

---

---

# L'ECRIT

---

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

**Numéro 16**

**Février 1999**

## SECTION DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE (STP) « UNE EXPERIENCE DE CHANGEMENT »

### **Introduction :**

En avril 1998 commençait dans le Département Universitaire de Psychiatrie Adulte une nouvelle organisation des soins. Elle visait à inscrire les patients dans un cadre hospitalo-ambulatoire selon les types différenciés de leur pathologie (section des troubles anxieux et de l'humeur, section des troubles du spectre de la schizophrénie, section des troubles de la personnalité, etc.) Ce passage d'une psychiatrie généraliste à une psychiatrie spécialisée nous a posé et pose encore, de nombreux problèmes, tant au niveau clinique, institutionnel que personnel.

Le service des soins infirmiers a ouvert la possibilité pour chaque soignant de faire un choix préférentiel pour l'une ou l'autre des nouvelles sections. Ce procédé a nourri une motivation importante capable d'assurer dans un cadre pluridisciplinaire la mise en place de changements significatifs des pratiques soignantes. C'est de cette façon que s'est formée l'équipe infirmière de la section des troubles de la personnalité.

Après 9 mois d'exercices parfois périlleux, devant une assistance nombreuse venue chercher quelques solutions aux comportements déviants de sa propre clientèle, elle a présenté son premier bilan. Sa richesse et sa complexité ont été ardues à écrire.

---

### **Une section des troubles de la personnalité ?**

Les études de Gunderson et Phillips (1995), faites aux USA, montrent qu'environ 10 à 13% de la population générale souffrent de troubles de la personnalité. Sur la base de plusieurs études faites dans différents settings hospitaliers, ces auteurs concluent que 15% environ des patients hospitalisés le sont tout d'abord pour un trouble de la personnalité et que sur les 85% restant,

50% des patients présentent une comorbidité importante dans laquelle le trouble de personnalité peut lourdement compromettre l'évolution de la symptomatologie dépressive ou anxieuse. En ce qui concerne la clientèle ambulatoire, le taux de prévalence atteint de 30 à 50%.

La prévalence de troubles de la personnalité comme diagnostic principal pour le DUPA sont, en 1997, de 12% à l'hôpital et de 17% en ambulatoire. En outre 1/3 des journées hospitalières concernent des patients ayant un diagnostic secondaire de troubles de la personnalité.

Ces troubles représentent donc une problématique importante au sein de la clinique, tant comme problème principal que comme problème associé à un autre trouble psychiatrique.

## **Troubles de la personnalité ?**

Si ces pathologies touchent une partie importante de la population, comment les définir? Définitions qui sont à utiliser comme outil de travail et non à considérer comme vérités intangibles.

Les troubles de la personnalité, particulièrement ceux des patients borderlines, représentent des modalités de comportement profondément enracinées et durables qui sont souvent, mais pas toujours, « altération du fonctionnement et des performances sociales d'intensité variable » (ICD-10, 1993).

Nous pouvons répertorier ces comportements de la manière suivante:

### **1. Instabilité et excès dans les relations interpersonnelles.**

### **2. Impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables pour le sujet:**

- argent,
- sexualité, drogues,
- conduites orales,
- actes délictueux.

### **3. Instabilité affective: passage de l'humeur de base à la dépression, l'irritabilité ou l'anxiété, sans raison majeure et durant quelques heures.**

### **4. Colères intenses inappropriées.**

### **5. Menaces ou comportements suicidaires.**

### **6. Perturbation marquée et persistance de l'identité caractérisée par une incertitude dans au moins deux domaines:**

- Images de soi, -Choix sexuels, -Objectifs à long terme,
- Choix de carrière,
- Type d'amis,
- Choix des valeurs (changements fréquents d'appartenance politique, propos antisociaux).

## **7. Sentiments permanents de vide et d'ennui.**

## **8. Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés.**

### **Cadres de référence**

Population ciblée, définitions opérationnelles de la pathologie, il restait à l'équipe pluridisciplinaire à s'apparenter à des modèles de références.

Ces cadres théoriques autorisent une problématisation permanente de la pratique clinique. Ils sont d'origines diverses et ne postulent pas d'emblée à une cohérence programmatique. Nous les donnons en fonction des priorités qu'ils défendent. Christiane Bertelli, dans l'expérience qu'elle conduit à Montréal dans le cadre d'une section spécialisée dans les troubles de la personnalité, insiste sur la priorité absolue de la dimension ambulatoire pour le traitement de ces clients. La réduction de la durée des hospitalisations est présentée comme un objectif stratégique.

La « thérapie dialectique » de Linehan, appliquée à Genève vise à travers une pratique de groupe à améliorer la gestion de leurs comportements.

« L'approche par le minimum optimal », plus communément connue sous l'appellation « Seuil Bas » a été élaborée à Lausanne par le Dr M. Stigler (actuel médecin cadre de la section) et R. Philippoz (infirmier actuellement responsable de la section des troubles du spectre de la schizophrénie) à partir d'une clientèle toxicomaniaque vue en consultation ambulatoire, continue d'alimenter le débat sur les conditions d'alliance avec ces clients.

Ce modèle insiste sur l'a priori du maintien du lien et donc de l'obligation d'adapter les règles aux ressources réduites des patients en début de traitement.

Cette stratégie s'appuie sur la notion de référent continu, défini comme « plaque tournante », comme celui qui coordonne les interventions thérapeutiques ambulatoires, hospitalières et éventuellement à domicile, sur le long terme.

Enfin nous nous sommes appuyés sur certaines valeurs développées dans le cadre des Nouvelles Orientations de la Politique de Santé du Canton de Vaud, particulièrement le chapitre concernant la mise en place des réseaux, même s'il n'est pas évident d'accoler un projet de nature économique à un projet clinique.

Fort de ces quelques modèles (voir les références bibliographiques), enrichis des approches psychodynamiques de Kernberg, nous avons défini un cadre d'accueil, que nous supposons pertinent.

### **Cadre hospitalo-ambulatoire**

Trois pôles ont articulé les premières visées thérapeutiques. L'hospitalier comme contenant de la crise, l'hôpital de jour comme outil de travail à court terme sur les handicaps les plus pénalisants, l'ambulatoire comme accompagnement à long terme.

Plus qu'avec d'autres populations, les soins doivent commencer par un travail approfondi et parfois durable sur l'alliance et la motivation de façon à créer les conditions pour qu'un traitement actif soit possible. On peut définir ainsi trois concepts de soins qui pourront s'articuler dans les trois dispositifs institutionnels.

## **La clinique**

**1. Alliance:** clarification des fonctions de tous les intervenants, connaissance réciproque, mise en confiance et création d'un lien sur la durée. Etape incontournable sans laquelle tout projet commun n'est qu'un leurre.

**2. Motivation:** définition des motivations de la personne à se soigner, compréhension et acceptation de leur mode de fonctionnement actuel, compréhension de la signification et des conséquences de futurs changements dans leur existence.

**3. Traitement:** mise en place d'outils de prise en charge spécifiques et centrés sur la personne.

## **L'hôpital de jour**

Il s'adresse aux clients qui, dans le délai d'un programme de 6 semaines, éprouvent la nécessité d'asseoir leurs compétences sans avoir besoin du cadre hospitalier à plein temps. Il est structuré par des groupes fermés (sport, affirmation de soi, relaxation, psychothérapeutique) animés par des référents pris dans l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, selon un programme hebdomadaire fixé à l'avance.

## **L'ambulatoire**

Il est centré sur les prises en charge de durée limitée ayant pour objectif le maintien du changement sur le long terme.

Il repose sur deux sites:

- Polyclinique Universitaire de Psychiatrie de Sévelin (composée d'un médecin associé, d'un chef de clinique à 50%, des assistants médecins à 50%, des assistantes sociales et d'une infirmière hospitalo-ambulatoire de la STP soutenue par l'équipe infirmière ambulatoire de la section Minkowski.
- Unité de soins Erable/Tamaris à Cery (composée de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire dirigée par un médecin associé et organisée en fonction de la référence continue).

L'ensemble de ce dispositif complexe doit gérer des rapports parfois délicats avec les autres membres du réseau de soins, les autres sections du DUPA, les Etablissements Médicaux Sociaux (EMS), le Groupe d'Accueil et d'Action Psychiatrique (GRAAP).

Le Chiffre de la Parole et des associations diverses comme la Loi d'Aide aux Victimes

d'Infraction (LAVI). Cette dernière prend en charge les abuseurs sexuels et les abusés, qui composent une partie significative de notre clientèle.

Mais aussi il doit maintenir des contacts les plus structurants possible avec les personnes significatives qui entourent le client (famille, amis, etc.).

## **Une clinique à inventer ?**

Une fois ce cadre ambitieux et ces quelques principes posés il s'est agi de les confronter à la clinique, ce qui dans les rapports tumultueux avec des patients qui jouent allègrement sur les limites institutionnelles et personnelles n'est pas allé de soi, particulièrement au début.

## **Le cadre hospitalier**

Sur le site de Cery, la première décision a été d'ouvrir la division. Signe fort puisque l'habitude était enracinée de répondre à toute violence auto ou hétéro agressive par un renforcement des conditions d'internement (augmentation des traitements sédatifs, isolement en chambre et contention). Confrontés à la responsabilité de leurs actings, les clients, après un temps de confusion, ont accepté de ne plus la faire porter par les soignants.

La symétrie qu'ils entretenaient et dans laquelle nous les accompagnions naguère dans des escalades dont chacun se sortait de plus en plus mal, n'était plus de mise. Même si cet apprentissage est à reprendre pour chacun, si à chaque instant la menace de suicide ou l'auto-mutilation vient interroger viscéralement le soignant sur son rôle, il est maintenant acquis que le niveau de violence a baissé de manière significative pour n'être plus que l'exception.

Afin de pallier à l'urgence permanente dans laquelle ces clients nous mettent, « si je n'ai pas cela (médication, entretien avec l'assistant, etc.) tout de suite, je fais une bêtise », nous avons d'entrée clarifié les objectifs et les moyens avec chacun d'eux.

Lors du premier entretien avec le client, la présence de tous les intervenants directs (médecin cadre, médecin assistant, infirmier référent, assistante sociale) permet de montrer la cohérence de notre approche des soins.

C'est aussi à ce moment qu'est *précisée la demande de prise en charge*, ainsi que la symptomatologie que présente la personne, qu'est *clarifiée la réelle difficulté de vie* de la personne, qu'est *délimité un cadre de travail* tenant compte de nos offres de soins et nos limites.

Nous fixons un échéancier dont le but est d'inscrire dans le temps tous les rapports contractuels que le client aura avec les membres de l'équipe, heure et jour d'entretien, durée de l'hospitalisation et définition des objectifs pouvant être évalués dans un temps précis. Enfin il inclut une réflexion commune sur la conduite à tenir en cas de rupture des clauses principales du contrat. Il est important pour nous que ce contrat soit aussi signé par le client.

Une petite plaquette d'information sur la section, ses buts, ses offres en soin et la nature des troubles traités leur est systématiquement distribuée dès l'admission. Cette lecture leur permet de commencer à identifier les correspondances entre leur vécu et la perception que nous en avons.

Nous n'avons pu atteindre notre objectif initial de remplacer complètement l'hospitalisation à

temps plein par une hospitalisation limitée à la journée. Un travail préalable d'approfondissement du lien avec les patients s'est avéré nécessaire et n'a pu se nouer qu'après plusieurs contacts en situation de crise.

Au début notre modèle d'hospitalisation était peu clair. Nous avons pratiqué des hospitalisations de longue durée avec des mouvements régressifs massifs, une augmentation de la violence et des automutilations. L'extrême difficulté de gérer ces situations nous a conduit à choisir un modèle d'hospitalisations brèves, limitées à 15 jours et orientées vers le soutien au traitement ambulatoire.

En conséquence, plusieurs hospitalisations brèves nous ont paru préférable à une longue hospitalisation. Pour plusieurs patients, l'alliance a pu être établie après trois hospitalisations pour arriver à notre objectif, l'hospitalisation brève de quelques heures à trois jours. Signe tangible de l'alliance et du souhait des clients de prévenir leur rechute plutôt que de continuer à explorer des impasses qu'ils reconnaissent comme extrêmement dommageable pour eux.

Dans l'hypothèse d'une alliance conjoncturellement impossible, nous avons dû accepter, supporter que certains quittent l'hôpital, non parce qu'ils allaient cliniquement mieux, mais parce qu'ils refusaient tout compromis avec nous. Situation épineuse dans laquelle ils ont fait la preuve de leurs ressources, mais qui n'a pas manqué d'alimenter des craintes importantes de tous les membres de leur réseau (famille, médecin traitant, etc.)

Il n'en reste pas moins vrai que leurs symptomatologies quotidiennes (fugues, automutilations, etc.) qui s'enflent parfois de la surenchère des autres clients, tout contents de mettre un peu d'huile sur le feu, nous confrontent assez vite à nos limites et nous obligent à nous définir. Il s'agit alors, pour ne pas perdre pied, de faire nôtre cette maxime de Kernberg : « il est important pour les patients de se rendre compte que leurs menaces de suicide et autres fugues pathologiques n'exercent pas de pouvoir démesuré sur le thérapeute; même si celui-ci serait triste si le patient mourrait, s'il lui arrivait quelques désagréments, il ne se sentirait pas responsable et sa vie n'en serait pas sérieusement changée ».

Cette ultime limite provoque très vite, quand elle nous est assénée de façon répétée, un état proche du burn-out. L'expérience aidant, il semble que nous arrivions mieux à gérer ce stress quotidien.

C'est, de façon imagée, l'histoire, racontée par un cadre médical de la section, d'un soignant et d'un client qui patinent sur un lac gelé parsemé de trous invisibles. Souvent, entraîné par le client, le soignant se retrouve plonger dans l'eau glacée contre son gré. Sa seule ressource est d'être relié par une corde à un collègue que ce dernier tirera à la moindre sollicitation. Image d'aventures communes dont la condition sine qua non est que le soignant ne se noie pas là où le client le ferait.

### **L'hôpital de jour, une alternative ?**

C'est pour répondre à ce choix préalable d'hospitalisations courtes, selon le modèle canadien, que nous avons organisé l'hôpital de jour. Il permettait de maintenir les patients dans la communauté tout en leur assurant un encadrement important pendant la journée. Nous avons réalisé deux sessions de 6 semaines. Nous avons été dépassés par deux paramètres.

Le premier, organisationnel, nous a conduit à n'être plus à même d'assurer sa survie faute de

personnel; en effet les surinvestissements du début ont contribué à une accumulation de jours de travail qu'il a bien fallu que nous récupérions. Le second, clinique, a été le constat que seul un nombre minime de patients hospitalisés pouvait réellement utiliser une telle alternative.

L'expérience de ces groupes a enrichi nos rapports avec les clients, en offrant des médiations nouvelles dans notre pratique saignante, en nous donnant à entendre par exemple toute la jouissance que certains éprouvaient à contrôler l'entourage en l'inquiétant.

Nous nous sommes rendus compte toutefois que nous avons privilégié les programmes de l'hôpital de jour au détriment des prises en charge strictement hospitalières. Nous nous orientons maintenant vers la constitution de groupes ouverts qui pourraient bénéficier à la clientèle ambulatoire et hospitalière. Cela correspond mieux à nos forces de travail, en rééquilibrant les deux pôles sans léser les clients hospitalisés qui ont besoin d'une présence accrue. Abandon relatif donc d'un dispositif de soins qui n'enraye en rien notre souci de développer nos offres en soins ambulatoires.

### **L'ambulatoire: les offres.**

- Accès « Seuil Bas » pour les patients à faible potentiel évolutif.
- Relation d'aide « thérapeutique ».
- Relation de soutien.
- Approche corporelle (massage relaxant, drainage lymphatique, etc..).
- Suivi médicamenteux journalier ou hebdomadaire. Relaxation.

### **Indications au suivi ambulatoire à partir de l'unité hospitalière:**

- Finaliser la résolution de problèmes en cours.
- Maintenir le lien établi entre référents/patients.
- Poursuivre le projet thérapeutique à moyen terme.

### **Indications au suivi ambulatoire à partir de la policlinique (Sévelin):**

- Les clients bénéficiant de la spécificité des soins de la section sans avoir séjourné en milieu hospitalier.

Si la jeunesse de la section nous laisse encore indécis sur les conditions d'un suivi ambulatoire, malgré les outils dont nous avons déjà parlé, il nous faudra assez vite, si l'on veut diminuer les risques de chronicisations produits par le double mouvement de la constitution réciproque d'une équipe soignante et d'une clientèle qui se fidélise et qui craint l'abandon, définir de façon plus opératoire les concepts de moyen et long terme.

Nous constatons que si nous désirons aider ces clients il faut tout d'abord créer **un lien significatif**, l'alliance.

Cela permet au client de s'exprimer avec authenticité, mais également de ne pas nous mettre systématiquement dans un rôle de mauvais objet.

Cela tend également à diminuer la violence qu'il y a en eux par la possibilité d'exprimer leur colère à tout moment avec des personnes pouvant respecter ce droit (si la tension devient

ingérable dans l'unité nous proposons à la personne de sortir accompagnée ou non accompagnée, durant un temps limité afin de reprendre le contrôle d'elle-même, puis un rendez-vous était pris pour ouvrir un dialogue sain).

La continuité des soins semble être un moyen efficace d'évolution pour la personne. La difficulté réside dans la terminaison de la prise en charge.

Les neuroleptiques à effet anxiolytique (ex. Truxal) sont les médicaments les plus appréciés et aidants pour les clients.

La cohésion de l'équipe pluridisciplinaire reste la pierre angulaire d'une bonne prise en charge.

Le soignant infirmier ne doit pas se sentir indispensable dans la vie du client.

Notre offre en soins se porte sur des objectifs centrés sur les désirs de vie de la personne où l'atteinte d'un bien-être personnalisé semble plus réaliste. La « guérison » reste un objectif qui est actuellement difficilement évaluable.

On ne peut pas faire l'économie d'une non participation aux réseaux externes sous peine de s'épuiser et de disparaître rapidement.

Le soignant doit se focaliser sur un traitement axé davantage sur le long terme que sur une réponse immédiate de soin.

## **Quelques chiffres**

Du 1er avril au 31 décembre 1998 et tirés de Opale sous toutes réserves.

**Admissions : 166**

**Réadmissions : 14**

**Durée moyenne de séjour : 10 à 15 jours**

Nous remercions tout particulièrement le Docteur Charles Bonsack (médecin associé de la section) pour ses réflexions ainsi que Mlle Stantzou Alexia (élève stagiaire en soins infirmiers) pour son apport concernant les modèles et théories de soin.

## **Bibliographie**

### **Livres**

Kérouac S., *La Pensée Infirmière*, conceptions et stratégies, Maloine, 1994.

Travelbee J., *Relation d'aide en nursing infirmier*, Renouveau Pédagogique, 1978.

Bertelli C., *Troubles de la personnalité: approches stratégiques*, 1997 (non publié).

Kernberg O. et al., *La thérapie psychodynamique des personnalités limites*, PUF, 1995.

Linehan M., *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*, Guilford, 1993.

## **Revues**

M. Stigler, R. Philippos, «Une expérience de substitution par la méthadone en polyclinique psychiatrique », *Nervure*, VIII, 7, 1995.

M. Stigler, «Prise en charge des toxicomanes: une alternative », *Revue médicale de la Suisse romande*, 113, 1993.

D. Barbier, « Organisations limites de la personnalité: aspects sémiologiques », *Soins Psychiatriques*, 130/131, 1991.

P. Chompret, «Patients états-limites, prise en charge institutionnelle », *Soins Psychiatriques*, 130/131, 1991.

M. Stigler, Ch. Bonsack, Ph. Quinche, « L'approche par le "minimum optimal" », *Revue médicale de la Suisse romande* (à paraître).

## **Documents du Service de la Santé Publique de l'Etat de Vaud concernant les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS)**

*Rapport NOPS*, juin 1997.

*Comment créer un réseau de soins*, 1997.

*Priorités et objectifs pour la phase de transition*, 1998.

*Cahier des charges en vue de la négociation d'un contrat de prestations*, 1998.

Pour l'équipe de la section des troubles de la personnalité:

Présentation: Vincent Schneebeli (IRS), Didier Vasseur (infirmier).

Rédaction: Jérôme Pedroletti (inf-clinicien).