

L'ECRIT

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

Numéro 2

Mai 1997

LES PATIENTS DELIRANTS

Catherine Reymond Ahmed Bensalem

Thierry Gérardi Jérôme Pedroletti

Jean-Michel Kaision

DELIRE : LES DIRES

QUELLE EST LA PLACE DE LA PAROLE DELIRANTE ?

(J.-M. Kaision)

Commençons par admettre que nous pouvons définir la maladie mentale autour des psychoses et des névroses. Mais alors que la névrose ne fabrique pas du réel, quand bien même une partie de ce réel est scotomisé, la psychose crée une autre réalité. Nous avons d'un côté une pathologie de la construction de la réalité, de l'autre une pathologie névrotique de la réalité sans un moi morcelé.

Certains se sont interrogés sur *l'objectivation* des fous par les institutions que la société crée pour les prendre en charge. L'antipsychiatrie, dans les années 1970, a remis en question le statut donné à la folie par cette même société, et par là même la « vocation sociale » de la psychiatrie. Elle a choisi de défendre le fou contre la société.

Elle conteste notamment l'obligation de soins, et c'est la place de la parole de la folie qu'elle interroge : *guérison/folie permise ?* L'antipsychiatrie cherche à permettre au dire de la folie de s'exprimer en dehors de toute contrainte et tente de créer des lieux d'accueil où celle-ci pourrait être réinterrogée, selon des critères différents que ceux utilisés par le pouvoir médical psychiatrique, parce que : « *l'équipe soignante, en domestiquant la folie, agit comme mystification de la liberté* ». ¹

¹ David Cooper, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Seuil, 1970.

Maud Mannoni² elle, nous rappelle que les analystes sont attentifs à la *vérité* qui se dégage du discours psychotique. C'est pourquoi ils considèrent que les soins traditionnels aux psychotiques, prodigués dans les institutions psychiatriques classiques, ne peuvent qu'écraser ce qui demande à parler le langage de la folie et figer le sujet en l'aliénant davantage. Le délire, dans la perspective freudienne est en effet considéré comme un processus restituitif de guérison. L'inconscient est le *sujet* de la parole. Et Lacan déchiffre l'inconscient comme un langage.

La sémiologie classique³ nous indique que délire vient du latin *delirare* qui signifie *sortir du sillon* - affleure ici la notion de normalité - et essaie, à travers l'histoire et à travers la nationalité des auteurs d'en définir le concept et de proposer des classifications. Elle en précise la complexité. Le délire peut s'étudier par thèmes (délire de persécution, d'influence, de grandeur, délire mystique, délire hypocondriaque...), par mécanismes (interprétation, hallucinations...) et par structure (délire systématisé ou non).

Plus près de nous (1986) et plus proche des soins infirmiers, des auteurs dans un texte radical s'interrogent sur le bien fondé de l'existence des malades mentaux, des institutions psychiatriques et finalement se demandent : pourquoi la norme ?

« Il serait faux de croire qu'à la base de toute entreprise d'internement, le mécanisme soit sollicité par humanitarisme pur et simple...Le projet asilaire répond à un souhait inavoué de conformisation sociale ou l'exception autorise l'exclusion»⁴. Se confrontent ici, raison/déraison où la raison chercherait à dominer l'irrationnel, coûte que coûte. Le malade mental devient la victime, la victime émissaire et l'institution psychiatrique le persécuteur. Ici aussi se pose la question du statut de la folie.

Bien sûr, il faut se méfier de toute radicalisation.

Maintenant, il nous faut admettre que l'institution psychiatrique, du fait de son existence même, opère une discrimination de la folie. Et voilà la folie *figée*⁵ dans des structures. Et qu'elle soit sociétale et/ou médicale, cette opération assigne au soignant une fonction coercitive, une fonction de contention. Et même de répondre à la question de notre place de soignant au côté des patients de l'institution psychiatrique, il nous faut accepter l'ambiguïté de notre rôle.

Peut-être nous faut-il admettre également qu'à l'hôpital, le *dire* du patient est généralement moins entendu que son *agir*. Le recours à la chimiothérapie peut se substituer à la relation. Cependant la

² Maud Mannoni, *Le psychiatre, son fou et la psychoanalyse*, Seuil, 1970.

³ *Les déliants*, Hôpital de La Tour, Digne, Editions du scarabée, 1972.

⁴ Sous la direction de Danielle Blondeau, *De l'éthique à la bioéthique : repères en soins infirmiers*, Gaétan Morin éditeur, 1986.

⁵ Maud Mannoni, *Le psychiatre, son fou et la psychoanalyse*, Seuil, 1970.

médication peut également constituer un *tiers* protégeant des actings et facilitant le traitement relationnel⁶. Finalement, l'angoisse paranoï de trouverait dans la médication sinon une *réponse* du moins une médiation signifiante : à condition d'interroger la relation que l'infirmier entretient avec la médication, et le sens qui lui est donné.

L'on doit se méfier également des modes d'emploi infirmiers quels que soit la générosité de leur fondement. Les diagnostics infirmiers ne donnent pas que des modèles heureux. S'agissant des délires par exemple, précisément du diagnostic de *altération des opérations de la pensée*, on peut lire parmi de multiples interventions infirmières, celle-ci. pour le moins curieuse : *lui* (la personne) *proposer de porter des boules Quiès lorsqu'elle est victime d'hallucinations auditives.*

Le risque, dans un cas comme dans l'autre, est la banalisation de l'expression délirante qui se réduirait uniquement à un élément symptomatologie qui exclurait le sujet.

L'activité infirmière se doit de poser la question du sens du soin. Au delà d'un savoir qui somme toute ne procède pas vraiment (du moins pas vraiment totalement) de la science cela invite à situer le débat dans l'éthique relationnelle, pour passer de l'objet du soin au sujet de soins. C'est là la responsabilité infirmière : au delà de toute idéologie, accompagner *l'autre* et respecter sa liberté.

HISTOIRE : LE PRESIDENT SCHREBER **(Jérôme Pedroletti)**

« C'était l'idée que, tout de même ce doit être une chose singulièrement belle que d'être une femme en train de subir l'accouplement » (Dr Schreber)

Il était une fois un juriste de haute lignée, Daniel Paul Schreber (Président de la Cour Suprême de Dresde) qui publia en 1903 un livre intitulé : « Les Mémoires d'un Névropathe ». C'est un récit vertigineux, « le plus important de tous les documents psychiatriques sans exception » (Elias Canetti), des arcanes de la constitution d'un délire paranoï aque. Il n'est pas ici de notre propos d'en détailler le contenu, le médecin expert, le Dr Weber dit d'ailleurs : « Les émanations de son psychisme se présentent comme un ensemble de thèmes si fantastiquement élaboré, évolué... qu'il est presque impossible de songer à les esquisser sans en rendre inintelligibles les articulations internes et sans aggraver les difficultés d'en reconnaître la signification spécifique. »

A titre monographique, il nous a semblé intéressant de pointer dans ce document les éléments qui concernent spécifiquement les rapports qu'il écrit avoir eu avec « les Gardiens ». Tout d'abord, pour en situer l'importance, remarquons que dans son texte numéroté en paragraphes de 1 à 376, il ne consacre que 24 paragraphes aux infirmiers, soit 6,2% de l'ouvrage. Cela montre à l'évidence qu'il

⁶ Dr D. Söderström, *Bulletin psychopharmacologie clinique* no 6, décembre 1996.

est occupé à des tâches plus importantes (ses rapports avec les Dieux par exemple) que celle subsidiaire de rendre compte de son vécu quotidien avec le personnel. Le Dr Weber signale que « le patient coupait court à toute tentative qu'on faisait pour l'aborder, il réclamait sans cesse qu'on le laissât seul, voire que la maison toute entière fût déblayée de la présence des infirmiers et du personnel qui auraient pu être une entrave à la manifestation de la toute puissance de Dieu ». Schreber ajoute : « J'ai souvent le sentiment de me mouvoir au milieu de cadavres ambulants ». Et pour conclure il se pose la question de savoir si cet entourage proche n'est pas constitué « d'images d'hommes » jouissant seulement « d'une existence d'ordre onirique ».

Comme on peut s'en douter au simple regard de ce qui est dit précédemment, son quotidien se rapprochait fort des tableaux les plus noirs de l'enfer. Dante dans sa « Divine Comédie » le rendait plus accueillant. Nous ne prendrons que quelques exemples dont le mérite est de nous rappeler qu'au-delà du temps et de l'espace, nous ne sommes pas aussi éloignés que cela des conditions qui ont vu émerger et gérer le délire du Président Schreber.

Sa compliance médicamenteuse était impossible parce qu'il pensait : « Qu'on utilisait aussi des remèdes qui, j'en ai la conviction, visaient le même but (le soumettre à des abus sexuels) et que je refusais d'accepter ou que je recrachais lorsque les gardiens me les faisaient ingurgiter de force. »

Son agitation et son agressivité se traduisaient par de très longues contentions. Il fut attaché sur son lit 24h sur 24h de Février 1894 à Juin de la même année. Il dut dormir toutes les nuits en cellule de Mai 1896 à Décembre 1896. Il décrit : « Ainsi il me faut qualifier de tout à fait exorbitantes, les mesures qui m'ont conduit à dormir dans les cellules de fous furieux où en dehors d'un lit de fer, de la literie et d'un bourdalou, je ne disposais d'aucun objet personnel ». Certes il reconnaît des « éclats », des « heurts avec les autres patients », mais il dit s'être toujours trouvé du côté de la « victime » ce qui lui rendait « impénétrables » les mesures de contention.

Les infirmiers sont parfois pris dans les rets du délire. Il écrit « Selon la vision onirique miraculeuse, un infirmier de la clinique tantôt se tenait assis sur mon lit tantôt se livrait tout près à toutes sortes de folies et entre autres mangeait de la langue fumée ou du haricot au jambon cru. » Il pensa même que deux infirmiers, M et Sch : « déchargeaient parfois aussi pour faire place nette une partie de leurs flancs dans mon corps, sous forme d'un paquet infect... »

Enfin il se plaint de mauvais traitements de la part de l'infirmier M. : « il arrive qu'il me laissât au bain que je voulais quitter après un temps convenable, me rejetât dans la baignoire, ou encore, le matin quand le moment de me lever était venu et que je voulais me lever, il me renvoyait au lit pour des raisons qui me sont inconnues... » ; il ajoute « ne pas vouloir le dénoncer en faisant le récit des indignités qui l'ont frappées ».

Si le rappel historique peut avoir un sens c'est bien à souligner que l'économie psychique du Président Schreber n'est pas différente de celle de nos patients actuels : si Schreber parle d'« éviration », on entend maintenant des craintes de « vasectomie » chez des patients dont la

symptomatologie est cousine de celle du Président.

Certes et heureusement les conditions extérieures d'hospitalisation ont évolué, les neuroleptiques nous permettent une sédation plus nette de l'angoisse qui les anime devant le crépuscule du monde, pourtant il nous est toujours aussi délicat de comprendre ce qui les travaille au point qu'ils jugent nécessaires de refaire un monde nouveau, habitable.

Il nous est toujours aussi difficile de passer contrat, de limiter la violence, de minimiser les contentions. Freud aurait souhaité que Schreber puisse être directeur d'asile, qu'au moins la lecture de son témoignage nous rende plus sensible à leurs enjeux vitaux.

Bibliographie

- D. P. Schreber : *Mémoires d'un névropathe*, Seuil, 1975.
- Morton Schatzman : *Soul Murder*, 1973.
- W. Nierderland : *The Schreber case, psychoanalytic profile of a paranoï d personality*, 1974.
- I. Macalpine et R. Hunter : *Introduction à D. P. Schreber memories of my illness*, 1955.
- J. Lacan : *Ecrits*, 1966.
- J. Lacan : *Séminaire III. Les psychoses*, 1981.
- S. Freud : *Les cinq psychanalyses*, PUF, 1971.
- H. Israéls : *Schreber Père et fils*, Le Seuil, 1986.
- P. C. Racamier et S. Nacht : La théorie psychanalytique du délire, *Revue française de psychanalyse*, tome XXII, 1958.
- E. Bleuler : *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*, EPEL, GREC, 1993.
- L. Wolfson : *Le schizo et les langues*, Gallimard, 1970.

PATIENT EN URGENCE ET DELIRE

(Ahmed Bensalem)

Elle arrive en fin d'après-midi, elle paraît jeune, pas très grande, elle pourrait être séduisante si elle pouvait arrêter de parler sans que nous puissions savoir de quoi il s'agit. Elle est accompagnée par des ambulanciers qui, de la garde psychiatrique du CITB l'ont amenée à Cery avec pour tout passeport un placement d'office.

Elle raconte une histoire, déjà dite une fois au moins au médecin de garde en ville, où elle est harcelée par les hommes. Elle se dit amoureuse d'un homme dont la ~~soeur~~ refuse leur relation. Elle

est comme une poupée vaudou, transpercée par des aiguilles que cette rivale lui plante dans la peau, avec l'effet dissuasif souhaité qu'elle ne voit plus ce nouvel amant. De lui, elle voit régulièrement apparaître sa photo. De plus elle craint, à domicile, les prises électriques qui lui envoient des « mauvaises ondes ». Enfin elle est persuadée qu'en bloquant ses chakras, son corps va aussi se bloquer. Elle ne formule qu'une demande au médecin de garde, celle d'être hypnotisée pour sortir de cette impasse.

Très vite son discours est traduit selon nos concepts. Nous allons parler, pour elle, de logorrhée, de délire d'influence, d'hallucinations cenesthésiques, d'hallucinations visuelles. Il est impératif dans cette division d'investigation, de faire un diagnostic rapide, afin d'instaurer un traitement médicamenteux adéquat, pour limiter le plus possible la durée de l'hospitalisation (la moyenne souhaitée était de 15 jours, elle est en fait de 18 jours). Le diagnostic psychiatrique se fait selon les items de la CIM-10 ou du DSM IV. Il part de la description de la symptomatologie pour aboutir à un profil possible ou probable de la maladie. Il serait envisageable de le signifier selon le schéma se trouvant en annexe à la fin de ce numéro.

La prescription médicamenteuse sera la suite logique de l'hypothèse diagnostique. Pour cette patiente ce sera une association d'haldol et de nozinan.

La seconde démarche, articulée sur la durée du séjour (4 semaines ici) est celle consacrée à l'anamnèse. Il faut essayer de répondre à cette question : « Comment en est-elle arrivée là ? ». Ce sera abordé dans le cadre des entretiens avec son médecin et (ou) son infirmier référent. En fait, nous apprendrons peu de chose, elle est fille unique, elle est actuellement très en souci pour sa mère qui souffre de graves troubles cardiaques ; elle s'inquiète de la conjoncture économique qui menace son emploi dans la finance (elle s'occupe de placement en free-lance) ; enfin, elle évoque deux liaisons qui auraient duré, l'une 3 ans et l'autre 7 ans. Comme parfois, l'aspect lacunaire de l'anamnèse offre peu de pistes pour développer une approche psycho-dynamique.

La troisième dimension est plus spécifiquement celle de la relation ; là où le délire s'énonce, se modifie... là où la patiente nous met au pied du mur de lui en restituer quelque chose. Nous avons fait le choix de ne pas la contredire, de tenir compte de ses certitudes et de ne pas lui renvoyer un discours structuré par une logique rationnelle. Cette attitude, nous semble-t-il, a permis l'ouverture du champ de ses idées et lui a donné l'impression que ses préoccupations étaient comprises. Pourtant cela ne nous a pas introduit au sens de son délire, c'est-à-dire que nous n'avons pu organiser nos réponses en fonction d'une stratégie définie à partir de la compréhension de ses raisons singulières de penser ainsi. Certes, nous avons ouvert l'espace relationnel en évitant les contre-attitudes, mais nous avons dû en rester là.

Elle est repartie en pouvant accepter l'idée que ses prises électriques ne la mettaient plus en danger ; elle paraît, par-devers elle, continuer à penser que les hommes continuent à s'intéresser à elle. Elle

insiste d'ailleurs, avant de nous quitter, sur le fait qu'à l'extérieur elle est très séduisante. Enfin, elle part avec une médication et un suivi ambulatoire.

Nous sommes restés avec nos questions :

- Que dire à une patiente délirante quand le sens reste obscur ?
- Entre sa confrontation à notre réalité et notre adhésion à ce qu'elle dit être la sienne, que faire ?
- Dans l'évolution de son travail, à l'égard de sa pathologie en rapport avec sa personnalité, quelles ouvertures ?

Nous espérons toujours que ces questions qui serinent trouvent écho plus favorable, ailleurs dans un réseau où la prise en charge développe une vision plus diachronique. Pour nous, dans ce contexte d'une première hospitalisation relativement courte, pris que nous sommes entre la nécessité d'apprivoiser et celle du résultat (estimé au seul critère de la sortie possible), elles resteront pendantes ; en attendant, peut-être, que d'autres patients viennent enrichir la façon de les poser.

Bibliographie

- Dr M.-C. Hardy-Bayle, *Enseignement de la psychiatrie, sémiologie et logique décisionnelle en psychiatrie*, 1986.
- Dr Masson, *Mini DSM III R, Crises et diagnostics*, 1994.
- Dr J. Besson, « Crise et structure de la personnalité », *Revue médicale suisse romande*, 1991.
- Daumezon G., « La notion d'urgence en psychiatrie », *Revue de médecine*, 17, 1976.
- La Live, « L'intervention de crise en psychiatrie ou faut-il des spécialistes de la crise ? », *Médecine et hygiène*, 39, 1981.
- Clérambault G., « Oeuvres psychiatriques », PUF, 1942.
- Lacan, « De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité », Le Seuil, 1972.
- Rogers, « La développement de la personnalité », Dunod, 1967.

HISTOIRE D'UNE PRISE EN CHARGE AU LONG COURS

(Catherine Reymond)

Mlle S. est actuellement âgée de 39 ans. Je la suis depuis 1988, date à laquelle j'ai commencé à travailler à la PPUB.

La première fois qu'on me l'a présentée, son symptôme délirant faisait rire mes collègues. Elle pensait, à l'époque, que Franz Weber l'avait critiquée et insultée à la télévision et depuis lors, elle craignait d'être reconnue dans la rue par des téléspectateurs et d'être à nouveau insultée. C'était son

étiquette.

Pour ma part, j'ai eu envie d'un peu mieux la connaître, et à chaque consultation hebdomadaire, nous avons convenu qu'elle pourrait me dire ses idées. A vrai dire il n'y avait pas seulement le délire précité mais bien d'autres....

Par rapport à celui-ci, il paraissait dans l'après-coup englober des conflits qu'elle avait eus avec son père. Elle révèle en effet qu'à l'âge de 12 ans son père qui jusque là l'aurait ignorée se rapprocha d'elle « comme si il en voulait à son sexe ». Plus récemment, elle avait développé un délire érotomaniacal envers un moniteur d'Afiro.

Une autre de ses idées était en rapport avec le lieu où pour la première fois, elle avait fait une tentative d'émancipation qui fut un échec : « la rue de la Barre ». Elle se sentait en danger devant les voisins et les habitants de cette rue qui avaient abrité son essai de vivre seule et elle les imaginait encore actuellement partout autour d'elle la menaçant constamment.

Elle était persuadée que ses vrais parents étaient d'origine maghrébine. Elle pensait avoir été adoptée quand elle était encore bébé. Dans cette perception faussée de son vécu familial, elle était allée jusqu'à interdire à ses parents de recevoir son demi-frère et son frère à domicile.

Enfin et sans prétendre que ce soit exhaustif, elle accuse régulièrement les psychiatres de la prendre pour une criminelle. A chaque changement de médecin assistant, c'est généralement contre moi qu'elle se tourne en me traitant d'incompétente concluant toujours temporairement qu'elle ne veut plus me voir.

Puis elle fût d'accord d'écrire et de dessiner afin que nous puissions poursuivre les échanges lors des entretiens. Cela dura environ 3 ans ; rituellement elle m'amenait son « travail » de la semaine et je le lui lisais, il semblait qu'elle y trouvait un certain plaisir, elle m'aidait quand je n'arrivais pas à la déchiffrer.

Enfin cette activité déclina petit à petit pour faire place, à l'initiative de ses parents, à la question de sa prise de poids. Ceux-ci accusaient les médicaments d'avoir un tel effet sur leur fille. Cela nous obligea, mon collègue médecin et moi-même, à négocier avec tous, une mesure du poids de la patiente à chaque entretien. Ce fût l'occasion nouvelle pour elle de parler de son corps. Son délire prenait de moins en moins de place dans les entretiens ; elle disait aussi avoir abandonné la partie de son délire relatif à Franz Weber. Ce qu'elle n'avait plus, ou avait moins dans sa tête, peut-être l'exprimait-elle différemment autour de son corps ?

Nous en sommes là, à nous voir maintenant toutes les 3 semaines dont une fois sur 3 avec ses parents et le médecin (décision que nous avons prise lors de la seule hospitalisation qu'elle a connue ces dernières années).

Elle ne bouge presque plus de l'appartement de ses parents où elle aide ces derniers à l'entretien de la maison. Avant, elle allait faire les courses avec sa mère, mais elle ne sort plus que pour venir à la consultation. Elle semble même vouloir ignorer le cancer déclaré et traité de son père.

J'ai parfois l'impression d'être prise dans une chronicité que je n'ai pas voulue et dans laquelle je me suis faite peut-être enfermée ? Progressivement l'espace de parole puis de l'écriture et du dessin s'est amenuisé, elle a abandonné ce qui semblait faire lien entre nous sans que je puisse rien opposer. Pourtant il m'apparaît avec le temps que ses idées délirantes persistent, mais, pour certaines au moins, elle les a mises suffisamment à distance pour qu'elle puisse les supporter. Son corps mis au premier plan par les problèmes d'obésité est venu tranquillement occuper l'espace relationnel, peut-être pour la protéger d'autres dangers : la mort de son père, l'agressivité qu'elle pourrait nourrir contre ses frères et sa mère ?

L'avenir dure longtemps disait L. Althusser. Gageons qu'elle continue à me questionner, à m'étonner.

CONTEXTE ET LECTURE DU SYMPTOME

(Thierry Gérard)

Au début, un symptôme ne peut qu'être interprété, en ce sens qu'il consiste en un langage codé, en une manière d'exprimer quelque chose qui ne peut l'être autrement, dans le contexte d'une situation intenable, entravant l'expression claire d'une position.

Dans notre effort de soigner, nous en cherchons donc le sens, la signification.

Deux points ont relevé mon attention dans la préparation de cette matinée :

1. LA LECTURE DU SYMPTOME EN RELATION A UN CONTEXTE DONNE.
2. LE SENS DU SYMPTOME EN TANT QU'APPEL LIE A UN OU PLUSIEURS EVENEMENTS CONTEXTUELS.

En effet, au cours de nombreux suivis, au fil de la relation, j'ai pu me rendre compte qu'un symptôme, même lorsqu'il est apparemment déconnecté de la réalité, demeure en lien avec celle-ci.

En l'occurrence, on peut rencontrer dans le discours délirant, des éléments informant de mouvements contextuels et de leurs répercussions sur le patient. (Ce que j'entend par contexte ici concerne en fait les réseaux primaire et secondaire du patient).

Ce que je mentionne là n'est pas nouveau bien sûr, il n'en est pas moins vrai que nous devons dans notre visée thérapeutique en rester conscients ; sinon nous risquons, à mon avis, de perdre de vue les

facteurs déclenchant une symptomatologie, de fait les leviers avec lesquels nous pourrions agir dans le traitement de celle-ci. En quelque sorte de perdre pied sous l'effet des symptômes, délirants ou autres, dans le mouvement de ceux-ci.

Deux « cas de figure » se sont présentés dans la situation présentée, en tant que flous communicationnels favorisant l'attitude délirante :

1. Flou communicationnel entre les réseaux d'intervention institutionnels concernant la situation et le statut d'un patient.
2. Flou communicationnel entre ces réseaux secondaires et le réseau primaire, à savoir sa famille, concernant la situation et le statut du patient.

Place de l'infirmier dans ce contexte

A mon sens, cette place est fonction de l'investissement dans la situation en charge, et de l'effort de compréhension des différents niveaux qui s'y rencontrent.

J'entends par place non seulement celle que l'infirmier prend, mais aussi celle que le « client » et le contexte lui concèdent. L'investissement précède la compréhension il me semble ; d'une part parce qu'il répond au rôle implicite du soignant en tant que tel et du point de vue du patient. Ensuite parce que l'intérêt manifeste suscite la communication, celle-ci permettant en retour l'évaluation de la qualité de la relation.

C'est aussi souvent en fonction de cet intérêt que le patient donnera les informations amenant à l'étape de la compréhension, aux hypothèses de travail (facteurs déclenchants, histoire de vie, vécu institutionnel), et peut-être à une lecture compréhensible du discours délirant, de son contenu. Autrement dit, instaurer un climat de confiance propice à la circulation de l'information, entre le patient et ses réseaux.

Il s'agira aussi en tant que personne devenant significative de se considérer partie prenante du suivi, garants de sa cohérence, conjointement avec les autres intervenants et personnes significatives. « L'équipe thérapeutique, par ses techniques de réunion, où sont résolues les scissions doit présenter au malade un climat affectif positif qui l'aidera à synthétiser son moi » (Woodbury).

« Lorsqu'une personne est hospitalisée en psychiatrie, on imaginera sans peine qu'en plus de sa famille, de nombreuses autres personnes et institutions se trouvent la plupart du temps concernées... ».

« Toutes ces personnes ou institutions mobilisées expriment, à travers leurs réactions, des positions plus ou moins explicites quand à l'origine des difficultés du patient, au bien fondé de son hospitalisation, comme aux possibilités de réhabilitations » (Duruz et al.).

Le setting soignant doit faire montre de constance pour être efficace dans une telle démarche. Un cadre viable étant je crois, celui d'une relation thérapeutique établie et reconnue tant du point de vue des soignants que de celui du patient et des personnes significatives de son environnement. J'insiste sur ce terme de significatif, parce que « L'important est que le soignant soit là, dans une présence psychologique aussi totale que possible. Les accidents institutionnels, les drames parfois, découlent fréquemment d'absences soignantes, de hiatus dans la relation, de failles si aisément créées et par les réalités institutionnelles complexes et par l'ambivalence pathologique des malades ; mais aussi par le retrait du soignant un moment de son rôle » (Benoit).

Ce rôle ne pouvant être assuré que dans une constance de la relation, soit une permanence de la présence. Selon les périodes en qualité et quantité, à d'autres moments en qualité de cette présence ; basée sur une alliance solide et un partenariat effectif.

Conjointement, des réunions de réseau sont à un moment ou à un autre indispensables, et, lors de ces réunions la confrontation des avis et positions de chacun. Non seulement cela sera informatif, mais relationnellement aura valeur d'exemple, offrant au patient et à son entourage une expérience basée sur le « dire », l'expression et l'échange, la recherche ensemble d'une compréhension, d'un sens à la situation donnée, et de solutions communément envisagées.

En plus de rendre le système de prise en charge fonctionnel, cela peut instaurer d'emblée une autre ambiance que celle ou nous sommes amenés à réifier alliances ambiguës, triangulations négatives et ruptures relationnelles brusques.

« Le pattern d'interaction et le champ affectif du patient et de la famille » déterminant « en grande partie la structure de la personnalité du malade et son mode d'expression symptomatique » (Woodbury), de ne pas répéter « en miroir » le contexte producteur, autrement dit de viser à la clarté afin de ne pas produire une atmosphère ambiguë, angoissante.

Pour citer Sluzki, « Il serait recommandable que les cliniciens et les institutions soient attentifs... » et « opèrent avec la présomption qu'une rechute ou une détérioration peut révéler une non-concordance entre les objectifs des sous systèmes dont le patient fait partie ».

A mon sens parmi les hiatus favorisant un tel risque, ceux d'ordre communicationnel entre réseaux présents parfois. Renforcées par les représentations que chacun porte en lui du soin ad hoc, que son interlocuteur ne partage pas forcément, ni à priori, pour des raisons tant de modèle d'apprentissage professionnel que d'expériences cliniques. Leur non-confrontation risquant de parasiter la cohérence des actions de chacun.

La lecture du symptôme, lorsqu'elle diverge, doit nous poser question. Non un sens de savoir qui a raison ou qui a tort, mais plutôt afin de tenter ensemble de réunir nos différentes interprétations et regards, qui sont différentes facettes de la situation, de ce que le patient tente de nous transmettre.

La médication servant principalement à juguler l'état floride, puis à renforcer la résistance du patient aux stress quotidiens dans la mesure de ses possibilités.

Qu'il s'agisse d'hospitalisation ou d'ambulatoire, le retour dans un même service peut favoriser la création de liens significatifs avec des personnes référentes, qui le demeureraient à chaque retour. Le suivi à long terme est un moyen supplémentaire, même lorsque les entretiens sont très espacés (comme on peut le voir dans certaines thérapies dites brèves, qui cela dit peuvent durer des années). Il faut dire que je considère la référence comme l'un des moyens efficaces, au sens de la constance et de la mise en confiance réciproque.

Lorsqu'un tel suivi n'est pas praticable, les remises de service pourraient contenir en plus des données factuelles, des informations relationnelles, une liste des intervenants et de leurs rôles dans la prise en charge de leurs positions quant à la situation. En quelque sorte des éléments permettant de se faire une représentation de cette situation. Pour mieux dire, les entretiens de réseau pourraient en plus d'apporter de nouveaux éléments, engager de nouvelles réflexions.

Pour terminer, je crois nécessaire de rajouter que nous avons appris, question maladie mentale, à raisonner en termes de défauts, qu'un moyen supplémentaire d'aborder un symptôme est de raisonner en termes de ressources ; cela en le restituant dans son contexte d'apparition (voire d'efficacité). Cela veut dire, d'en saisir le sens, la logique (même si celle-ci est « folle », il s'agit d'une logique). Ni le délire, ni la manipulation, ni le clivage ne tombent du ciel ; ce sont souvent des manières de répondre à des manques qui sont les manières les moins pires qu'on trouve les gens et leur entourage ; ce que j'entends par ressources. « Si un traitement a échoué, c'est que le patient et nous ne nous sommes pas rejoints » (Cabié).

C'est à nous, dans un premier temps d'accéder au niveau de communication auquel se trouve le patient, si nous voulons ensuite l'accompagner dans un traitement, à une nouvelle expérience de vie, positivante, une expérience de sa maladie autre que celle culpabilisante et angoissante du « mal faire ».

C'est à chacun en tant que soignant de se préoccuper du regard que l'autre porte sur un patient commun. De se questionner sur son environnement direct et institutionnel, de viser au partenariat et à la co-évolution. En cela, les échanges ouverts et circulants entre intervenants ne peuvent être qu'un exemple.

Bibliographie

- J.-C. Benoit, *Les doubles-liens*, PUF, 1981.

- J.-C Benoit, « Soins institutionnels et psychothérapie », *Annales et psychothérapie*, 1970.

- Woodbury, « Ethnopsychiatrie et somato-psycho-sociologie », *L'information psychiatrique*, 4, 1992.
- E. Fivaz et al., « Thérapies en institution : Dimensions et communications internes du système d'encadrement thérapeutique », *Anales médico-psychologiques*, 8, 1981.
- K. Weingarten, « A consideration of intimate and non intimate interactions in therapy », *Family process*, 1992.
- M.-A. Schwartz, « Systems and the structuring of meaning: Contribution to biopsychosocial medicine », *Am. J. Psychiatry*, oct. 1996.
- P. Fustier, « Institution soignante et double prise en charge », *Revue de psychothérapie de groupe*, 13.
- N. Duruz et al., « Un essai d'évaluation contextuelle d'un patient hospitalisé », *Thérapie Familiale*, 2, 1987.
- T. Caplow, « Les triades. Propriétés et types », in *Deux contre un*, ESF/1984.
- Cirillo et al., « Modélisation des processus psychotiques », in *Jeux psychotiques de la famille*, ESF/1990.
- C. Sluzki, « Process of symptom production and patterns of symptom maintenance », *Journal of marriage and family therapy*, 3, 1981.
- G. Ausloos, *La compétence des familles ; Temps, chaos et processus*, ERES-RELATIONS/1995.
- Aperçu du modèle en thérapie brève tel que pratiqué par M. C. Cabié au CATTP de Valmy.

Additif

Les textes sont les résumés d'exposés fait lors du colloque thématique des soins infirmiers du DUPA du 07.05.1997 sur le site de Cery.

Prilly, mai 1997/nbu

PATIENT EN URGENCE ET DELIRE

Diagnostic psychiatrique

