusion :

la société rejette l'un de ses membres

un membre se sent exclu

un membre s'exclut

Le suicide est alors l'exclusion radicale
« société puisque tu me rejettes, je vais me séparer complètement de toi »

Toute forme d'exclusion est un facteur de solitude et/ou d'isolement. Nos sociétés instrumentalisent l'individu.

Il n'est pas pire solitude qu'au milieu de la foule. Nous devons alors parler des exclus de la communication. La communication en tant qu'outil exclusif de la relation à l'autre.

«A qui vais-je dire que je souffre assez pour souhaiter ma propre mort? Qui va me comprendre, m'entendre, m'aimer assez pour m'écouter sans se contenter de vouloir sauver ma vie physique?» «Qui va se souvenir que je ne suis pas qu'un corps et se préoccuper de mes homéostasies psychiques et sociales?»

«Le pistolet sur la tempe, je me braque pour t'obliger à voir que je veux (encore un peu) exister, ou, pour que tu te demandes si tu ne vas pas me regretter»

Exclus :

victimes expiatoires de la disparition « moderne » de tous les rites initiatiques. La société ne salue plus avec joie ses nouveaux membres. Au contraire, l'on doit gagner sa place de haute lutte. La compétition a remplacé la solidarité.

Les soins et la prévention ne suffisent pas, il s'agit de ré-humaniser l'individu en lui redonnant la dignité de sa complétude.

"L'épidémie gagne le monde du travail" (Christian Larose, membre du conseil

économique et social, président de la fédération textile de la CGT)

Activité humaine par excellence, le travail est supposé anoblir l'homme et participer à l'élaboration de son identité sociale.

Qu'en est-il aujourd'hui à l'heure de la mondialisation qui impose ses propres lois, en faisant peu de cas de la valeur humaine inscrite en chacun?

Autrefois valeur ajoutée, celle-ci se dilue dans l'anonymat au rythme des restructurations de société, des reprises successives, des choix stratégiques qui s'accompagnent de peu d'explications.

Progressivement le travail, lorsqu'il est préservé, se retrouve souvent vide de sens. La privation d'emploi plonge, quant à elle, l'individu dans le désarroi et l'isolement tandis qu'elle lui supprime toute chance de surmonter cette épreuve faute d'une reconversion programmée. Toxicomanies, accès de violence, tentatives de suicide, suicides réussis signent alors la souffrance de ces individus dépossédés, humiliés qui après avoir perdu le contrôle de leur situation, perdent celui de leurs nerfs et trop souvent de leur vie...

Vers l'amplification et la généralisation des conflits sociaux:

Dans les restructurations de filières à échelon national ou international, les groupes tranchent dans le vif sans prendre en considération l'avenir des salariés.

L'attachement à l'entreprise est viscéral. Les valeurs sont orientées vers le bénéfice de l'entreprise, au détriment de la famille.

Humiliation, impuissance, manque de perspective, absence de dialogue et d'interlocuteur sur fond de manque de qualification : le cumul de tous ces facteurs fabrique un cocktail détonnant qui peut contribuer à la détérioration de la qualité de vie professionnelle.

Les cadres ne sont nullement épargnés et souffrent autant sinon plus des nouvelles orientations qu'adopte le management. Plus isolés que les salariés finalement mieux défendus, constamment malmenés, soumis à une politique d'humiliation et à des stress non négligeables ils font les frais de ces nouvelles exigences.

Propositions de Ch.Larose:

1) Responsabiliser les entrepreneurs.

- 2) **Faciliter le dialogue par la mise en place de nouveaux interlocuteurs.**
- 3) **Directeur des Relations Humaines : un nouveau rôle.**
- 4) **Vers la création d'une cellule psychologique.**
- 5) **Rendre la formation professionnelle obligatoire.**
- 6) **Combattre le harcèlement moral en instaurant une prévention efficace et des sanctions punissant les harceleurs.**
- 7) **Combattre le harcèlement sexuel.**
- 8) **Vers une sécurité sociale professionnelle. Réintroduire la considération humaine et le respect de la dignité, comme préalable à toute approche apparaît indispensable pour redonner au travail toute sa valeur. La pleine mesure des risques de «déravage» incite à proposer la construction d'une sécurité sociale professionnelle qui protégerait le salarié de l'exclusion et des diverses atteintes narcissiques qui peuvent mener à la dépression.**

La relation au travail

La relation au travail est liée aux facteurs économiques de production, dans un rapport défini par la compétence et l'efficacité. L'homme s'y situe dans une dialectique hiérarchisée et par un but commun au groupe.

Activité humaine par excellence, le travail est l'un des éléments constitutifs de l'image sociale, articulée à la notion de dignité et de responsabilité.

Lien privilégié de l'intégration humaine et sociale, le travail peut aussi se traduire par la contrainte, la déshumanisation et la violence, dont la plus brutale est d'en être privé, notamment par la perte de l'emploi.

La rupture de ce lien laisse l'individu abandonné à l'isolement et à l'insignifiance, parfois aggravée par des attitudes d'exclusion implicites ou manifestes.

"Relation à l'entreprise"

(**Didier Naud**, chef d'entreprise, chercheur CNRS-Paris)

Parmi les phénomènes qui contribuent à dégrader la condition de l'être humain au travail, il en est un qui, sournoisement, le conduit vers la désespérance : **la perte du pouvoir d'argumentation.**

L'entreprise véhicule des **injonctions paradoxales**, elle exige une chose et son contraire dans des délais brefs (par exemple,

faire une démarche qualité avec moins de moyens). Elle demande à ce que l'employé ait le sens de l'initiative mais pas trop. L'information doit être transparente mais incomplète...L'individu est ainsi dans l'impossibilité d'agir et d'être.

L'entreprise **empêche le débat professionnel** en encourageant la compétence, la participation aux projets pour être gratifié, mais en méprisant 4 conditions :

La vérité, l'authenticité, le respect, les normes et les règles du jeu.

Dès lors la résignation, la désillusion silencieuse, se substituent à la volonté d'expression, à l'affirmation d'une compétence professionnelle reconnue comme telle. L'ère du soupçon et du calcul peut alors advenir.

La privation de la relation et l'exclusion

Comment appréhender les phénomènes d'exclusion, de marginalisation, de discrimination, sous l'angle de tout ce qui, pour des raisons de vécu, de sexualité, d'âge, de culture, etc. peut amener une humanité à la perte d'elle-même ?

3) Suicide et travail

"Suicide au travail" Christian Larose

Les conflits violents au travail entraînent du désespoir. Le lien entre l'entreprise et l'employé est très fort, comparable au lien avec la famille, il y a identification avec l'entreprise. Le plan social ne tient que partiellement compte de la santé psychique des gens. Le suicide dans le cadre du travail est dénié, on cherche et on trouve des excuses "il est fragile", "ça va mal dans son couple", etc.

"Stress professionnel"

Dr P. Legeron (psychiatre Hopital St-Anne-Paris)

Les stressseurs ont évolué, du physique ils sont passés progressivement aux facteurs psychosociaux. Le stress entraîne des réactions d'adaptation. Si la capacité d'adaptation est dépassée, le stress est alors considéré comme mauvais stress. Le monde du travail est complexe habité par des concepts de rentabilité, de performance, de pressions permanentes qui peuvent générer des insatisfactions, des sentiments de peur. Le bouleversement dans le monde du travail est permanent, les repères se perdent au gré des fusions, réorganisation, changement

d'appellation, etc. Ces bouleversements peuvent générer des sentiments d'incompétence, une déstructuration de l'image de soi. Les frustrations au travail sont parfois subtiles, elles touchent les émotions. «Il faut travailler bien et aimer son travail». L'entreprise est souvent une maîtresse exclusive «dis-moi que tu m'aimes, tant pis pour ta vie privée». Le style de management est exigeant, l'employé doit donner le meilleur de lui-même, l'esprit de compétition tue la solidarité entre les individus, il s'agit pour l'individu de sauver sa peau.

Le suicide au travail dépend de facteurs complexes, l'isolement, l'exclusion en sont les causes essentielles.

« **Le suicide dans la police** » F. Mezza-Bellet, Sociologue

Le stress et le burnout.

Fonctionnant dans des situations où alternent en permanence urgence et routine, le policier (cela s'applique aussi aux professions soignantes) est soumis à des agents de stress aussi divers que variables dans le temps et en intensité : le professionnel côtoie les situations de misère quotidienne, avec une répétitivité qui, au bout de quelques années finit par provoquer chez certains, un épuisement professionnel.

L'isolement, l'hypersensibilité, l'agressivité... sont quelques-uns des signes qui résultent de ce «burnout». Pour certains, la «rupture» est alors présente et va conduire, sur un temps plus ou moins long, au passage à l'acte.

Le rapport à la mort dans nos professions soignantes est toujours présent. Même si la mort ne se révèle pas au quotidien, elle se répète néanmoins, constituant toujours un événement traumatique. Il y a, face à la mort, nécessité d'accomplir des gestes professionnels tout en mettant de côté des réactions émotionnelles.

4) Harcèlement moral

(M-F Hirigoyen, Psychiatre-Paris)

Le harcèlement moral est considéré comme une agression pour détruire, une volonté de nuire. C'est un passage à l'acte qui amène la personne à se détruire elle-même. La victime éprouve des sentiments de culpabilité et de honte. Il s'installe alors chez la victime un état dépressif réactionnel qui engendre des réactions de défense.

La perversité, le harcèlement sont dans certains cas des stratégies d'entreprise, mentir pour protéger un fonctionnement devient monnaie courante. Espoir paradoxal d'être écouté.

Disqualifications, humiliations, rumeurs à propos d'une pseudo-incompétence sont des manœuvres destructrices extrêmement "efficaces". Mise à l'écart, rejet, faux espoirs provoquent de l'agressivité chez la victime à qui l'on va précisément reprocher cette agressivité et l'assimiler au mieux à de la paranoïa au pire à de l'incompétence. La victime est alors évaluée, prise au piège, rétrogradée, elle est un bouc émissaire. Par conséquent les risques suicidaires sont majeurs.

5) Prévention du suicide

Comment prévenir le suicide au travail ?

(G. Huber, M. Karli, C. Lujan/ICS/Inter Consultants Service)

Dans un état de droit, la reconnaissance de l'égalité de dignité protège la relation au travail de toute violence morale ou physique. Or, il n'est pas rare que cette violence fasse irruption dans l'environnement au travail (entreprise, administration, organisme public, commerce). Rampante ou brutale, la violence cherche toujours à obtenir de l'autre, de gré ou de force, qu'il renonce par lui-même au sentiment et à la représentation de sa propre dignité. Conscients que la dignité est le « droit des droits », qu'elle est le bien le plus cher et qu'elle ne peut se perdre, l'homme violent et la femme violente visent à convaincre l'autre qu'il n'appartient pas ou plus à la communauté humaine en général, ni à cette communauté de travail, en particulier.

A partir de cas concrets, l'atelier sur le management, la violence et la dignité au travail proposait les thèmes suivants :

- 1) Nommer les diverses formes que peut connaître l'atteinte à la dignité et pousser au suicide : dérision, isolement, harcèlement moral et/ou sexuel, individuel et/ou collectif, terreur, chantage.
- 2) Identifier les mécanismes psycho-structurels de l'individu et de l'institution qui intègrent les atteintes à la dignité dans une pseudo normativité du management (déli, rejet)
- 3) Présentation d'outils avec lesquels il devient possible d'anticiper et de dénoncer les atteintes à la dignité (lecture psychanalytique des

interactions entre la réalité, l'imaginaire et le symbolique, travail en éthique, code déontologique, charte, positionnement du médical et du psychiatre).

"La dignité"

Pr. Jean-Pierre Soubrier (psychiatre, expert OMS-Paris)

L'atteinte à la dignité est-elle aujourd'hui légitimée ?

La perte de l'exercice de ses droits n'est pas à confondre avec la perte de dignité. La dignité ne se perd pas, c'est le droit des droits. Si l'on considère qu'elle se perd, les entreprises deviennent celles qui peuvent la prendre ou la donner, c'est une compréhension sadique de la normalisation de la perte de dignité.

Conclusion

Les réflexions évoquées jusque là me laissent penser que pour contribuer à la prévention du suicide dans les professions soignantes, il me paraît judicieux de proposer des espaces collectifs et individuels pour exprimer des sentiments bruts face à un événement (suicide d'un patient par exemple) sans jugement aucun sous forme de debriefing.

A mon avis il est nécessaire de dissocier debriefing et analyse. Ensemble, ces deux concepts créent la confusion. Il est indispensable que le professionnel se sente libre d'exprimer ce qu'il ressent. Si l'analyse de l'incident est associée à l'expression de ses sentiments, inévitablement, le professionnel sera méfiant, et pourrait craindre des reproches quant à ses agissements.

Lorsque les sentiments ont pu être exprimés, lorsque le professionnel s'est senti reconnu dans sa souffrance et dans ses compétences, l'analyse de l'incident peut avoir lieu sans que l'émotion n'envahisse le champ de la réflexion. La reconstitution de l'incident peut alors s'exercer dans de bonnes conditions. Elle permet une analyse constructive pour améliorer la qualité des prestations professionnelles tout en préservant une qualité de vie au professionnel lui-même.

Ces quatre jours de congrès sur la prévention du suicide ont été denses d'interventions et d'émotions. La richesse des contenus m'a permis de repartir de ce colloque chargée de questions, d'envies d'explorer des pistes de prévention (relation professionnelle, relation thérapeutique, campagne de prévention, santé

communautaire, etc.) et enfin d'espoir sur cette problématique qui révèle un réel malaise de l'environnement dans lequel nous évoluons.

Mes questions:

Le risque de se suicider est-il plus grand sur une île déserte ou dans une entreprise professionnelle?

Quelle est ma part de responsabilité dans le suicide des autres?

Je souhaite terminer sur ces deux citations évoquées à plusieurs reprises lors de ces journées :

« L'homme est un loup pour l'homme »
Thomas Hobbes.

« Ecouter, regarder, passer du temps avec, toucher quelquefois, transformer les exclusions en différences, considérer la différence comme une richesse, c'est offrir de l'humain » (Dr. A. Chiapello, psychiatre, Croix-Rouge Française)

Violence et suicide

Dominique Papilloud

Le lien entre violence et suicide paraît évident, le suicide est par excellence une violence faite à soi-même, à la famille et à la société.

Le suicide est souvent la réponse à des violences subies, réponse servant à tuer la souffrance en soi.

30% des personnes violentes sont suicidaires, bon nombre d'entre elles ont un diagnostic psychiatrique (troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, alcoolisme).

Facteurs de risques suicidaires:

Violence familiale et conjugale qui entraîne une baisse de l'estime de soi, des difficultés d'adaptation, de la culpabilité.

Impulsivité.

Personnalité limite.

Peu de nuances.

Traits paranoïques.

Difficulté à mettre en place des structures de défenses appropriées.

Psychopathologie grave qui conduit à un épuisement des défenses psychiques et un passage à l'acte.

Suicides-meurtres

La personne tue son entourage et se donne la mort. Violences hétéro et auto agressive à la

fois. Dans les semaines qui précèdent un suicide-meurtre on trouve chez la personne un ou plusieurs des éléments suivants:

Un état dépressif ou des symptômes de type dépressifs.

Un délire paranoïaque.

Une relation affective conflictuelle.

Une séparation.

Des comportements violents.

Des abus de drogues ou alcool.

De la jalousie.

Une crise suicidaire est une trajectoire avec un facteur déclenchant qui vient réveiller un mal-être profond. On ne se donne pas la mort pour une seule raison. Le projet de suicide se construit en plusieurs étapes, du flash au passage à l'acte en passant par l'idéation suicidaire, la rumination, la planification, la cristallisation, le don d'objet.

La relation aux soins Accueil des suicidants à l'hôpital

Fatima Belhadj

Introduction :

Différents intervenants nous ont exposé leur manière de prendre en charge les suicidants à leur arrivée à l'hôpital en fonction des différents lieux et de leur propre expérience. Le compte-rendu ci-dessous tente de reprendre les points qui m'ont paru (les plus) significatifs.

L'accueil du suicidant se fait dans divers lieux de l'hôpital : aux urgences, en réanimation, dans les services d'hospitalisation de disciplines diverses et parfois dans les services spécifiques à la prise en charge des suicidants.

Soit, accueillir un suicidant, c'est déjà le respecter et ne pas le juger, même si «*c'est encore lui, et pour la énième fois!*». Le contact initial avec la personne suicidaire est très important, et le premier pas est généralement de trouver le lieu adéquat pour un entretien ainsi que de s'assurer le temps nécessaire pour celui-ci. Ensuite, il s'agit d'assurer une écoute majeure, empreinte de compréhension et de sollicitude. Le but ou l'objectif étant de mettre en confiance la personne, de lui faire sentir que nous sommes là pour elle, lui signifiant ainsi que nous sommes prêts à nous engager dans

une démarche d'assistance et d'accompagnement. Ceci est une étape importante pour pouvoir établir un lien. De même, l'importance de ce lien peut-être fonction de petits détails tels que :

- se rappeler le nom du patient (et le prononcer correctement)
- se rappeler des informations qu'il nous a transmises à son sujet ainsi qu'au sujet de sa famille.
- être attentif à ce que la fin d'un entretien ne soit pas vécue comme une rupture ou un abandon en donnant une parole ou un rendez-vous pour le lendemain.
- nommer la souffrance suicidaire sans la juger, la banaliser ou la nier. En levant toute ambiguïté, cela soulage le sujet en détresse.
- être attentif à la rigidité du cadre institutionnel
- être attentif à la représentation de l'hôpital psychiatrique pour la personne.
- ne pas changer le patient de chambre sans l'avertir précédemment. Cela peut le confirmer dans ses idées de dépréciation.

La prise en charge en milieu hospitalier vise donc à contenir le sujet en souffrance en lui proposant un cadre thérapeutique adapté et tolérable : visite des lieux, règlement interne stipulant ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas, les horaires des différentes activités, etc... L'état psychique du sujet doit aussi être évalué de manière approfondie :

- en vérifiant si un plan précis de suicide est établi,
- en s'enquérant de la méthode envisagée,
- et si la personne en a fixé le moment précis.

Un traitement médicamenteux à but antalgique devrait aussi être introduit rapidement. Celui-ci doit cependant être accompagné d'explications et/ou de recommandations telles que les bénéfices escomptés, durée et possibles effets secondaires.

Au cas où nous sommes face à un patient qui refuse tout soin et qui revendique qu'on le laisse se suicider, il convient d'opposer un discours et une attitude fermes, qui ont d'ailleurs souvent pour effet de le rassurer. Il peut aussi s'avérer utile d'établir un contrat, de manière à gagner du temps.

Un dernier point important de la prise en charge consiste en l'accueil de la famille. Car,

l'adhésion du patient aux soins est souvent proportionnelle à la capacité de son entourage à les accepter et à en comprendre le sens, y compris dans les cas de conflit familial «ouvert».

Pour terminer, il semble important de garder à l'esprit que le facteur le plus prédictif de suicide réussi est l'existence d'un antécédent personnel de tentative de suicide. D'où l'importance d'instaurer une prise en charge hospitalière ainsi qu'un suivi ambulatoire qui assure un effet protecteur sur la survenue d'une récurrence. Car, restons (soyons) vigilants, l'amélioration qui suit une crise ne signifie pas que le risque n'existe plus. Beaucoup de suicides surviennent lors d'une période de récupération, quand la personne possède l'énergie et la volonté de transformer son désespoir en acte final d'autodestruction.

Congrès du GRAAP

des 15 et 16 mai à Lausanne. La paranoïa ou maladie de la persécution

Points de vue I et II :

I) : **Stéphanie Borloz, Lucile Singy**

Voilà une conférence qui aurait pu être très intéressante. Bien sûr, le sujet n'était pas facile compte-tenu des similitudes entre paranoïa et schizophrénie paranoïde. Mais nous attendions de voir comment les conférenciers allaient surmonter cette difficulté.

Dans un premier temps, nous avons pu entendre des explications théoriques relativement claires, notamment sur un plan sémiologique. Mais ensuite, quand a été abordé le thème de la prise en soins (traitements médicamenteux, thérapies, suivis, ...), il était plus difficile de savoir de quelle pathologie il s'agissait. En effet, alors que pour les professionnels les différences implicitement expliquées pouvaient être comprises, pour la majorité de l'assemblée cela semblait plus confus. De plus le vocabulaire utilisé par certains conférenciers nous a paru quelques fois trop professionnel, ce qui pouvait nuire à la compréhension des exposés par les non-initiés.

Lorsque la différence a pu être faite entre les deux pathologies, la présentation des traitements de la paranoïa, selon nous, pu permettre de donner quelques pistes sur les prises en soin possibles. Les interlocuteurs ont

su néanmoins rester réalistes sur les chances de réussite.

Si l'on ajoute à cela la présence de témoignages, l'auditoire a pu se faire une vision concrète du vécu réel des personnes concernées et de leur entourage. Cela a peut-être permis à ces derniers de trouver du soutien et de nouvelles stratégies pour améliorer leur quotidien.

Pour terminer, bien que le congrès en général nous a semblé intéressant, certaines conférences nous ont paru éloignées du sujet. Bien sûr, les titres pouvaient laisser croire que des liens allaient être faits avec la paranoïa et le vécu qui s'y rapporte ; néanmoins, le contenu était parfois si abstrait qu'il pouvait nous sembler très éloigné des préoccupations quotidiennes de l'assemblée présente.

En conclusion, nous dirions que l'intérêt principal d'un tel congrès est qu'il a permis de faire connaître une pathologie encore trop souvent banalisée ou même ignorée. Le bénéfice en est principalement pour les personnes concernées par la paranoïa qui peut-être se sentiront moins seules dans leur souffrance et sauront mieux où et comment demander de l'aide.

II) : **Jérôme Pedroletti**

« Quelle gageure d'organiser un congrès autour d'une telle maladie ! », c'est ainsi que s'ouvre la plaquette d'invitation au congrès, signée de Madeleine Pont. La question, après ces deux jours, est de savoir comment ce challenge a été relevé ?

L'impression générale dégagée par les orateurs professionnels est celle de l'embarras. Qu'il faille faire un contresens sur la « paranoïa critique » de Salvador Dali pour rendre compte de cette pathologie, qu'il faille la doubler du « délire paranoïde » pour pouvoir restituer un espace d'échanges entre les patients et les professionnels ; ou enfin qu'il s'agisse de vanter les mérites de la psychanalyse dans l'abord du mystère non élucidé des choses et des gens ; chacun aura senti qu'au delà de descriptions livresques, les échecs de mise en relation ont été le plus souvent renvoyés à la seule responsabilité du patient (le plus mauvais, le plus méfiant, le plus inabordable et le plus procédurier.). Descriptions clivées entre des soignants bienveillants ayant à faire à des patients impossibles. Seuls, les proches, confrontés à la relation avec un patient atteint

de cette affection, étaient en état de témoigner de cet espace où la raison est mise en échec en même temps que les attachements sont préservés - la salle était d'ailleurs très sensible à leurs courageuses interventions - .

Pourtant la clinique de cette pathologie n'est pas muette sur les liens possibles avec ces patients. Même si l'on peut admettre sans fard que ces situations constituent souvent des cas limites, il n'en reste pas moins que tout n'est pas impossible. C'est dire que l'on peut accepter de ne pas guérir, de ne pas offrir aux proches une aide à la dimension de leurs enjeux, au moins peut-on témoigner de ce que l'on tente de comprendre et de faire. Et là, les intervenants ont éprouvé quelques difficultés à témoigner clairement de cela, laissant ainsi les auditeurs en mal de baguette magique.

Peignez l'inaccessible et de bonnes âmes vous diront comment l'atteindre, c'est ainsi que les professionnels de la communication et de la co-dépendance furent mis en position d'affirmer leurs savoirs. Et le savoir de soi étant, par définition, gage de réussite, on peut être un peu en souci pour les gens dont le vécu quotidien dessine de permanentes impasses communicationnelles. Seront-ils un peu plus coupables d'avoir appris qu'ils sont certainement co-dépendants, ou que si ils ont quelques difficultés à prendre leurs « douches mentales quotidiennes », ils ne doivent pas s'étonner de ce qui leur arrive ?

Les professionnels ont la responsabilité de penser l'interface entre un problème et les moyens de le faire avancer, de réfléchir sur les liens entre certains espaces de paroles et la pertinence de ce qui y est dit ; trop peu encore, dans leurs interventions, intègrent ces paramètres et se satisfont de positions de maîtrise, dont chacun sent bien qu'elles sont, en même temps, impuissantes dans leur dimension égotiste. Il reste à inventer, à travers des histoires singulières dont la fonction ne serait pas narcissique, une façon de dire les compromis bons ou mauvais dont chacun meuble son existence. Cette relativité, parente des incertitudes qui structure notre champ, aurait peut-être le bénéfice de laisser à chacun un droit équitable à la parole.

Que la psychose paranoïaque nous oblige à repenser notre communication, c'est paradoxalement parce qu'elle discrimine très justement chez le même sujet un savoir totalitaire (« persuasion délirante ») et une incertitude identitaire fondamentale (qui suis-

je ? Comment suis-je né ? Comment fait-on les enfants ?). Qu'il faille assumer la dialectique de cette contradiction pour ouvrir la communication, on peut au moins se souvenir que ça a été la tentative freudienne avec le Président Schreber et qu'une de ses conclusions, ahurissante pour nous encore, « Paul Schreber aurait mérité d'être nommé professeur de psychiatrie et directeur d'asile »¹, insiste sur le fait que le plus incommunicable nous a été transmis par le patient lui-même². Finir sur cette étrange constatation que c'est dans l'impérative volonté de tout dire de ce patient que nous n'arrivons pas à l'entendre. Et si nous étions, un siècle après les Cinq Psychanalyses³, toujours en retard ? C'est tout le moins ce que les infirmiers apprennent quand ils se voient désignés comme référents par ces patients en quête de confiance absolue et qu'ils seront mis à l'épreuve non pas dans l'agir avec mais dans l'acceptation du combat imaginaire avec le diable ou avec l'ange.

**2^e Congrès International « La
réadaptation psychosociale intégrale
dans et avec la communauté »
26-30 mai 2002 Barcelone .**

Roland Philipoz

Ce congrès organisé par l'association ARAPDIS. a réuni plus de 1000 participants, pour la plupart hispanophones, et a permis à plus de 500 d'entre eux de présenter leurs travaux dans le cadre de séances plénières, d'ateliers, de symposium et d'exposition de posters. C'est dire toute la richesse offerte aux participants pour lesquels les choix des conférences n'étaient pas toujours évidents. Professionnels de toutes disciplines des soins, pour la plupart psychiatres et psychologues, mais aussi travailleurs sociaux, animateurs,

¹ Correspondance entre Freud et Jung, in Hans Israëls, *Schreber père et fils*, Seuil Paris, 1986, p. 10.

² Daniel Paul Schreber, *Mémoires d'un névropathe*, Seuil, Paris, 1975.

³ Sigmund Freud, *Cinq psychanalyses*, remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber), PUF, 1954. pp. 265-324.

infirmiers, bénévoles, membres d'association de patients et de proches, tous ces participants ont confronté leurs approches, expériences et modèles, se rejoignant avec le but fixé par les organisateurs d'établir un échange continu entre les congressistes.

Sur ce thème de la réadaptation psychosociale, les plupart des intervenants faisaient état de leurs travaux basés sur leur modèle - souvent cognitivo-comportemental, mais également communautaire - et sur la présentation de leurs activités - service, foyers, ateliers -, ou sur les questions et préoccupations en lien avec l'évolution des troubles psychiatriques et les difficultés des malades psychiques dans la communauté, pour accéder aux soins, ainsi que pour y trouver leur place.

La devise du congrès « Solidaires pour une égalité dans la diversité dans un cadre pluriel » choisie par les organisateurs montre bien leur volonté de faire reposer les actions réhabilitatives sur la solidarité et les ressources présentes dans la communauté et chez les individus qui la composent. On a ainsi pu constater que la créativité et l'originalité démontrée par certaines équipes, en particulier sud-américaines, n'étaient que peu soumises à leurs difficultés économiques et à l'accès à des moyens dont d'autres disposent en suffisance.

Quelques rares francophones ont fait le déplacement à Barcelone, parmi eux plusieurs lausannois (F. Grasset, V. Pomini et coll., F. Rubio, A. Rey) dont les interventions ont été très appréciées. En ce qui me concerne, la présentation d'un poster « Groupes pour patients et pour proches concernés par la schizophrénie » a créé l'opportunité de contacts intéressants et enrichissants avec des équipes qui développent le même type de groupe. Mon seul regret après cette semaine pleine et stimulante à tous points de vue consiste dans le fait d'avoir rencontré trop peu d'infirmiers et ainsi renoncé à l'un de mes objectifs en me rendant à Barcelone, à savoir nouer des liens avec des collègues et mettre sur pied des échanges ou des stages. Gageons que d'autres auront plus de chance lors d'un prochain congrès.

Structures d'urgence et d'accueil psychiatrique à Paris

Jean-Christophe Mieville

Confronté à Lausanne à une modification de l'organisation des urgences au CHUV avec un regroupement des pôles somatiques et psychiatriques, il était utile d'aller voir ailleurs comment cela était organisé. C'est la raison pour laquelle en août 2002, j'ai eu l'occasion d'aller travailler pendant quelques jours dans des structures parisiennes d'urgence et d'accueil psychiatrique, l'une située au centre hospitalier Sainte-Anne et l'autre dans le nouveau centre hospitalier Georges Pompidou.

La première structure, appelée CPOA, a été fondée en 1967 et s'adresse à une population de 700 000 habitants. Ce centre ouvert 24h sur 24 reçoit 10 000 patients par an, venant spontanément, amenés par des proches ou la Police. Le travail d'accueil effectué par un infirmier permet d'essayer de comprendre la demande du patient mais surtout de mobiliser les structures, proches ou tout autre étayage, afin d'inscrire et de développer le soin directement en lien avec les partenaires. Ce travail de contact, de réseau se fait directement par l'infirmier d'accueil. Le travail médical est plus orienté vers la mise en place d'un traitement médicamenteux et la définition d'une impression diagnostique. La confrontation de ces deux volets infirmier et médical permettra la mise en place d'une prise en charge qui peut également passer par un court séjour dans cette unité ambulatoire afin de pouvoir réunir les différents intervenants extérieurs.

Le plus flagrant dans cette démarche consiste dans une séparation très claire des domaines d'interventions des corps professionnels ; la définition de la prise en charge médico-infirmière ne passe pas par le partage d'un même espace relationnel mais bien plus par l'association de deux espaces complémentaires.

Il faut également souligner que cette méthode repose à la fois sur une équipe infirmière bien au fait des structures communautaires et sur des médecins psychiatres considérés comme des « aînés ».

Le travail infirmier psychiatrique au centre hospitalier Georges Pompidou, ouvert depuis

un peu plus d'un an, s'exerce uniquement à l'heure actuelle au centre des urgences. Il a une fonction de tri, d'évaluation et d'orientation.

Pour les deux articles qui suivent, il s'agit de tenter de rendre compte de la présence douloureuse des infirmiers au champ de la clinique.

Psychiatrie - limite ou limites de la psychiatrie ?

Eric Girard, Jérôme Pedroletti

Introduction

La prise en soins de patients dont le séjour hospitalier dépasse la durée moyenne habituelle, inscrit l'équipe hospitalière dans des conditions de soins où les limites restent impalpables.

L'idée de suffire aux besoins de bases du client sans perspectives d'avenir sur l'extérieur laisse en errance toute motivation à élaborer un processus de soins, surtout dans un contexte d'aggravation de la symptomatologie, prolongeant le séjour dans des conditions vécues de manière dramatique par tous les partenaires du soin (famille, client, soignants, réseau). C'est d'une telle situation dont nous souhaiterions vous entretenir car elle nous a profondément interpellé et cela selon des registres très différents pour chacun.

Nous évoquerons surtout les faits marquants de ce parcours de 20 mois à l'hôpital de Cery, avec cette culpabilité latente qui a fait dire à une de ses référentes « Elle n'a jamais été aussi bien que lorsqu'elle est arrivée .».

Une hospitalisation comme les autres ?

Connue dans le service pour ses très nombreuses hospitalisations, ses arrivées n'étaient jamais source d'inquiétudes particulières. La modification de son environnement, arrivée prochaine d'un petit-enfant qui la ferait grand-mère pour la première fois et difficulté à vivre une autonomie dans son appartement, l'avait donc vu décompenser. Son aspect jovial, même dans ces moments difficiles, nous la rendaient éminemment sympathique et nous pensions que comme d'habitude, après deux ou trois semaines, avec un réaménagement de son quotidien (recherche d'un lieu de vie), et un

réajustement de son traitement, tout rentrerait dans l'ordre.

Peut-être, tout de même, faut-il rappeler que sa pathologie a toujours fait l'objet de débat entre nous, particulièrement la prise en compte de son ambivalence, et que nous avons la fâcheuse tendance à attendre d'être d'accord pour définir des cadres cliniques de traitement. Pourtant contrairement aux fois précédentes, son état s'aggravait, ne trouvant aucune réponse dans les différentes offres de médicaments ou de protocoles qui ont habituellement un écho plus ou moins efficace auprès de notre clientèle.

La descente aux enfers

La péjoration de cette symptomatologie se traduisait de plus en plus par des comportements outranciers, perturbateurs, tels que se déshabiller et se masturber devant ses visites et au vu des autres clients. Les moments de communication avec ses interlocuteurs étaient de plus en plus épisodiques et son autisme accompagnait ses pérégrinations solitaires dans l'enceinte de l'hôpital, sous un masque parfois enjoué qui contrariait toutes hypothèses. Devant cet abandon que certains ont interprété du côté d'un versant mélancoliforme, des électrochocs ont été prescrits, sans que des changements significatifs de sa symptomatologie apparaissent.

Au contraire même puisqu'autant à son arrivée, elle était ronde autant après quelques mois son amaigrissement était spectaculaire ; son régime alternait avec des séances de frénésies alimentaires se concluant souvent par un étouffement, nécessitant des réanimations cardio-respiratoires, des manœuvres de Heimlich, avec, à la clef, trois séjours en soins de réanimation.

Une équipe partagée

Le plus troublant pour l'équipe était ce paradoxe des sentiments vécus par ses membres vis à vis de cette dame. Par exemple, la colère nous habitait dès qu'elle manifestait son opposition à prendre son petit déjeuner, répandant le tout sur la table et le sol, et la douleur nous traversait aussitôt que nous la voyions se réfugier sous le lavabo de sa chambre, en train de gratter ses lésions. Cette labilité se répétant maintes fois au cours de la journée, nous restions sans ressource, faute de dialogues, d'échos et de réponses.

Nous ventilions au cours des remises de service et des bilans, pensant trouver le bon objectif auquel quelques membres de l'équipe s'accrochaient tant bien que mal. Ceci nous permettait de tenir une semaine de plus ou deux. Sans perspective à plus long terme, le découragement nous gagnait un à un, entraînant un burn out se traduisant par des contre attitudes.

Ses enfants, aussi désemparés que nous, devant ce tableau insoutenable, pensaient que nous n'étions pas à la hauteur. Nous les rencontrions chaque fois que leur mère se mettait en danger avec ses fausses routes afin qu'ils ne soient pas trop surpris si une mauvaise nouvelle leur était annoncée.

La fatigue générée par cette impasse quotidienne nous amena à penser à un transfert dans une autre unité de l'hôpital, dans l'espoir qu'un changement de cadre et d'interlocuteurs lui permettent de trouver d'autres voies pour aller mieux. Cela se fit pour une durée de trois mois qui autorisa une équipe à faire une pose pendant que l'autre reprenait la situation en multipliant les examens afin d'élucider les pistes organiques, en renouvelant le traitement de sismothérapie et en instituant, pour l'équipe infirmière, des packs. Setting qui structurait le temps de la patiente et qui ouvrait des espaces réguliers de communication. Si l'équipe jugeait d'un certain mieux, ce sentiment n'était pas unanimement partagé et à la fin de la période prévue, elle fut de nouveau transférée dans son unité d'origine. Le déplacement avait réintégré les enfants dans un rôle de collaboration plus affirmé que précédemment et cet acquit pu être conservé ensuite.

Nous avons apprécié qu'elle puisse bénéficier d'un cadre régressif, nous souhaitions plutôt l'orienter vers l'extérieur avec l'hypothèse de sorties accompagnées et d'un programme adapté de physiothérapie, d'ergo et de musicothérapies. L'assistante sociale très investie depuis le début, avait pour mission d'essayer de trouver un lieu de vie, tentative validée par la patiente qui avait pu faire entendre qu'elle en avait marre de l'hôpital. Très vite, les sorties se révélèrent une telle charge pour les soignants au vu des bénéfices constatés, qu'elles furent abandonnées; le physiothérapeute continuait sa prise en charge mais devenait muet; la mobilisation de l'ergothérapeute, malgré certains aménagements (prise en charge particulière dans un lieu particulier), dû s'arrêter aussi;

enfin malgré les quelques apports positifs de la musicothérapie, l'accompagnement à cette activité s'avéra de plus en plus ardu.

L'impossible ?

Toutes les bonnes volontés s'épuisaient et l'équipe, à la fois décrivait ce qu'elle faisait et avait demandé une supervision hebdomadaire au chef du département qui, connaissant la situation, l'avait acceptée.

La patiente continuait de s'enfoncer dans un monde où nous ne pouvions presque plus la rejoindre; son langage et sa communication se réduisait à de longues écholalies, des lallations incessantes, des soliloques figés avec un regard lointain traduisant une coupure totale avec le monde extérieur, laissant peu de place à des moments de lucidité indépendants des interventions de soignants ou de médicaments. Elle ne supportait plus le contact des draps et dormait le plus souvent par terre, recroquevillée dans une chambre qui ne ressemblait plus tout à fait à une chambre de soins.

Les derniers temps, où le paroxysme de ses comportements alimentaires étaient à leur comble, nous vivions dans la crainte de la voir mourir étouffée, exercés et stressés que nous étions après avoir vécu des réanimations cardio-respiratoires. Cette violence retournée contre elle manifestait, aux yeux des soignants qui avaient une expérience de ces limites, le désir de nous voir agir, et le désir de mourir. D'ailleurs son visage portait depuis quelques mois déjà le masque de la mort. Une volonté farouche et déterminée la cherchait. Contre ça, une équipe soignante ne peut pas grand chose, d'autant qu'elle est fragilisée par les questionnements de chacun, et au bout du compte elle se retrouve divisée par les avis divergents qui l'alimentent dans ce challenge de penser l'impossible.

Accepter sans comprendre ?

La solution la plus acceptable est venue de ses enfants. Ayant vécu depuis leur enfance les affres et les souffrances de la maladie de leur mère, ces jeunes gens avaient pour habitude de s'en remettre aux médecins. Malheureusement pour eux, leurs attentes n'étaient pas satisfaites, témoins de la péjoration de l'état de leur proche, ils gardèrent, à juste titre, une animosité envers l'équipe. Avec le temps, faute de dialogues avec leur maman, une autre façon de se rencontrer se construisait avec nous Les

distances entre l'équipe et les fils se réduisaient. De long moments passés ensemble nous permettaient de partager nos remarques et nos impressions.

Un jour du début de l'année, un encombrement respiratoire lié aux fausses routes affaiblit la patiente. Nous dûmes l'hospitaliser, inconsciente au service d'urgence avec le sentiment que ses dernières heures arrivaient. Deux jours après elle revint à elle mais le pronostic restait sombre. Nous nous interrogeons sur les mesures à prendre et quel type de soins nous allions offrir. Nous évoquons à la fois les soins palliatifs et un espoir de placement en foyer ou EMS compte tenu des paradoxes dans lesquels nous étions. Cependant, un des fils, en accord avec son frère, obtint avec l'aide des différents médecins- chefs, la possibilité de faire admettre sa mère dans un service de soins palliatifs, où un accompagnement vers la fin de vie se pratiqua en douceur. La patiente était décrite comme une personne détendue et apaisée durant ses dernières heures. Ses fils ont pu lui faire leurs adieux dans une atmosphère paisible.

Ne pas conclure ?

Peu habitués à de telles trajectoires, nous nous sommes repliés sur ce que nous connaissions, tant l'idée de n'avoir rien compris est insupportable. Les plus congruents avec la conclusion ont été ceux qui, lors de trajectoires professionnelles ou personnelles, avaient déjà côtoyé ce destin du soin. Pour les autres, toutes les tentatives métaphoriques ont été des échecs. Que ce soit dans la comparaison historique ou l'illusion littéraire.

Tout au long de ces deux interminables années son tableau clinique évoquait pour certains d'entre nous ces figures asilaires d'antan :

« L'usage des bains évite le navrant spectacle de voir une agitée courir dans une cour, toute déshabillée, toute déchirée, se rouler dans la boue ou la poussière. Il ne devient plus nécessaire de l'enfermer dans un cabanon, où elle se met souvent à déchirer ses vêtements, à mettre en lambeaux sa literie et à barbouiller les murs de matières fécales⁴

⁴ Rapport médical de 1938 à l'hôpital Sainte Marie de l'Assomption de Clermont-Ferrand, in Questions à la « révolution psychiatrique », éditions La ferme du Vinatier, février 2001, p.38.

Son délabrement physique accompagné d'un dérèglement de sa façon de s'alimenter nous a conduit à une comparaison avec le statut des « musulmans » dans les camps nazis ; « celui qu'on appelait le « musulman » dans le jargon du camp, le détenu qui cessait de lutter et que les camarades laissaient tomber, n'avait plus d'espace dans sa conscience où le bien et le mal, le noble et le vil, le spirituel et le non-spirituel eussent pu s'opposer l'un à l'autre. Ce n'était plus qu'un cadavre ambulante, un assemblage de fonctions physiques dans leurs derniers soubresauts⁵. Cette comparaison, dans son caractère extrême, exprimait bien notre détresse puisque assimiler une division hospitalière à un camp, au moins pour une de ses patientes, nous renvoyait à un imaginaire insupportable.

Enfin, cette ambivalence dont nous ne savions jamais la meilleure manière de l'aborder nous avait mis sur la piste du personnage de Melville, Bartleby, qui se singularise par cette énonciation énigmatique et néanmoins totalement paralysante : « I would prefer not to »⁶, que l'on peut tenter de traduire par : « Je préférerais ne pas ». Comble absolu de l'ambivalence qui l'entraîna, et les soignants avec elle, dans l'impossibilité de définir un avenir dont elle aurait fait le choix. Il n'y a pas de doute, cette formule est ravageuse, dévastatrice et ne laisse rien subsister derrière elle. Ni une patiente identifiable ni une équipe assimilable à la fonction qui est normalement la sienne en psychiatrie de crise. Et comme Bartleby elle connut une forme de prison, elle refusa aussi de s'alimenter normalement et elle mourut.

Chacun s'était forgé des représentations qui lui permettaient de maintenir un lien que la patiente semblait refuser, en même temps qu'elles étaient sa capacité à rester soignant, plutôt que tortionnaire, gardien ou pire, complice d'un assassinat.

Pourtant, afin de ne pas revivre cette situation extrême ou tout du moins pour en prévenir les aspects les plus délétères, il semble utile, collectivement, d'en tirer quelques leçons. C'est à ce chantier que nous sommes attelés, figure de deuil en même temps que figure d'avenir.

⁵ Jean Améry in G. Agamben, Ce qui reste d'Auschwitz, Payot, 1999, p. 49.

⁶ Gilles Deleuze, Critique et clinique, Les éditions de minuit, 1993, p.91.

Qu'est-ce qui nous a échappé?

Rachèle Brodard, Sabrina Roger

Six mois après sa mort, il nous reste un grand sentiment d'échec. Nous nous retrouvons face à une situation où notre incompréhension est quasi-totale. Nos souvenirs vont des moments où l'étrangeté de son comportement nous horrifiait aux moments où la paix l'envahissait et nous apaisait à notre tour.

Pourquoi cet étrange sentiment qu'elle n'a pas voulu d'aide habite certains d'entre nous ? Nous restons avec des questions comme : est-ce la maladie qui a pris le dessus ? Ou alors, a-t-elle voulu maîtriser cette maladie... jusqu'au bout ?

Si les souvenirs sont encore vifs c'est parce que nous essayons d'imaginer quelles alternatives nous avions. Lesquelles ? En remuant nos expériences passées, en faisant appel à toutes nos expériences vécues, le néant, le vide nous happe et nous restons encore sans réponse, aucune. Nous échouons encore, voilà pourquoi cet accompagnement reste douloureusement présent dans notre mémoire et dans notre cœur.

Les derniers mois nous nous nourrissions de peurs : peur du bain – elle tentait de se noyer -, peur de la nourriture – elle s'étouffait -, peur qu'elle sorte du service – elle se mettait en danger dehors car il faisait froid -, et avait-elle conscience de ce qu'elle faisait ? Pour la protéger de ces dangers nous l'avons enfermée. Dans un premier temps nous étions évidemment soulagés, mais très vite nous nous sommes sentis « honteux », nous l'abandonnions, livrée à elle-même et à ses auto-mutilations. Ouvrir ou fermer cette porte derrière laquelle, accroupie parfois, elle nous attendait, devenait un calvaire pour nous.

Quels que soient les mots qui nous viennent aujourd'hui, nous savons que personne ne peut comprendre notre ressenti. Il faut avoir vécu à ses côtés pendant 18 mois, jour après jour, nuit après nuit. Alors que nos vies continuaient, la sienne s'en allait à petit feu. Vivre à ses côtés et la voir s'amoinrir, la sentir nous échapper, impuissants. Où s'arrêtera cette spirale, va-t-elle se reprendre ou alors devons nous l'accompagner pour finir sa vie aussi dignement que possible ? Qui choisi le sens ?

Elle ou nous ? Devons nous lutter ou lâcher prise ? A-t-elle conscience de ce qui se passe ?

Elle est morte début mars, avant cela, elle a pu dire à ses fils qu'elle voulait s'en aller. Ceci rend notre vécu plus supportable mais n'enlève rien à nos questions et nos sentiments tourmentés.

Informations

M. Francisco Torres, dans le cadre d'un Postgrade de designer à l'école cantonale d'art de Lausanne, a présenté le travail qu'il a construit avec le service infirmier du DUPA autour des chambres de soins intensifs. Dans une reconstitution à l'échelle 1 d'une CSI, il a intégré l'ensemble de ses propositions en termes de couleurs, de lumière et de mobilier. Ce dispositif est visible dans les anciennes cuisines de l'hôpital de Cery pendant tout le mois de novembre 2002. Ce travail dont nous espérons qu'il sera reconnu par ses pairs et qu'il débouchera sur une production en série, accompagne notre souci de faire de cet outil moins un dispositif de contrainte qu'un élément supplémentaire de confort générant de la confiance et du lien. Pour toute visite, s'adresser au service infirmier du DUPA.

La section « E. Minkowski » a organisé à l'attention des médecins installés, psychiatres ou généralistes et des professionnels des CMS, le 12 septembre, un colloque sur les groupes pour patients et pour proches concernés par la schizophrénie : elle a réuni ainsi une soixantaine de personnes intéressées qui ont pu entendre dans l'auditoire de Cery, des professionnels, des proches et des patients dire leur expérience de ces groupes. Si un auditoire universitaire prévu à l'origine pour des cours magistraux, peut être le théâtre de prises de paroles singulières, c'est probablement qu'il se passe quelque chose dans la psychiatrie lausannoise. Si chacun accepte que l'ensemble des partenaires de soins ait un droit égal à s'exprimer sans hégémonie des experts supposés, nous modifions alors de façon tout à fait significative les conditions d'exercice de notre métier en l'ouvrant aux compétences et aux ressources de nos interlocuteurs habituels.

Observation of patients' aggressive behaviors

Didier Camus, Clinical nurse, nurse researcher
Yves Cossy, Head nurse
Jean-Michel Kaision, Director of nursing

Results – after three months

Since 1993, only physical aggressions have been systematically documented in our department, which is a restrictive option if we consider the concept and the reality of violence in all its forms.

In this context, we have undertaken a first study (july 2000) based on the initial hypothesis that the number of aggressive behaviors has been under-estimated and their account only partial. For this study we developed the Observation Scale of Aggressive Behaviors (OSAB) which was largely inspired by the Overt Aggression Scale (OAS) Model developed by Yudowsky et al (1986).



Illustration: Fontana

Then, we started a new study (june 2002) with two new directions : implementing the scale and initiating a longitudinal study. These steps aim at improving the nurses' observations of aggressive behaviors and at using the OSAB both as a pluridisciplinary tool and as a communication tool with the patients concerned.

Hypothesis

Our hypothesis is that the correct use of this observation scale, which is part of an individual treatment program (on the basis of contact or by mediation), will have preventive effects (early detection and reporting of overt behaviors) as well as limited institutional iatrogenic effects (consideration of countertransferential processes).

Septembre 2002

Objective

- 1 – to document aggressive behaviors of patients (pie chart 1, 2, 3, 4)
- 2 – to examine the clinical use of the scale within health care professionals the multidisciplinary team and between the health care professionals and the patients (pie chart 5)

OSAB	index	score
	1 – verbal aggressions	1 à 4
	2 – aggression towards objects	2 à 5
	3 – aggressions towards self	3 à 6
	4 – aggressions towards others	3 à 6

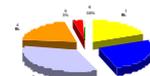
Remarks

OSAB: 106
Patients concerned : 60 (inpatients and outpatients)
Aggressive behaviors: 420 (all aggressions)

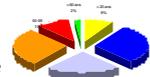
1 - Index of aggressive behaviors (n=420)



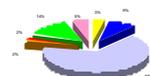
2 - Severity of aggressive behavior (n=420)



3 - Age of patients (n=60)

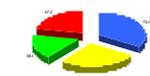


4 - Diagnostics ICD 10 of patients (n=60)



F20-F29 : Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders

5 - Communication about aggressive behaviors (n=60)



Team project: Estelle Camuzat, Vincent Chappuis, Thierry Crausaz, Frédéric Dorogi, Philippe Jaques, Corine Kiener, Agnès Maire, Jean-Christophe Miéville, Lucile Singy, Daniel Talhoudec, Monique Varin, Didier Vasseur - Anonymisation and secretariat: Nathalie Maeder
DUPA, Site de Cery - CH. 1008 – Prilly-Lausanne

Lors de la 11ème Conférence biennale du Groupe Européen pour la recherche en soins infirmiers (2-4 septembre 2002, Genève) le service des soins infirmiers du DUPA a présenté un poster, fruit d'un travail amorcé dès juin 2000.

Abstract:

The absence of a clear definition of dangerousness and violence in psychiatry and the general failure to develop tools for their prediction should not put a stop to the management of at-risk situations in our institutions. Since 1993, only physical aggressions have been systematically documented, in our département, which is a restrictive option if we consider the concept and the reality of violence in all its forms.

In this context, we have undertaken a study based on the initial hypothesis that the amount of aggressive behavior has been under-estimated and their account only partial. For this study, we have developed the Observation Scale of Aggressive behaviors (OSAB) which was largely inspired by the Overt Aggression Scale (OAS) Model developed by Yudowsky et al. (1986). This model classifies aggression in function of the target object, such as verbal aggression, aggression towards objects as well as towards self and others. In addition, a questionnaire assessing the OSAB scale has also been developed. The results of our study have revealed that the OSAB is a useful scale for everyday work.

Therefore, we have given two new directions to this study: implementing the scale and initiating a longitudinal study. These steps aim at improving the nurses' observations of aggressive behavior and at using the OSAB both as a pluridisciplinary tool and as a communication tool with the patient concerned. Our hypothesis at this stage is that correct use of this observation scale, which is part of an individual treatment program (on the basis of a contract or by mediation), will have preventive effects (early detection and reporting of overt behaviors) as well as limited institutional iatrogenic effects (consideration of countertransferential processes). Situated between trivialization and stigmatization, our position is to consider both the needs for security and the risks of exclusion of these « disturbing » patients.
