

# L'ECRIT

---

Service des soins infirmiers du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly -Lausanne

**Numéro 10**

**Juin 1998**

Présentation: L'Ecrit est heureux d'accueillir dans ses colonnes deux contributions de trois collaborateurs infirmiers du DUPA qui ont concouru les premières (Joan Husson et Catherine Wrobel) dans le cadre du prix Balint, le troisième (Roland Philippoz) dans celui du journal de l'ASI "Soins en l'an 2000".

Pour conserver un équilibre parfait, ils ont, tous les trois, obtenu la troisième place de leur concours respectif.

D'une prise en soins au long cours dans une unité d'investigation en passant par une vision prospective de la santé dans le troisième millénaire, les paradoxes ne manquent pas et donnent à lire la complexité, jamais épuisée, de notre position à l'égard des patients et de leur maladie.

Plutôt que de laisser leurs travaux dans la confidentialité, ils ont été d'accord d'en faire profiter l'ensemble de leurs collègues, ce dont nous les remercions.

---

## GRANDIR ENSEMBLE

Peu d'occasions nous sont données de livrer notre vécu, de faire un bilan à la fin d'une prise en charge.

Dans notre profession infirmière, où l'aspect relationnel est au premier plan, il reste fréquent de laisser dans l'ombre ce qui fait la spécificité du soignant. Ignorer cette part de soi-même implique une incomplétude dans notre rôle de modèle et une distorsion dans la réalité d'une relation.

Toute relation est une aventure. Il est illusoire de vouloir prévoir, anticiper, diriger à notre gré.

Etre référent d'un patient dans notre service, c'est prendre le risque d'être soi-même face à l'autre, accepter de n'être sûr de rien, être sans attentes. Le voyage le plus beau est celui qui nous retrouve changées à l'arrivée.

Cette prise en charge fut riche d'imprévus. Nous embarquions pour un long périple. Ce fut une

expérience nouvelle, ne répondant pas aux critères d'une unité d'investigation psychiatrique et qui plus est, de court séjour.

C'est accompagnée de ses parents que Sarah arrivait.

Ils étaient à bout: "Faites quelque chose!". Leur demande n'était dictée par aucune conviction, aucune attente magique face à l'hôpital: pas tout à fait une demande mais une réponse à leur échec. Comme si le seul fait d'accueillir leur fille, de prendre le relais, signifiait les aider à reprendre leur souffle. C'était toutefois avec une certaine méfiance qu'ils nous la confiaient. Sera-t-elle seule ? Quelle surveillance allions-nous exercer, car eux n'avaient pu la laisser seule un instant ?

Combien de temps allions-nous la garder ? Allions-nous l'obliger à prendre un traitement... Nous savions que tout ce que nous allions faire avec Sarah serait suivi d'un œil critique par ses parents.

Elle avait 18 ans.

Leur fille, leur colère, leur culpabilité peut-être, ils nous confiaient tout ce jour-là.

Sarah était une jeune adolescente, de taille moyenne, blonde, les yeux et le teint clairs, plutôt agitée et revendicatrice face aux médecins et aux infirmiers. Elle tenta de nous expliquer ce qu'elle avait fait ces derniers jours, s'énerma, bafouilla, et nous ne la comprenions plus. Elle acceptait mal de devoir répéter et le faisait avec le même débit verbal accéléré.

En fait, à plusieurs reprises, elle avait avalé des comprimés volés dans la pharmacie familiale; elle fut conduite aux urgences. Elle fugua du domicile, obligeant son père à quitter son travail précipitamment pour la rechercher. Elle se disputait avec sa mère, détestait ses parents qui selon elle, lui préféreraient son frère cadet. Elle aurait voulu mourir en se jetant d'un pont.

En division, son comportement était immature. Ses rages soudaines faisaient penser aux mouvements de colère d'un jeune enfant. Qu'elle n'obtienne pas ce qu'elle désire, qu'on tempore ses demandes et l'on voyait son visage se durcir, elle se mettait à crier, à trépigner. Ces rages semblaient correspondre au fait d'être contrainte, contrecarrée. L'écart entre ses besoins et les moyens dont elle disposait pour les réaliser lui était insupportable. Elle semblait n'avoir aucune tolérance à la frustration. Ses émotions occupaient toute la "sphère psychique", ne laissant aucune place à d'autres éléments.

Mais très rapidement, Sarah va prendre conscience de notre présence. Ses colères vont lui servir de levier dans la relation. Elle va décharger ses tensions de manière transposée; va agir sa rage et moins la subir, tester nos réactions, notre attachement, l'ascendant qu'elle aurait sur nous.

Ainsi, elle nous révélera ses bras tailladés, un débris de tasse qui lui aura servi à se mutiler. Des plaies que l'on aura pansées, qu'elle rouvrira par jeu ou plutôt par désespoir, des sutures... Malgré notre surveillance, des couteaux cachés sous l'oreiller, qu'elle nous confiera spontanément. Des bras "momifiés" qui la feront rire.

Beaucoup de perspicacité de sa part, beaucoup d'imagination de révolte aussi et beaucoup de

patience et de frayeurs pour l'équipe, de culpabilité parfois pour ses référentes.

Nous comprenions mieux l'impuissance des parents. Nous pouvions imaginer la surveillance anxieuse d'une mère, les probables réprimandes d'un père, l'indifférence ou la révolte d'un frère que l'on oublie.

En quelques jours, la patiente avait créé une atmosphère de tension, autant pour les autres patients que pour l'équipe soignante.

Afin d'éviter un trop rapide burn-out, l'équipe se réunit pour réfléchir à la gestion de cette situation.

Nous prenions ses actes très au sérieux, nous le lui avons exprimé. Elle ne portait pas seule la crise mais celle-ci se trouvait dans la famille, et dans leur difficulté à gérer une certaine distance.

Il s'agissait de restituer cette crise à toute la famille, y compris au frère, sous forme d'entretiens hebdomadaires.

Lorsqu'eut lieu le premier entretien de famille, Sarah n'avait pas revu ses parents depuis son arrivée, et l'on pouvait sentir un mélange d'émotions, en particulier de la colère, de l'angoisse. La patiente souhaitait que ses parents soient à l'écoute de ses problèmes. Elle s'adressait à une maman au bout de ses possibilités, à un frère qui ignorait qu'elle se mettait en danger et à un père ayant le sentiment d'avoir tout fait.

Les quelques visites des parents dans les jours qui suivirent bouleversaient la patiente qui passait de périodes d'excitation à des périodes de tristesse et de culpabilité, vivant l'hospitalisation comme une punition. Elle alla même jusqu'à signifier son désarroi en mettant le feu à sa chambre.

Les visites furent limitées.

Elle fut transférée dans une chambre individuelle avec un programme structurant sa journée. Elle réclamait avidement notre présence, cherchant à attirer notre attention par des actes, à se plaindre de douleurs diverses, sans toutefois réussir à verbaliser sa souffrance.

Son comportement était imprévisible. Parfois sans limites, elle se permettait des débordements qui nous obligeaient à intervenir, qui troublaient les autres patients. Sa labilité nous désarçonnait. Elle voulait, ne voulait pas, tendait vers les extrêmes et les actes excessifs, nous mettait en échec, faisait naître de la culpabilité, une envie d'investissement et nous réduisait en définitive à l'impuissance. Prenant autant de "plaisir" à nous satisfaire qu'à nous décevoir, elle éveillait en chacun des membres de l'équipe des émotions contraires et tout aussi fluctuantes. Nous étions tenus souvent à agir dans l'urgence, à suivre son rythme malgré nous, mais nous ne pouvions certainement pas ignorer sa souffrance.

Son anxiété était latente, souvent non verbalisée, souvent agie. Tour à tour révoltée, désespérée, mêlant des sentiments de dévalorisation, d'abandon, de trahison. Elle évoluait dans l'adolescence avec peine, cherchant stabilité et compréhension auprès de ses parents, puis dans une équipe,

mais sans succès.

En prise avec une ambivalence douloureuse: un refus d'indépendance et un rejet des amarres.

Ce ressenti anxieux survenait à un moment où Sarah était dans une situation difficile, conflictuelle, inextricable. Elle était confrontée à un problème qu'elle pensait ne pouvoir résoudre. L'échec restait potentiel et insupportable, sa difficulté d'adaptation devenait évidente.

A-t-elle préféré se retirer du jeu ?

Visiblement, sa combativité fléchissait. Son hospitalisation était ressentie comme une mise à l'écart, une frustration d'affection et le lien fragile avec une réalité sociale extérieure diminuant, son comportement évoluait vers un repli sur soi, une phase de régression.

Cette période était marquée par une forte demande de maternage. En quelques semaines, son univers se réduisit à sa chambre, à son lit, et à sa relation avec nous. L'extérieur, elle l'observait depuis la fenêtre de sa chambre, placée près de l'entrée de l'hôpital; elle exerçait une sorte de contrôle des allées et venues, nous voyant partir et ses parents arriver pour les visites.

Le matin, nous nous surprenions à pénétrer dans sa chambre sur la pointe des pieds, et venions la réveiller en douceur comme on le ferait avec un tout jeune enfant. Les barrières qu'elle avait réussi à faire installer à son lit, l'ours qu'elle tenait dans ses bras en disaient long sur sa dépendance.

Elle avait pris du poids, mangeait par ennui et pour combler ses angoisses, ne portait plus que des pyjamas d'une seule pièce, sortes de barboteuses.

Nous étions de plus en plus impliquées. Lorsqu'elle eut son bras dans le plâtre, elle nous demandait de l'aider à prendre son bain, de lui laver les cheveux. Elle trouvait toujours une raison pour nous attirer dans sa chambre, soit en pleurant, soit en se montrant provocatrice, en colère, soit simplement en nous demandant de la rejoindre un moment. Elle verbalisait peu d'émotion, peu d'angoisse, tout restait encore dans l'agir.

Les journées pouvaient être ponctuées d'entretiens, de séances de physiothérapie, mais la principale activité de Sarah était de dormir. Les soirées étaient en général plus difficiles, et nécessitaient un accompagnement important de la part des veilleuses. Un rituel particulier précédait le coucher.

Rencontrer la famille toutes les semaines n'avait pas été facile à mettre en place mais les entretiens de famille s'avéraient indispensables (pour créer une alliance thérapeutique) à ce stade de la régression de Sarah.

Il y eut 28 entretiens sur 11 mois d'hospitalisation.

Que de résistance à venir tous ensemble, que de tensions et de critiques à l'égard de l'équipe et des médecins, que de déceptions à ne voir aucune amélioration à l'état de Sarah qui vivait dans une sorte de cocon, et que d'incompréhension !

Nous avons rapidement saisi le mode relationnel cohésif de la famille qui visait à considérer que les besoins ne pouvaient être satisfaits que par le système familial. Une sorte de complicité, mais aussi une peur de l'extérieur forçaient les membres à rester à l'intérieur de ce système, au dépend des idées, des sentiments, des expériences et des comportements individuels. Sarah ne pouvait envisager un processus de séparation normal à son stade de développement, se sentant extrêmement coupable d'abandonner des parents qui "l'aiment tant" et qui ne pouvaient supporter l'idée qu'elle ne revienne pas vivre à la maison.

Les parents avaient eux recherché dans l'enfance les causes qui auraient pu expliquer ces troubles de comportement chez leur fille. Ils la découvraient alors si gentille, affectueuse, lui reprochant peut-être sa naïveté alors que le frère cadet était décrit comme peu sociable, introverti, voire égoïste, assistant aux entretiens sans jamais prononcer un mot.

Sarah avait effectué une scolarité normale, et réussi un apprentissage en papeterie; sa mère lui avait rapidement trouvé un emploi dans un supermarché et ses collègues, son employeur semblaient satisfaits d'elle, lui gardant sa place de travail.

On apprenait au détour d'un entretien qu'elle avait souvent été hospitalisée dans l'enfance, pour des maux de tête, etc. Sa mère l'accompagnait à chaque hospitalisation.

Beaucoup de pleurs de la part de Sarah pendant les entretiens; elle s'asseyait à côté de sa mère, la tenait par la main, s'accrochait à elle.

Touchée quand son père lui disait qu'elle manquait à la maison.

La mère de Sarah répétait souvent qu'elle aimait de la même manière ses enfants, même si elle les trouvait parfois peu reconnaissants et dénigrants entre eux. Elle pensait assurément qu'on lui cachait des choses à propos de sa fille. Le père était constamment fâché contre nous, ne comprenant pas ce qui se passait avec Sarah, exprimant sa méfiance à l'égard de l'équipe. Il venait finalement et se taisait, laissant parler son épouse.

Nous avons fini par exiger que les parents soient assis ensemble sur un canapé, et les enfants sur un autre.

Les entretiens étaient orientés sur l'importance de crever les abcès et d'aborder les secrets de famille. Tout pouvait se dire, et chacun pouvait le dire. La famille commençait à communiquer, la parole circulait, se partageait; Sarah décrivait sa journée à l'hôpital, les événements importants. Personne ne sortait plus des entretiens en claquant la porte.

Les choses ont commencé à bouger, à changer...

"Même si, au moment de la puberté, la croissance se fait sans crises majeures, des problèmes aigus d'aménagement peuvent intervenir, parce que grandir signifie prendre la place du parent et c'est bien ainsi que cela se passe. Dans le fantasme inconscient, grandir est, par nature, un acte agressif. *L'enfant n'a plus alors la taille d'un enfant*" (D.W. Winnicott, *Jeu et réalités*, l'espace potentiel, ch. 11, Gallimard 1975, p. 199).

Comment accompagner ?

Accompagner est un consensus d'équipe. Nous nous contentons toutefois d'évoquer notre propre expérience dans cette prise en charge conjointe.

Accompagner, c'était pour nous la protéger des moments d'angoisse suscitant des gestes auto agressifs (prise de médicaments, automédication...) voire de les anticiper.

Nous étions les garantes du programme thérapeutique: stimuler à reprendre des activités, accompagner en physiothérapie, à l'ergothérapie, faire les liens entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Notre rôle était de favoriser la discussion, la relation, l'autonomie, mais aussi donner des moyens d'exprimer des sentiments, de trouver un relais lors de nos absences.

Nous étions dans l'attente d'une évolution, d'un processus de changement. Simplement dans l'attente (11 mois d'hospitalisation en comparaison de la moyenne de 13 jours du service).

Nous avons accepté d'accorder du temps à Sarah, d'être là, d'être authentiques, de la respecter et de pouvoir lui dire que nous n'avons pas toutes les réponses. Fixer nos limites, quand nous en ressentions le besoin.

Accompagner c'était aussi partager un fou rire, un regard de "complicité", des émotions, lui faire confiance.

Chacune de nous étions investies différemment par la patiente et sa famille, c'est pourquoi nous développons maintenant des aspects particuliers de sa prise en charge. Il est évident que quelques "flashes" ne peuvent rendre compte d'un aussi long chemin.

## **Le décor**

L'expression de ses états d'âme, de son vécu évoluant avec le temps, était particulièrement manifeste dans l'aménagement de son univers, comme un décor de théâtre, changeant au rythme des scènes qui se succèdent.

A son arrivée, désécurisée, dépossédée de ses marques et de ses habitudes; elle se retrouve dans une chambre impersonnelle d'hôpital, vide ou trop pleine de souvenirs de patients inconnus.

Les murs nus, elles les habilla à son goût. Non pas par attachement à un modèle ou admiration d'un héros mais pour marquer son appartenance à une génération.

Ces images semblaient dire tout de ses préférences musicales, de ses goûts en général. Et pourtant, lorsque je parlais de cela avec Sarah, son discours semblait vide d'affects. Elle n'avancait aucune raison particulière à ces choix, ne connaissant même pas ces stars exhibées. Comme si ces écrans protégeaient son monde réel: afficher l'adolescence pour protéger cette

portion d'enfance anachronique.

Les barrières entourant son lit lui étaient aussi devenues nécessaires, empêchant les chutes nocturnes. Garde-fou de l'enfant qui sommeille, objet symbolique au fil de son évolution au même titre que son ours en peluche.

Peluche tenue serrée contre soi, vêtue d'une brassière portée par Sarah elle-même. Compagnon fidèle, soutien stable dans cet univers mouvant.

Peluche nocturne, protectrice, indispensable au rituel du coucher.

Peluche tachée de son sang lorsqu'elle se taillade, de son lait lorsqu'elle déjeune, de ses larmes.

Présente à tous moments, sans jamais décevoir.

Peluche confiée à la machine à laver pour effacer les traces de ces moments partagés.

Peluche tenue à bout de bras, de plus en plus nonchalamment.

Peluche oubliée parfois, puis investie d'une autre mission, celle de décorer, rendre plus chaleureux son lit.

Peluche, sujet de nos conversations. Comment justifier le besoin de cette présence ? Comment la rendre moins évidente ?

Peluche victime de ses colères, symbole d'immatunité, de honte face au regard des autres patients et des soignants qui ne comprennent pas.

Peluche rejetée, défenestrée en un geste impulsif, dicté par les moqueries subies plus que par les émotions qui l'animent.

Peluche à l'écart, définitivement rangée dans une armoire, peu à peu oubliée.

Mais Sarah, se voulant indifférente, m'avoue être très fière de cette séparation.

## **Le corps**

Avant-bras tailladés, poignets ou chevilles plâtrés, plaintes somatiques diverses et une prise de poids importante, autant de manières pour Sarah de mettre en scène son corps, et de subir les reproches d'une mère qui ne reconnaissait plus sa fille.

Témoins d'une immatunité affective, d'une certaine intolérance aux frustrations, ces comportements, toujours mis en avant par les parents aux entretiens, n'ont été pourtant que transitoires au cours de l'hospitalisation.

Le fait de se taillader soulageait "la crise" de Sarah, l'aidait à se retrouver, rétablissait une sorte de frontière et lui permettait de profiter d'un contact avec nous. Elle venait nous présenter ses bras ensanglantés. Comment réagir?

Le pansement était pour moi, outre l'aspect technique, un espace où je m'efforçais de l'écouter, avec un souci de comprendre ce qui avait motivé son geste. Il me restait ensuite à limiter le danger en négociant un contrat: venir parler plutôt qu'agir.

Parfois je refaisais ses pansements en silence !

Elle recherchait continuellement à ce que l'on s'occupe de son corps, que l'on écoute ses plaintes, que l'on considère ses douleurs (parfois exagérées), que l'on frictionne son dos ou ses muscles endoloris, qu'on la rassure.

Très demandeuse de médication antalgique, elle nous poussait à apporter une réponse à chacune de ses douleurs. Nous avons développé une grande panoplie de substituts aux comprimés (massages, bouillottes, compresses...). Ne rien recevoir lui était insupportable au début, lui donner un peu de nous (moments de présence, discussions...) finissait par annihiler la douleur.

Une approche corporelle avait été réalisée par notre phytothérapeute, sous forme de fangos auxquelles la patiente avait bien adhéré (car très passifs), puis de relaxation.

## **La sexualité**

Exhibé, douloureux, honteux, l'existence de ce corps échappait à la maîtrise de son langage. Comment pouvait-elle verbaliser une maturation dont elle ne savait rien, comment donner un sens à la sexualisation du corps ?

C'est d'abord avec une timide question concernant ses règles que Sarah m'aborda ce jour-là. Elle vivait cette période dans la douleur et l'angoisse. Mise en confiance, elle m'avoua n'avoir jamais parlé de "ces choses là" à la maison.

Elle me fit part de beaucoup d'interrogations, sa crainte due principalement à l'inconnue de son corps.

Petit à petit, elle se livrait, demandait, lisait les livres que je lui amenais, s'intéressait à l'anatomie, au développement humain.

Mieux informée, ses angoisses s'amenuisaient, elle acceptait mieux les cycles de son corps, faisait connaissance avec ses douleurs. Elle restait gênée d'aborder certains thèmes avec les hommes, rougissait en l'évoquant. Elle me demandait d'être le médiateur entre elle et son médecin lorsqu'il fallait en parler. Ce n'est que très lentement, avec mes encouragements ou simplement ma présence qui arrivait à la rassurer, qu'elle parvint à s'exprimer seule, et toujours avec une retenue pudique.

Intimidée par les hommes, elle l'était. Souvent effrayée par l'image masculine, même dans l'équipe infirmière, elle se pliait, craintive, à leur demande s'attendant à une sévérité, à une rigidité particulière. Avec le temps, elle put constater que chaque relation nouée avait sa particularité, à être plus intimidée par l'inconnu que par les préjugés.

Vers le milieu de son hospitalisation, elle se lia avec un autre patient. Cette nouvelle relation amenait une multitude de nouvelles interrogations sur la sexualité. Pour Sarah, pas encore à l'aise avec sa propre féminité, les rapports hommes femmes suscitaient une grande curiosité. Elle était attirée et effrayée à la fois.

Mon rôle était ambigu. Bien sûr, Sarah se sentait en confiance, car elle savait que je ne la jugeais pas, ma blouse blanche était un gage de professionnalisme. Je me voulais claire, et surtout pas moralisatrice, mais mon devoir était aussi de la protéger. Elle me demandait conseils et avis: j'ai parlé avec elle des tabous familiaux, ayant parfois l'impression d'être mi mère, mi infirmière. Elle partageait avec moi les sursauts et les projets de sa relation affective. J'ai écouté, informé, et laissé la porte ouverte...

Mon rôle de protection devait s'arrêter à l'information, au soutien, à l'écoute. Quel droit avais-je d'interdire ou d'obliger ? Faire confiance, c'était aussi accepter qu'elle grandisse.

## **L'intériorisation**

Ce nouvel intérêt pour le corps devenait un thème central pour Sarah. Elle se sentait enfin mûrir, avec une certaine fierté, une excitation nuancée. En changeant d'apparence, elle perdait ses propres repères. Ce corps, intermédiaire dans les relations aux autres, devait retrouver une place, redéfinir sa position à l'intérieur de sa propre famille ainsi que par rapport à ses pairs et à l'entourage social.

Sarah se fit plus secrète. Elle restait de longs moments dans sa chambre, le regard perdu. Elle défendait une intimité nouvelle, gardait fermée cette porte qui ouverte la protégeait de la solitude. Son comportement impulsif, violent avait disparu, faisant place à un calme morose, parfois à des crises de larmes inexplicables.

Elle nous demandait encore de la rejoindre régulièrement, avait besoin de notre présence à ses côtés, mais sans demande verbalisée.

Nous restions souvent silencieuses. Je restais simplement là, respectant son intimité; je savais que ses pensées s'assombrissaient; je lui volais quelques mots pour la suivre.

Peu à peu, elle arrivait à mettre des mots sur sa tristesse, ses craintes, ses attentes.

Elle faisait un bilan des quelques mois passés avec nous, culpabilisée par ce temps estimé perdu. Il ne l'était visiblement pas.

Ses état d'âme fluctuants, cette souffrance lancinante, l'avaient amenée à ce jour: un bilan qui

laissait poindre à l'horizon des projets. Enfin, nous pouvions parler d'avenir.

## **Apprentissage de la parole**

Difficile de mettre des mots sur son désarroi. Quand la seule façon de le montrer était d'agir (fugues, agitations...). Notre tâche, si elle était de soutenir, protéger, entourer, était aussi de "revitaliser" les pensées, donner les moyens de s'exprimer. Les actings demandaient une surveillance de notre part, une mise en place de contrats, une anticipation. Il était important de ne pas répéter les attitudes des parents (colères, manque de distance, infantilisation). Tout en évitant de nous croire meilleurs parents qu'eux, nous avons tenté d'ouvrir le dialogue, de mettre des mots sur les émotions ressenties par tous.

Que de progrès réalisés ! Le cadre hospitalier, les soignants, les repères, les règles de division participaient à cette élaboration, cet apprentissage de la parole. Nous avons voulu aller à l'encontre de la problématique, là où elle se trouvait, c'est à dire au sein de la famille; l'étape suivante était "l'émancipation de la pensée", du discours des parents comme celui des soignants.

Nous avons appris à connaître cette famille. Communiquer, expliquer, confronter, argumenter étaient alors devenus possibles. Nous avons enfin pu envisager un projet thérapeutique: un foyer comme lieu de vie intermédiaire pour Sarah. L'ambivalence se manifestait chez la patiente et sa famille (désir de la reprendre à domicile) devant les progrès réalisés.

Sarah avait appris à nous faire part de son angoisse, elle commençait à identifier ses émotions, à mieux les contrôler. Elle acceptait davantage des sentiments ambivalents à l'égard de ses parents, était plus attentive à la souffrance des membres de sa famille.

Tout comme avec sa peluche, elle avait pu faire l'expérience positive de se séparer de nous, et de continuer à exister au-delà de la séparation.

[...] "l'enfant ne pourra se détacher que dans la mesure où il est sûr de ses attaches." (P. Osterrieth introduction à la psychologie de l'enfant, éd. PUF, 1989, p. 73)

L'idée d'un foyer impliquait un grand changement pour tous, faisait peur aux parents comme à la patiente qui s'était attachée à son "cocon hospitalier". Pour nous, référentes, cela impliquait passer le relais à une autre équipe, et c'est peut-être l'acceptation de cette limite qui donne tout son sens au mot "soigner".

Le conflit avec un entourage familial, avec soi-même, avec un passé, l'incertitude d'un avenir, amènent l'adolescent à se familiariser avec la rupture, processus compliqué chargé d'hésitations et d'ambivalence.

Lorsque nous accueillons, nous ne pouvons éviter les apriorismes, les doutes, parfois le malaise. L'instabilité, l'imprévisibilité, la révolte, le rejet nous conduisent tant à la réserve qu'à la prudence.

En acceptant d'accompagner Sarah et sa famille dans cette périlleuse conquête de la

compréhension, c'est dans notre assurance, notre stabilité et notre sensibilité que nous avons puisé l'énergie.

Nous pouvions choisir de rester uniquement des professionnels ou de nous impliquer plus, de valider la souffrance, de nous laisser aller et ... Grandir ensemble.

Catherine Wrobel  
Joan Husson

## **Bibliographie**

Le nursing en psychiatrie  
Belisle-Denis-Gendron-Chonière  
Editions HRW, 1979

Introduction à la psychologie de l'enfant  
Paul Qsterrieth  
Paris, Editions Presse Universitaire de France, 1989

Psychopathologie de l'adolescent  
D. Marcelli et A. Braconnier  
Paris, Masson, 1984

## **LE REVEIL DE MANFRED**

"Bonjour, c'est le générateur de voix de votre centre de santé qui vous répond. Nous sommes le 14 janvier 2028, il est 7 heures. La température extérieure est de moins quatre degrés, il pleut et les accès à votre immeuble sont verglacés. Vous êtes en ligne pour le diagnostic du matin. Placez-vous en face de votre écran et regardez l'objectif de la caméra."

J'obéis en me grattant la tête. Je ne m'y ferai jamais...

"Vous avez bonne mine ce matin ! Le senseur placé dans votre lit m'indique que vous avez suivi mon conseil et que vous êtes allé vous coucher plus tôt. Vous avez dormi 5 h 12 minutes et vous avez rêvé 45 minutes."

"Ouais, ouais, cause toujours", je maugrée, énervé.

Pour mon âge, je ne me porte pas si mal. Mais depuis que j'ai pris ma retraite, j'ai quelques bobos et la vie est plus difficile. Mon assurance m'a autorisé à rencontrer le diagnosticien de mon réseau. Et comme je n'étais pas malade jusqu'à ces derniers mois, je m'étais choisi la couverture moyenne, celle qui permet d'avoir cette machine à la maison (baptisée par son créateur la Balintotron, par dérision pour le psychanalyste hongrois Michaël Balint qui avait tant fait pour

promouvoir la relation soignant-soigné). Pour cela, je dépense quand même 18 % de ma retraite. Depuis longtemps, je n'ai plus les moyens de m'offrir des soins totalement humanisés. Avant on disait: personnalisés.

"Placez votre main contre l'écran tactile à l'endroit indiqué. Merci."

"Tension artérielle: 160/90, pulsation 87, respiration 19, indice de tension psychique 0,9."

Entre chaque information, le logo du Centre de santé apparaît sur l'écran, avec des publicités pour les médicaments de la firme qui subventionne le centre.

"C'est bien, c'est mieux qu'hier." La voix synthétisée ne parvient toujours pas à transmettre des émotions. Que cela soit bien ou mal, c'est ce même ton. Insupportable. A peine mieux que celui qu'on entend dans les aéroports pour annoncer les arrivées. Ils pourraient faire un effort, ça coûterait pas plus cher!

"Introduisez votre main gauche dans l'ouverture à gauche de l'écran. Très bien. Votre glycémie est un peu trop élevée et vous manquez de magnésium. Ces deux paramètres viennent d'être rééquilibrés par injection transcutanée et votre anti-hypertenseur a été adapté à votre TA. J'ai vérifié l'évolution de votre arthrose cervicale qui est stable depuis le dernier contrôle lors du diagnostic de service de l'an dernier. Votre indice de tension psychique vous donne droit à un entretien de 20 minutes avec moi. Je vous rappelle que ma capacité est de gérer 1000 entretiens en parallèle, mais si vous décidez de vous en passer aujourd'hui, ces 20 minutes seront portées à votre crédit. Votre contribution à la diminution de la surcharge du réseau de soins électroniques contribuera à diminuer votre participation aux coûts l'an prochain. Je vous souhaite une bonne journée. A demain". Tout ça, je le savais déjà. Qu'il me restait 18 minutes de droit d'intervention à domicile par une thérapeute des moments critiques (TMC, jusqu'en 2010 on les appelait infirmières) et 1 h 50 de technicienne d'intérieur (TI, les anciennes aides de ménage). Ce crédit épuisé, il faudrait se débrouiller ou compter sur des bénévoles, toujours surchargés. Reste encore le groupe de soutien du centre de santé communautaire, tous les mardis...

Depuis que j'ai pris ma retraite, il y a deux semaines, pas une nuit tranquille. La crise! Si j'avais su! On est en 2028, j'ai septante ans. Et pourtant, j'ai eu le temps de m'y préparer. La diminution progressive des heures de travail, plus que trois par jour ces cinq dernières années, devait m'y préparer. Mais c'est toujours le choc! Quand on a été soignant toute sa vie, c'est difficile d'arrêter. Et pourtant, depuis mon diplôme, j'en ai vécu des changements!

Le paradoxe quand on soigne, c'est qu'il faut que les clients restent malades sinon il n'y a plus de travail. Et depuis qu'on a découvert le vaccin du SIDA, cette maladie de la fin du siècle dernier, il y a eu beaucoup moins de clients. La recherche sur le cancer a permis de développer des traitements si efficaces qu'il n'y a plus de décès avant l'âge de 65 ans. La prévention des dépendances, à l'alcool, au tabac mais aussi aux drogues dures a complètement modifié les besoins et les demandes de soins de la population. La limitation de la vitesse à 80 km/h sur les autoroutes, 50 km/h sur les routes et 30 km/h dans les villes a diminué le nombre de morts et de blessés de 80 % en 20 ans. Ainsi, une grande partie des établissements hospitaliers a pu être transformée en logements et en locaux communautaires.

La population n'a cessé d'augmenter en raison de la diminution de la mortalité, et 34 % des habitants ont plus de 65 ans. C'est pour cela qu'on a élevé l'âge de la retraite à 70 ans pour les hommes et pour les femmes. Pour que les gens payent des cotisations plus longtemps. A partir de 80 ans, les personnes qui tombent malades n'ont plus droit à des traitements curatifs mais à des

soins minimaux et de confort. Cette décision politique a provoqué plein de remous. Le parti des ACES (Aînés contre l'exclusion sociale) s'y est opposé violemment. Ils ont rappelé l'histoire de ce conseiller fédéral romand élu Président de la Confédération pour la 6ème fois en 2020, à 87 ans, alors que beaucoup réclamaient sa démission en 1997 en raison de sa maladie. Sans traitements, il n'aurait sans doute pas survécu si longtemps.

La prévention et les traitements sont extrêmement efficaces contre toutes les maladies connues. Avant 65 ans, il est rare que des maladies nécessitent des traitements lourds. La plupart du temps, il suffit de rencontrer un diagnosticien, puis de suivre le plan de traitement déterminé par l'Organe de contrôle de l'efficacité des soins (OCES). Seuls ces soins sont remboursés par l'assurance. L'OCES dicte également dans quel lieu le traitement doit se réaliser. L'équipe de traitement (ET) comprend différents professionnels, qui ont des fonctions complémentaires, mais qui appliquent la règle stipulant qu'aucun acte ne sera réalisé par quelqu'un si un autre dispensateur moins cher et moins formé peut le réaliser. Cette décision impopulaire a eu surtout des effets sur les soins communautaires qui sont de plus en plus prodigués par des aides sans formation, voire par des machines comme la Balintotron. Avec ces mesures et grâce aux progrès de la recherche et des techniques, l'espérance de vie a été maintenue et les coûts ont diminué. Bien sûr, la notion de qualité des soins n'a plus le même sens que par le passé.

Mais on a évité ce qui semblait être inéluctable, à savoir une médecine à deux vitesses. On assiste plutôt à une répartition selon deux axes. Le premier, représenté par la haute technicité des centres de soins chirurgicaux, aseptisés et froids, dans lesquels les professionnels sont, chaque fois que cela est possible, remplacés par des machines qui surveillent, injectent, nourrissent et hydratent le patient selon des plans thérapeutiques déterminés par un ordinateur doté d'une intelligence artificielle bien plus performante que celle de tous les génies humains.

Les soignants (techniciens) sont là pour brancher et débrancher les appareils et vérifier que tout fonctionne bien. Parfois pour répondre à une question, lorsque le programme informatique interactif est déficient. Le deuxième axe est celui des soins développés à la proximité des gens. Leur insertion dans la communauté, impliquant les familles, les proches, les voisins, les centres de quartier, les écoles,..., a participé au développement de la solidarité entre les personnes.

Les infirmiers en santé communautaire sont maintenant des animateurs de santé (AS), acteurs de la prévention et du maintien de la qualité de vie. Leur travail auprès des familles a permis de faire reposer sur elles une partie de la charge des soins que les AS doivent estimer pour la valoriser par des indemnités (entre 150 et 500 Euro par jour suivant la gravité des troubles de la personne maintenue à domicile). Les soins sont imbriqués dans la communauté, apportant ainsi les notions de santé - et non pas de maladie - et de prévention.

Peu à peu, la plupart des individus a compris que la consommation de soins engendre souvent des effets néfastes et que confier la gestion de tous les problèmes de société aux soignants représentait plus de risques que de bénéfices. En 2018, on a renoncé à l'Assurance Invalidité. Les personnes qui ne trouvent plus de place sur le marché du travail reçoivent un revenu social. Plus de distinctions entre chômeurs de longue durée, fins de droit et malades chroniques. Ainsi on a limité la catégorisation et diminué les sentiments d'exclusion.

Ces dix dernières années, on a assisté à une véritable politique d'accès au bien-être sans le travail.

Le RISER (Revenu d'insertion sociale et relationnelle), accepté l'an dernier en votation par une large majorité des citoyens, est prélevé sur le bénéfice (50%) de la Banque Centrale Suisse, unique établissement bancaire de Suisse.

Des centres de quartier co-gérés par des collectivités et par des utilisateurs, ont vu le jour, centres dans lesquels les réseaux d'échanges de savoirs occupent une place essentielle. Ils sont largement subventionnés par l'Organe de contrôle de l'efficacité des soins (OCES). En effet, on a pu observer l'effet étonnant de cette forme d'insertion - facilement accessible et permettant aux individus de donner un sens à leur vie - sur la santé mentale d'un grand nombre de personnes. Heureusement, car seuls les soins de quelques maladies mentales (figurant dans la première partie du DSM XXVI) sont pris en charge par l'OCES.

Pour les autres troubles psychiques, il faut se débrouiller et trouver aide ou réconfort chez des proches ou des accompagnants bénévoles. Il est bien loin le temps où il était bien vu de confier ses misères du quotidien à l'oreille bienveillante d'un psy...

J'ai aimé pratiquer mon métier, soigner des gens, être à l'écoute de leurs besoins et réfléchir avec eux à la meilleure, parfois à la moins mauvaise, solution pour faire face à leurs problèmes. Les technocrates ont eu le dessus, et la ribambelle d'économistes qui a hanté les couloirs des administrations a modifié considérablement notre manière d'envisager les soins, pour les clients comme pour les dispensateurs.

Parvenu maintenant à la retraite, je sens chaque jour l'angoisse de ne pas savoir si on va s'occuper de moi comme d'un être humain ou comme d'un objet à réparer grâce à de la haute technicité. Devoir obéir à la Balintotron, laisser soigner mon corps, ce que j'ai de plus cher, par des professionnels peu formés et bon marché ou par des bénévoles, tout cela me laisse songeur et inquiet.

Lors des moments de blues, j'en arrive à me sentir coupable parce que je vais, tôt ou tard, coûter de l'argent à la collectivité. Sans parler de toutes ces publicités qui inondent nos boîtes aux lettres électroniques pour nous proposer plein de moyens pour quitter ce monde décevant.

A mon âge, il faut être vraiment solide pour aller de l'avant et voir l'avenir avec confiance.

**Adresse de l'auteur:**

Manfred FUTURMAN, janvier 2028  
Allée piétonne de l'Est, n° 1174  
10017 Commune du Grand Lausanne  
Tél: 0021/324 218 256  
Mail: mfuturman@italcom.ch  
Canton du Léman  
Suisse-Europe

Roland Philippoz