

L' E c r i t

Hors série/2
2010

Service des soins, Département de Psychiatrie, DP-CHUV, Lausanne, CH.

Recueil de présentations

« Journée Vaudoise des
pratiques soignantes en
psychiatrie »

De 2008 et 2009

L' E c r i t

Sommaire

Journée Vaudoise « *Promotion de la santé, richesse du soin en milieu hospitalier* » 2008 : p.3
« *Richesse du soin et compétences partagées* »
Secteur Ouest, Laurence Jacquart, Bernard Gibert

Journée Vaudoise « *La relation dans le soin : réalité ou illusion ?* » 2009 : p.24
« *Part d'éducation - Portion de pédagogie - Une équipe de soins* »
Secteur Centre, Aurélie Aeberhard, Tarja Cachelin, Catherine Hardtke,
Frédéric Lambelet, Véronica Pellanda, Sonia Suter

Richesse du soin, compétences partagées

1^{ère} partie

Les nouvelles figures du soin

Laurence Jacquart / secteur Ouest

Ainsi vit-on sa vie d'homme, dans notre univers : il faut sans cesse reconstruire son identité d'adulte, cet assemblage bancal et éphémère, si fragile, qui habille le désespoir et, à soi devant sa glace, raconte le mensonge auquel on a besoin de croire. Muriel Barbery, L'élégance du hérisson

Nous nous sommes permis d'emprunter le titre « Les nouvelles figures du soin » d'un article - cité en référence - dont la réflexion plutôt philosophique concerne la relation de soin. Celle relation constitue le « cœur » de notre profession où le savoir-être côtoie en permanence le savoir-faire.

1. Bref historique

La profession a évolué et S.Kerouac dans « La pensée infirmière » distingue 2 périodes chronologiques :

Dans les années 1900-1950, le champ de compétences de l'infirmière est lié à celui de la profession médicale et le but est de traiter la maladie. On peut parler d'une **approche dissociative du soin**, où soigner c'est soigner quelque chose, un mal ou une partie du corps isolable que l'on peut traiter.

Dès 1975, le soin vise le bien-être tel que le client le définit et celui-ci est partenaire du soin. L'infirmière crée des **possibilités de développer le potentiel de la personne**. Cela nécessite une attention, une intentionalité de la part de l'infirmière. C'est donc l'aspect global, intégratif de la relation de soin qui nous intéresse aujourd'hui.

Définition du **soin** : toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard pour cet être même.

Le contraire du soin étant, en philosophie comme en médecine et dans la vie, la négligence. Aussi le soin infirmier consiste en un processus intersubjectif d'humain à humain qui nécessite un engagement au « caring » en tant qu'idéal moral.

2. Caractéristiques de la relation de soins

...il n'y a pas de soin sans une relation entre une faiblesse qui appelle de l'aide, mais qui peut devenir une soumission, et une capacité qui permet le dévouement mais qui peut devenir un pouvoir, et même un abus de pouvoir.

Frédéric Worms, 2006

La relation de soin est par nature asymétrique.

Or, les relations asymétriques ravivent des processus de projection et de déni. La personnalité du soignant - dans son aspect affectif en particulier- est dans un contexte psychiatrique un outil de travail incontournable. Avec son système de référence personnel le soignant peut donc imposer une lecture unilatérale de la situation. Il pourrait même ignorer la demande réelle de l'autre.

La réponse doit pourtant obligatoirement passer par la **reconnaissance de l'autre comme un être humain à part entière**.

Considérer qu'il existe réellement une pluralité de points de vue - ce qui correspond d'ailleurs bien à notre vécu en équipe soignante- nous rappelle que l'autre n'est pas qu'un simple miroir à disposition.

Pourtant force est d'admettre que la relation de soin engendre des postures de soignant et de soigné et que les rôles ne sont donc pas permutable. Le statut de provisoire dépendance du soigné peut être considéré comme le résultat d'une **autonomie affectée par la maladie**. Ceci n'équivaut pas à la déficience, l'incomplétude, l'anormalité, la déchéance...

Sachant que seule la présence d'un autrui permet de soutenir le développement vers la maturité et l'individuation, **la condition humaine repose par nature sur les liens d'interdépendance** entre sujets. **L'autonomie qui nous fait gagner cette maturité n'a jamais valeur d'absolu**. La dépendance entre les êtres humains est donc une figure de cette vulnérabilité. La question du soin se pose dès lors de façon récurrente au cours de la vie humaine.

C'est en mobilisant le **respect** comme ressource relationnelle reproductible dans la réalité que l'on peut penser et vivre la relation de soin comme un contact thérapeutique vivant et personnalisant.

Le respect, la vigilance et le retour sur soi permettent aussi de minimiser l'instrumentalisation de la personne dépendante et de répondre davantage à ses attentes.

Le soin relationnel est donc fondé dans un contexte de dépendance sur un lien expressif entre les corps et les individus.

Il concerne un besoin dont le sens est autant celui d'une interaction que d'un contenu particulier.

Le patient ne demande en effet pas une chose, un objet mais une réponse.

Le besoin est « vital » en psychiatrie la plupart du temps et d'abord parce que les carences sont ressenties comme dévitalisantes par les individus - et non pour un enjeu immédiat de vie et de mort. Les personnes souffrent en effet dans leur dimension essentielle, la dimension psychologique.

Au niveau infirmier les réponses à donner se situent sur 2 niveaux : la réponse pré-établie comprend l'énoncé du cadre de soin et le rappel du cadre institutionnel. La réponse non établie traduit notre singularité, se souligne par l'importance de dire « je », de se positionner en tant que sujet dans l'énoncé de la réponse.

3. Enjeux et risques de la relation de soin

Un enjeu de la relation de soin est **l'adaptabilité aux besoins du plus vulnérable**. Cette adaptabilité résulte avant tout d'un travail et non d'une entreprise de don de soi. Une attention particulière constitue le pivot de la disposition au soin. Elle assure la fiabilité, la continuité, le **caractère vivant et non stéréotypé** de la relation de soin.

La chance pour les soignants en psychiatrie tient peut-être dans le peu de parcellisation des tâches et de gestes stéréotypés. L'infirmier s'engage donc en tant que personnalité unique avec ses émotions dans cette relation à l'autre. **Il soutient l'espoir, la recherche de sens, la recherche spirituelle au sens large du terme**. De la qualité de cette relation, de l'aptitude du soignant d'offrir une présence chaleureuse et inconditionnelle vont permettre à la personne soignée de se développer et de croître dans toute la mesure du possible. Hildegard E. Peplau nous propose de nous interroger ainsi :

« La relation infirmière-patient peut-elle se développer de façon à encourager le développement de la personnalité, en remplaçant les sentiments d'impuissance par des sentiments de créativité, de spontanéité, de productivité ? »

Cependant ce contact « vivant » qu'est le contact thérapeutique nécessite une présence psychique constante.

Cette disponibilité relationnelle se traduit entre autres par l'écoute.

Ecouter, c'est donner existence à l'autre.

C'est pour le soignant faire l'expérience de la rencontre avec l'altérité et la souffrance.

A l'inverse, l'automatisation des gestes de contact et de communication est une source possible de violence. S'adresser par exemple aux patients d'une manière brusque ou stéréotypée avec des inflexions de voix spécifiques peuvent leur suggérer de se taire, de ne pas manifester leur présence. Cela correspond à éviter la relation et se défaire du contact. Or la thérapie commence déjà lorsque la personne décroche son téléphone pour prendre rendez-vous...

Pour s'assurer de la bienveillance des parties engagées, il faut introduire **de la considération** dans les relations asymétriques de façon à réduire leur déséquilibre. Le postulat suivant peut servir de base aux principes éthiques engagés :

« Le respect de la dignité de l'individu et du caractère unique de la vie sont au centre de toutes les activités infirmières ».

Ces activités requièrent de **l'empathie** dont les mécanismes sont expliqués par Jean Decety (spécialiste américain des neurosciences):

« comprendre la situation d'autrui, et y réagir de manière appropriée nécessite à la fois un partage affectif et une mise à distance ».

4. Capacités et potentialités

« Ce qui mérite estime et respect, ce sont des capacités et des potentialités » selon Paul Ricoeur dans « Le soi digne d'estime et de respect ».

Le caractère violent de notre intrusion dans la sphère propre du patient, l'accès à son intimité sans réciprocité, bien qu'objectivement nécessaire, peut être atténué si des capacités sont attribuées de part et d'autre. Nous devons donc **être attentifs à ce que le soigné puisse garder la maîtrise des conditions de son « dévoilement » pour qu'il ne se sente pas humilié dans une impuissance.** Ne pas mépriser son autonomie dans sa dépendance.

L'autonomie étant la capacité d'une personne de choisir elle-même les règles de sa conduite, l'orientation de ses actes et les risques qu'elle est prête à courir.

Aussi, D.Winnicott, pédiatre et psychanalyste, nous met en garde contre notre besoin de maîtrise, il suggère de ne pas imposer sa présence à l'autre.

Il est essentiel d'être conscient que **les soignants et les soignés ne partagent pas les mêmes valeurs. Ils ne s'accordent pas à priori sur une définition de la santé et de la maladie, ni sur le normal et le pathologique, ni sur la même idée d'un mieux-être, ni sur ce qui est souhaitable et ce qui ne l'est pas.**

S.Kerouac parle d'expérience de santé vécue comme une expérience existentielle.

5. Compétences « dévoilées »

Au travers de ce qui précède, quelques unes des compétences nécessaires des soignants se sont esquissées. Qu'en est-il des soignés, ceux que nous appelons encore couramment « patients » du latin « patiens », « qui supporte ».

Pour découvrir véritablement qui sont les soignés il faut communiquer. La difficulté d'avoir trop de connaissances préalables sur le malade au stade de la rencontre est que cela risque de nous empêcher de l'encourager à raconter son histoire. Le danger consiste aussi à « présumer » des choses.

« Chaque malade devrait être interrogé comme s'il était une porte qui s'ouvre vers l'extérieur ».

Les questions fermées ou tendancieuses influencent les réponses, les restreignent. L'écoute peut être sélective si les sujets abordés sont tabous pour le soignant...

L'écoute active inclue donc des **questions ouvertes**, des silences « habités ». Elle devrait permettre au malade de se présenter à son rythme, d'exprimer ses sentiments, sa perception de sa maladie et ses réactions face à celle-ci, éventuellement ses perspectives, ses attentes,... Elles laissent le **contrôle au malade qui peut commencer son récit où il considère que c'est significatif.**

C'est lui qui sera le baromètre de l'efficacité de l'entrevue ; il peut montrer des signes d'impatience face aux répétitions, un malaise face aux sujets difficiles, de la reconnaissance face aux mots reformulés qui correspondent à son vécu.

Les soignés ont des connaissances multiples qui ne doivent pas être sous-estimées. Celles qui concernent des savoirs en lien avec la maladie peuvent être vérifiées, affinées et validées avec les soignants.

La communication doit être efficace, de sorte que les soins puissent être planifiés sur la base des **problèmes réels du malade, plutôt que sur ce que nous « croyons » être ses problèmes.** La priorité que le malade accorde à ses problèmes peut-être très différente de l'image que le soignant s'en fait. Une fois ceci reconnu, ces derniers peuvent **encourager le malade à classer ses problèmes.** Cependant toutes les compétences des soignés évoluent aussi dans le temps : l'arrivée à l'hôpital correspond à un stress considérable.

La plupart des malades ne demandent pas mieux d'expliquer ce qu'ils veulent véritablement dire ou ce qu'ils ressentent réellement, pour autant qu'ils évoluent dans un **environnement qui les encourage à la vérité et à l'honnêteté**.

Si « *la maladie, c'est le mal à dire* » comme l'écrivait Lacan, « être malade, c'est être malade de ne pas pouvoir parler parce que la parole est enchaînée, sans lieu ni espace pour s'exprimer ».

Nous essayons d'offrir un cadre de soin personnalisé, sécurisé et sécurisant où le soigné puisse se poser, investir l'espace et renouer avec ses initiatives créatrices.

6. La richesse des alliances

Si la prise de contact est suffisamment satisfaisante, elle peut être un gage de la réussite de la relation. Il est alors temps de chercher à établir une « alliance thérapeutique ».

L'alliance signifie la reconnaissance des effets positifs de la prescription et son acceptation dans un partenariat.

Cette définition « dépasse » donc celle de la compliance qui est l'obéissance du patient à la prescription thérapeutique.

L'alliance thérapeutique n'est pas implicite. Elle suppose au préalable un minimum de connaissances et reconnaissances mutuelles. Les personnes faisant appel à nous pour la première fois ne connaissent ni nos compétences, ni nos limites.

Nous **devons gagner leur confiance** et alors elles pourront nous accorder un **mandat** pour les aider. Nous devons aussi et surtout **utiliser ce mandat pour faire valoir la compétence du patient pour lui-même**. Le patient nous mandate pour l'aider, nous le mandatons pour nous aider à l'aider...car l'expert pour sa thérapie c'est lui.

L'entourage-ressource du patient peut avec son accord prendre part à son projet thérapeutique. Il décide aussi de faire confiance ou non aux soignants et de leur octroyer un mandat.

Il faut savoir que des solutions logiques ne sont pas nécessairement acceptées par les malades. Ceci doit renforcer la notion que les individus doivent dans toute la mesure du possible trouver leurs propres solutions. Aussi, si on espère une interaction vraiment efficace avec le malade, il faut que **les réponses aux questions soient profondément ancrées dans les pensées et les croyances du malade**.

Les alliances une fois formées permettent d'entrer dans une relation de **coopération**.

« Cela suppose de travailler ensemble avec nos compétences, nos valeurs, nos responsabilités respectives et aussi nos insuffisances, en sachant qu'il n'y a pas de vérité mais seulement un processus d'essais et d'erreurs dans lequel on peut cheminer et grandir. » selon G. Ausloos dans « La compétence des familles »1995

Compétences partagées

2ème partie

Bernard Gibert / secteur ouest

Introduction :

Dans les unités de crise intra-hospitalières, l'exacerbation des symptômes rencontrés tels que alcoolisations à répétition, dépressions sévères, bouffées délirantes, états maniaques, états confusionnels... la nature même de certains de ces symptômes (psychotiques) et les enjeux vitaux auxquels sont confrontées les équipes soignantes peuvent aller jusqu'à les empêcher de penser le soin tel qu'on peut le voir désiré pratiqué depuis de nombreuses années dans les revues spécialisées.

Dans les unités de transition extra-hospitalières tels que hôpitaux de jour, unités de réhabilitation, de post-cure, ou EMS, une part plus importante d'autonomie et de responsabilité est accordée au patient, permise en cela par la stabilisation de son état d'une part, et d'autre part par une plus importante possibilité d'autonomie et de responsabilité revendiquée, accordée et prise par les soignants.

Cette attitude soignante, prônée par les théories infirmières en général, gagne de plus en plus les services d'hospitalisation (admissions, crise) .

Notre intention est d'essayer de démontrer , à partir de la relation soignant-soigné, que ce modèle s'installe de plus en plus, s'impose de plus en plus à nous, et c'est de cette richesse là que nous aimerions nous entretenir avec vous. Pour ce faire, nous allons essayer de décrire dans un 1^{er} temps la complexité du contexte spatio-temporel dans lequel nous évoluons, c'est à dire la richesse de notre réalité présente, afin de mieux parvenir à mettre en évidence dans un 2^{ème} temps la relation de soins. La durée de la présentation nous autorise à ne pas être exhaustifs.

Rappel étymologique autour des termes mental, santé mentale et psychiatrie

Nous ne doutons pas que les souffrances de l'âme puissent être à l'origine d'une désorganisation de la pensée, mais pour élaborer autour du « mental » du patient, il faudra attendre que sa capacité de penser soit réorganisée afin qu'il puisse reprendre sa parole.

Citation de Jacques D'HONDT, professeur de philosophie à l'université de Poitiers, parue dans « les cahiers philosophiques » n°29, décembre 1986 (hier à peine si l'on se réfère à l'histoire de la pensée)

*« Le fou ne passe plus à nos yeux pour un possédé, ni pour un dépossédé de soi, ni pour un être déchu, mais peut-être plutôt pour un « variant excessif ».
« Le concept d'aliénation devrait subir de moins en moins les effets maléfiques de l'ancienne condamnation normative de la folie.
L'étranger devrait de moins en moins être tenu pour ennemi. Nous avons de moins en moins tendance à déprécier spontanément ceux qui ne nous sont pas entièrement semblables ».*

La citation que vous pouvez lire signifie à mon sens

- 1) que les conduites à tenir dans la relation de soins se dirigent de plus en plus vers une recherche de collaboration quasiment indiscutable (sauf peut-être dès lors que le « patient » n'est pas preneur de soins), vers une interpellation du patient à son sujet, vers une « position basse » habitée du souci d'éviter la symétrie, imprégnée de l'humilité et de la prudence de mise chez tout explorateur
- 2) que le champ de la psychiatrie et de la santé mentale s'adresse à des professionnels prédisposés à accepter l'autre, à l'accueillir dans sa différence, à débattre sur les différences, à accepter la contradiction bref prédisposés à la dialectique non seulement comme « art de discuter, capacité de formuler des propositions, des objections, des hypothèses mais aussi à la dialectique comme se rapportant à une logique de la contradiction, voire à la dialectique comme un art de la dispute(selon Héraclite « ce qui dominerait chez Héraclite serait le changement, le mouvement, le devenir, tout ce qu'on a appelé le mobilisme d'Héraclite » in « Héraclite et la philosophie ».p 51. Editions de minuit. Kostas Axelos.1962 René CHAR évoque au sujet d'Héraclite « l'exaltante alliance des contraires » p 231.

Des discordances naît la plus belle harmonie, et tout devient dans la lutte.

Dialectiser : assouplir en parlant d'un concept, passer du point de vue du permanent à celui du changeant, remplacer une notion fixe et bien définie par une notion moins arrêtée et en devenir : exemple pour le concept de soin, de relation de soins, de soignants, de soignés, de psychiatrie etc...)

Je pense que l'expression « de la discussion naît la lumière » a été émise sous l'influence de la pensée d'Héraclite. ...

1^{ère} partie : l'espace du soin, le contexte

a) la place du symptôme (par symptôme nous entendrons également expression d'une souffrance)

Le symptôme ou l'arbre qui cache la forêt ...

La symptomatologie présentée dans sa phase aiguë nous entraîne dans un choix de réponses imminentes qui peuvent nous faire rapidement basculer du côté de l'agir. Sauver la vie de quelqu'un n'est pas de « l'agir », c'est du sauvetage, mais distribuer des réserves d'anxiolytiques sans pouvoir prendre le temps de parler de l'anxiété, ce serait plutôt de « l'agir ». La difficulté serait de ne pas trouver le temps de penser pour distinguer entre la demande, le besoin et le désir du patient, avant de répondre à la demande, pas plus que l'énergie pour différer la réponse si tant est qu'elle puisse l'être... tant parfois le symptôme est prégnant, la demande est pressante, l'exaspération (du patient) est présente...et le moment choisi par le patient pour dire sa souffrance... inopportun (inconvenant)

b) La mise à distance du symptôme: après l'état de crise

La mise à distance de la symptomatologie permettra de mieux appréhender la personne soignée dans son ensemble, de « s'adresser préférentiellement au sujet avant d'en considérer les avatars (changements) pathologiques » (Raynaud et Bergeret: « Soigner le folie »). Par mise à distance de la symptomatologie nous n'entendons pas une banalisation mais une relativisation qui surviendrait dans un 2^{ème} temps.

Les colloques « du lendemain » nous permettront de gagner en sérénité et de distinguer... derrière un symptôme pressant, criant, une personne avec des demandes, des besoins, des désirs et des choix qu'elle aura à faire... elle... et peut-être même durant l'hospitalisation...

L'ouverture du cadre nous permettra de mieux l'accompagner en étant moins directifs. Nous devons alors rester vigilants pour que cesse la guidance afin de pouvoir « cheminer avec ».

Ce passage d'une attitude à l'autre n'est pas évident à chaque fois, le patient pouvant éprouver du ressentiment du temps de la contention, de la guidance et ce sera peut être vers un autre soignant que celui présent à son entrée que le patient se tournera pour instaurer une relation de soins dirigée vers son projet.

« connais-toi toi même »

La mise à distance de soi : la bienveillance du soignant et ses débordements...

Pour « cheminer avec » nous aurons à nous méfier de toutes nos projections bienveillantes. Essayer de ne pas »tomber » dans la toute-puissance du sauveur, de celui qui sait et surtout qui veut trop pour l'autre, parfois même davantage que l'autre ne voudrait pour lui-même. Eviter ce sentiment de toute-puissance nous permettra d'éviter tout sentiment de découragement et d'impuissance, lorsque la symptomatologie persiste. Ne nous laissons pas abuser par nos propres projections ce qui pourrait nous amener à considérer que c'est le patient qui a abusé de nous. Pas d'idéalisation et donc pas de diabolisation. Restons simplement entre humains qui essaient de s'entendre en évitant les malentendus. Selon Lacan, il n'y a pas de malentendus, il n'y a que des malentendants.

Selon l'anthropologue et psychanalyste Declerck (« Les naufragés. Avec les clochards de Paris. Plon. Collection Terre Humaine), le pouvoir de soigner est mis à mal pour les raisons suivantes.

A l'arrivée du patient, la 1^{ère} phase, celle de l'élaboration du projet thérapeutique, peut se présenter comme une « lune de miel » au cours de laquelle la personne soignée se sent mieux tandis que le soignant est conforté dans la croyance en l'efficacité de son pouvoir et en la légitimité de son action. Puis vient la 2^{ème} phase, la mise en œuvre du projet thérapeutique, au cours de laquelle la construction des attentes du soigné peut s'avérer fort éloignée de sa demande, d'autant que celle-ci doit épouser les attentes institutionnelles. Alors parfois survient une 3^{ème} phase, celle de l'abandon du projet, et de la rupture thérapeutique, où le malentendu éclate au grand jour. Le soigné est alors renvoyé à sa folie, à son inquiétante inintelligibilité, à sa différence transgressive. Tandis que le soignant est renvoyé à son échec, à son incapacité à comprendre et à son impuissance. Soignant et soigné ont alors le choix entre la haine de soi ou la haine de l'autre.

Selon Declerck, la source de ces échecs se situe en grande partie dans la projection que le soignant effectue sur le soigné dès l'accueil institutionnel. Dépositaire du projet thérapeutique, le soignant agit comme s'il était supposé savoir ce qui est bon pour le patient.

Mais il existe souvent un décalage entre besoins, désirs, valeurs des soignants et des soignés. Declerck : « Ce qui semble être pour le soignant une possibilité de guérison de l'autre, se révèle n'être pour le soigné qu'un aménagement de son état ».

La rechute : re-tomber... malade...et ses retombées sur le patient, sur les soignants...

Afin que la rechute s'apparente moins à une défaite « considérons le malade comme un sujet qui va entre plusieurs lieux, entre plusieurs situations et comprenons qu'il se joue là un drame de la présence et de l'absence, de la rupture et des retrouvailles, de l'éloignement et du rapprochement tout à fait comparable au jeu de la bobine, travail donc de « castration symboligène » comme le dit Dolto, où le sujet peut trouver à se réassurer et se forger une identité viable, mais sous 4 conditions dit R.Gentis :

- 1) qu'il dispose d'un minimum d'initiatives lui permettant d'être acteur-actif de ce drame, de ce jeu dont il s'agit d'acquérir la maîtrise
- 2) que lui soit garanti un accompagnement confiant et indéfectible (qui ne peut faire défaut) (c'est le fil de la bobine qui permet de ne pas la perdre)
- 3) qu'il dispose du temps nécessaire (plusieurs mois voire plusieurs années) pour accomplir ce parcours dans la durée, et à travers les rythmes qui lui sont propres
- 4) et que conjointement à la notion d'accompagnement, s'exerce notre non moins essentielle fonction de coupure. Couper au bon moment, tout est là dit Gentis. Ne pas laisser le malade s'installer dans la fausse sécurité d'une continuité, d'une permanence fallacieuse, sans le précipiter pour autant dans l'angoisse sans nom d'un rejet mortifère.

Contre vents et marées...

Pour instaurer une relation de soins qui s'établirait entre 2 personnes libres, la prouesse à réaliser par le soignant consisterait donc, tout en évitant de se laisser envahir par le symptôme (pour mieux appréhender le sujet soigné), de pouvoir rester contenant sans entrer en symétrie pour préserver une alliance précieuse afin d'accompagner le patient dans son projet tout en se prémunissant

de ses propres projections. Ceci parfois dans le brouhaha d'une unité où les demandes verbales et non verbales fusent, où une agitation sourde commence à poindre, contaminant, imbibant certains patients tandis que d'autres regagnent leur chambre... Soigner tout en gérant le groupe, en occupant l'espace dès que possible, en intervenant au plus vite sur les points chauds (fumette, alcool, disputes, crise de larmes)... après avoir interrompu sagement et en douceur un entretien formel ou informel (afin de ne pas nuire à l'ébauche d'une relation de soins... par exemple...) en espérant qu'à ce moment là le téléphone ne sonne pas...qu'une admission ne survienne plus tôt qu'annoncée, que l'entourage ou les familles ne déboulent pas de façon impromptue, qu'il ne faille intervenir dans une autre unité pour contenir un patient, que des résultats de labo inquiétants ne nous parviennent pas par fax ou téléphone... et j'en oublie...volontairement (intérimaire, nouvelle collègue, chute, retour prématuré d'un congé qui s'est mal passé...) Avant de se retrouver confortablement installé dans un bureau pour rencontrer le patient lors d'un entretien formel, avant de lui accorder l'exclusivité, avant de pouvoir se pencher avec lui sur sa souffrance, et après s'être déchargé « du tout-venant » sur son ou ses collègues, après avoir ventilé, évacué toute la charge émotionnelle en lien avec les situations précédentes, après avoir réuni toutes les conditions nécessaires pour ne pas se laisser contaminer par les bruits de couloirs environnants, l'entretien pourra... enfin... avoir lieu !

Zénon d'Elée : « Si tu as 2 oreilles et une bouche, c'est pour écouter 2 fois plus que tu ne parles »

Et il se peut que le patient, qui acceptera de se confier, en connaisse plus sur le soignant, à ce moment là, que le soignant sur le patient. Car avant que l'entretien n'ait lieu, le patient aura vu évoluer le soignant dans une multitudes de situations diverses et variées où esprit de synthèse, établissement de priorités, gestion des émotions, gestion du stress, capacité à se poser, se reposer, à prendre soin de soi tout en prenant soin des autres, ne peuvent s'effectuer sans que ne transparaissent des traits de la personnalité du soignant. Ceci pour dire qu'au cours de l'exercice de cette pluri-fonction , mieux vaut jouer la carte de l'authenticité. D'autant que la capacité d'observation de certains patients est particulièrement développée. Ceci pour dire également que la relation à mettre en place n'a rien à voir avec ce que peut vivre un médecin, un psychologue (Carl Rogers) dont le patient ignore tout et qui disparaîtra à ses yeux dès que la porte du bureau se refermera.

Ce qui me pousse à dire : soyons au plus près de nous-mêmes, soyons même plus nous-mêmes que nous, lorsque nous soignons...si nous voulons atteindre cette fameuse confiance... à gagner... et chez nous, et chez l'autre...

Le double champ d'action : psychiatrie et santé mentale
Être soignant dans un service de crise

L'approche bio-psycho-sociale telle qu'elle est enseignée dans les centres de formation se trouve remarquablement illustrée dans ces unités d'admission. Car si prédomine l'approche biologique au moment de la crise, l'approche psychologique avec la relation de soins à établir au cours de l'hospitalisation et l'approche sociale rapidement envisagée (éviter les ruptures avec l'environnement, favoriser le retour du patient dans son milieu et préparer celui-ci à l'accueillir) s'imposent d'elles-mêmes.

Pour le dire autrement, cette personne, soignée par elle, soignée par nous, s'appréhendera comme un « homme-objet » porteur de désordres biochimiques mais aussi comme un « homme-sujet » dont les troubles psychiques trouvent leur origine dans son histoire personnelle mais aussi comme « homme-individu social » dont les rapports sociaux sont à l'origine de sa souffrance psychique (JC Bernard. In « Soins Psychiatrie. août, septembre 1991). Pour couronner le tout cette approche multiréférentielle et sa complexité pourront survenir parfois dans un laps de temps assez court (quelques jours, quelques semaines).

Penser cette complexité et l'appréhender lors de son surgissement est l'une des spécificités de la pratique infirmière en psychiatrie. Pouvoir se situer clairement dans l'entrelacement de ces 3 périodes, pouvoir faire des liens entre elles, tout en s'efforçant de remettre en route chez le patient une activité de pensée, c'est à dire de liaison, contre laquelle il lutte désespérément, le réconcilier avec sa pensée (vécue parfois comme persécutoire), l'aider à retrouver le plaisir de penser nous permet de dire, avec J.Hochmann que chaque moment d'une vie partagée, et non plus simplement des moments où sont développées des activités de soins spécialisées (entretiens, ergo, relaxation etc...), a une véritable fonction psychothérapeutique si le soignant lui donne du sens.

Et chaque soignant sera doté de 2 hémisphères cérébraux ... et pas un de plus... !

Richesse du soin, dites-vous ? Nous avons affaire à une véritable mine d'or de compétences où attentions et intentions envers les autres s'emmêlent tellement qu'un cahier de charges ne suffirait pas à les répertorier ni à les distinguer...je propose une encyclopédie de charges, alphabétique ou thématique, c'est au choix...

Dans cette profusion de compétences, l'un des drames des soignants (auxquels je m'associe) serait d'insuffisamment mesurer valeurs et compétences en jeu ... lorsque le plaisir d'être avec l'autre entre en jeu...

Il va sans dire, mais je le dis quand même, que l'expression d'une telle richesse présuppose un mode de fonctionnement institutionnel préparé et facilité car pensé avec cohérence. L'autre présupposé, qui n'est pas développé ici, est que les relations interdisciplinaires soient adéquates entre tous les professionnels, sinon ce serait nous approcher d'une mission quasiment impossible à réaliser par nous autres, soignants, véritables hommes-orchestre de l'hospitalisation.

2^{ème} partie : le temps du soin, soigner au présent

Selon Freud « le point commun entre le ça et le surmoi est que tous deux représentent le passé : le « ça » celui de l'hérédité, le « surmoi » celui d'autrui.

Le moi, par contre, est surtout déterminé par ce qu'il a vécu et par ce qu'il vit au présent ».

S'imprégner du questionnement psychanalytique lorsqu'on est infirmier en psychiatrie, ne signifie nullement se positionner en psychanalyste, mais plutôt utiliser un cadre de référence théorique commun à tous les infirmiers. Le vocabulaire psychanalytique fait alors office de « ferment » d'un langage professionnel permettant à chacun de mettre les mêmes significations derrière les mêmes mots.

La technique psychanalytique et la réflexion qu'elle mène sur les manifestations intemporelles du « ça », par exemple, ne peut être l'objet d'une démarche infirmière qui agit, elle, sur la réalité présente. En effet, ramener le patient à la réalité, le ramener au présent, telle est l'inlassable et répétitive tâche de l'infirmier, « ambassadeur de la réalité » dit Racamier (J.Hochmann in « Réalité partagée et traitement des psychotiques. »

C'est donc au « moi » qui représente la raison, par l'intermédiaire de la conscience-perception, que s'adressera le soignant afin de l'efforcer d'étendre sur le « ça », l'influence du monde extérieur.

Le questionnement proposé par une approche psychanalytique permet au soignant d'essayer de comprendre ce qui lui est donné à voir, à entendre, à penser. (il s'agit de la question du sens).

Cet intérêt théorique peut renforcer l'intérêt accordé à la profession et accentuer l'implication professionnelle des soignants.

Si l'on considère que le passé ne peut être visité que par le présent, et que le futur n'est qu'un lieu où le présent se projette, si seul le présent existe, alors occupons-nous en.

« Il faut dépasser le passé ... »

« Il faut dépasser le passé » dit le philosophe Francis Jeanson (ERES. « les journées de Dax » 1992), « afin d'avancer dans la vie sans être freiné par les regrets, la nostalgie ou les remords ». « La culpabilité est bien souvent l'une des raisons d'un passé non dépassé ». Cette culpabilité cloue au passé, paralyse le présent, et empêche d'envisager l'avenir. Jeanson : « C'est un alibi, la culpabilité, un moyen de ne plus avoir à se préoccuper au présent, des suites pratiques qu'on pourrait donner à l'événement passé. Il ne faut pas que notre rapport au passé paralyse notre liberté : notre pouvoir de pratiquer la réalité, d'entreprendre de la modifier ». « La culpabilité, on la rencontre à tous les tournants, et elle coûte quelquefois très cher ».

Héritier du complexe d'Œdipe, représentant des formes contraignantes et répressives parentales, le surmoi est la conscience morale à laquelle se rattachent les phénomènes d'autocritique, les sentiments de remords et de culpabilité, le masochisme moral.

Le ça est tout à fait amoral, le moi s'efforce d'être moral, le surmoi peut devenir hypermoral. (Tran-Thong. « Stades et concepts de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine ». Vrin. 1980)

Étudions le passé pour comprendre qui nous sommes, ce que nous sommes devenus, pourquoi nous en sommes arrivés là, mais considérons-nous mus par lui plutôt qu'enracinés en lui. Jeanson : « Nous sommes dans l'obligation de donner sens à notre vie, de la finaliser, de la soustraire au déterminisme et à la fatalité, nous sommes dans l'obligation d'exister, enfin, sous le signe du pour quoi, du vers quoi, et non du parce que... ». Que la pathologie du patient soit conditionnée par son histoire, soit ! Mais elle ne peut pas être déterminée par son histoire et nous aurons à faire un effort avec lui pour nous détacher ensemble de son passé... dès lors que nous nous serons entendus avec lui sur de probables explications et justifications de ses actes, de son état...

L'approche psychodynamique ne doit pas nous gêner, nous freiner pour accorder toute son importance, toute sa force créatrice à l'instant présent avec ses événements fortuits, ses rencontres, ses accidents, ses communions. Et c'est à partir d'une sorte de confiance fondatrice (Jeanson), cette confiance dont un être a besoin, au départ de sa vie, pour affronter la suite que s'élabore le projet de soin, le projet de vie. Et nous serons soucieux d'aider la personne en

souffrance à redevenir capable de négocier son existence parmi les autres, à réinventer les moyens d'un commerce psychique avec eux (Jeanson), à renouer avec l'exercice de la fonction-sujet.

Pour étoffer mon propos, je vais m'appuyer sur la philosophie de Roupnel qui propose une construction réelle du temps à partir des instants, ceci en opposition avec la philosophie de Bergson, qui est une philosophie de la durée. (livre de référence : Gaston Bachelard : « L'intuition de l'instant » éditions Stock : 1992)).

*L'instant, temps mieux
La durée, temps pis*

Pour Bergson, le présent n'est qu'un pur néant qui n'arrive même pas à séparer réellement le passé et l'avenir, « un seul et même élan vital solidarise la durée ». La philosophie bergsonnienne réunit indissolublement le passé et l'avenir. Mais prouver l'irréalité de l'instant pose problème pour parler du commencement d'un acte. Si l'instant n'existe pas, la durée n'a pas commencé à un instant donné, elle dure alors depuis toujours. La durée serait éternelle, tout comme Dieu est éternel. Ceci serait conforme à la foi chrétienne de Bergson. Ce point de vue s'accorde avec celui des idéalistes.

Par contre la philosophie de Roupnel est une philosophie du présent. Roupnel : « L'idée que nous avons du présent est d'une plénitude et d'une évidence positive singulière. C'est là seulement, par lui et en lui, que nous avons sensation d'existence ». Le sentiment que Roupnel a du passé est celui d'une négation et d'une destruction.

Si pour Bergson, une action est toujours un déroulement continu, pour Roupnel un acte est avant tout une décision instantanée. La vie trouve toujours sa réalité première dans un instant, elle est le discontinu des actes. Lorsque Bergson parle d'action, Roupnel parle d'actes. Dans une philosophie de la durée, le passé détermine le présent. Voire, le passé se maintient dans le présent (BG). Les notions de changements, de ruptures y sont moins compatibles. Changer d'amis, d'amours, d'employeurs serait plus difficile. Changer de vie, de mode de vie, de train de vie, d'habitudes... et peut-être guérir... resterait... vraiment très difficile...

Le temps est une succession d'instant, et à chaque fois que Bergson parle d'une continuité qui se prolonge, Roupnel traduit en disant qu'il s'agit d'une forme discontinue qui se reconstitue.

Bachelard : « On ne dira jamais que le permanent explique le devenir. Si donc la nouveauté est essentielle au devenir, c'est l'instant qui portera en lui cette chance du devenir ».

« Le temps ne se remarque que par les instants. La mémoire, gardienne du temps, ne garde que les instants ; elle ne conserve absolument rien de notre sensation compliquée et factice qu'est la durée ».

Concevoir le temps comme une succession d'instantanés différents et nouveaux à chaque fois, imprévisibles même parfois, n'est ce pas plus optimiste que de voir en lui, l'écoulement lent et morbide d'une interminable durée sans surprise... sans vie... ? Le temps du soin pourrait être celui de la rupture .

Certains patients suivis en psychiatrie ressassent inlassablement une même souffrance, répètent de mêmes situations qui leurs sont douloureuses, comme s'il s'agissait pour eux de faire émerger au présent, un passé dans lequel ils seraient englués, un passé qu'ils ne pourraient pas s'empêcher de revivre.

Les soignants sont tournés par les patients vers leurs passé, tournés également par leur culture (approche psychodynamique) vers l'histoire du patient. Il s'agit donc pour l'infirmier, véritable Janus à 2 faces (dieu romain expert dans l'art de voir devant et derrière, c'est à dire d'examiner les questions sous tous leurs aspects in Dictionnaire de Mythologie. Pierre Grimal. PUF) de permettre au patient de ne plus rester médusé à contempler ce temps figé et qui n'est plus, d'essayer de l'amener à envisager un autre mode vie ou même une autre vie, de le tirer, de le hisser jusqu'à l'ici et jusqu'au maintenant.

Toute la pirouette que devra effectuer le soignant dans une unité de crise, aura à voir avec un voyage dans le temps où certains allers-retours pourront se produire avec fulgurance. Invité depuis l'éclaboussante présence du symptôme avec ses exigences et parfois ses imprévisibilités à être pleinement au présent, il s'en ira chercher des explications en amont et se devra d'amener le patient vers une suite à envisager différemment.

Le terme de soigné avec son participe passé et ses connotations de passivité ne nous semble plus approprié. Si le soignant soigne au présent, le patient participe également présentement au soin. La relation de soins étant une relation actuelle, le partenariat existe au présent, dans un présent où les 2 collaborateurs sont par définition actifs et acteurs. Le terme patient, du latin « patire », pâtir, même s'il a déjà souffert et qu'il souffre encore ne nous semble pas non plus approprié pour désigner une personne qui est là pour ne plus souffrir. Ne désigne t'il pas plutôt une personne condamnée à continuer de souffrir... ? Nous n'avons pas trouvé de nouvelle « appellation » pour ce « nouveau » collaborateur qu'est devenu le patient. Co-soignant serait confusiogène, les métaphores tantôt de co-pilote (pendant la crise) tantôt de pilote (après) voire mécano (prévention) seraient trop métaphoriques... , Gentis proposait « passeurs » pour les soignants et « passants » pour les soignés lorsqu'un de ses patients lui suggéra « passagers », en reprenant la métaphore de l'explorateur je penserais à

« habitant », à « habitant étrangement habité », à « étranger » dans le sens de : qui n'a point de liaison, de parenté, d'intimité ...ainsi... nous continuons à nous interroger...sur cet ailleurs où l'autre nous entraîne...

Tout ceci en considérant, bien entendu, que la personne à soigner (par elle-même et par nous) soit décidée à aller mieux... et donc de s'efforcer de faire en sorte d'aller mieux.

« Notre fonction nous conduit, à travers les énoncés et les symptômes de nos patients, à rencontrer ce qui, de la pulsion de mort, se présente comme la résistance à un monde des essences, des valeurs, voire tout bêtement d'un mieux être possible.

Que l'homme œuvre contre lui-même, et qu'il y ait du bien à être mal, c'est un constat. Pas drôle !

Cependant, si la souffrance fait symptôme, si elle questionne son propre pourquoi, si le patient s'interroge sur les causes de sa souffrance, elle relève alors davantage du savoir-faire thérapeutique.

Il y a toujours un savoir et un faire possible. »

Birouste J. « Le psychothérapeute et la dimension temporelle ». In : Temps, temporalité en psychopathologie. Colloques des 7, 8 et 9 mars 1985. La Force. Dordogne. P 121.

(Sur la pulsion de mort : si le but de la pulsion de mort est de briser, détruire les rapports existant entre les choses, les mots, les hommes, le but de la pulsion de vie est au contraire de les lier ; Vocabulaire de Psychanalyse. Laplanche et Pontalis. PUF).

Savoir si le patient ne peut pas ou ne veut pas guérir reste l'une des questions fondamentales à se poser. Pour ma part, je préfère penser qu'il ne le peut pas, ce qui facilite l'empathie et évite les contre-attitudes.

Ce regard vers le passé du patient qui ne veut pas ou ne peut pas guérir à quelque chose à voir, selon nous, avec la nostalgie d'un temps bienheureux, où il ne s'agissait que de se laisser porter par des bras bienveillants, tout puissants et chaleureux, où l'on s'en remettait encore pleinement à l'amour maternel...

Et je repense à une définition de la psychiatrie du philosophe Francis Jeanson qui en appelle « à une psychiatrie au présent, à une psychiatrie de la présence et de la mise en rapport des différents aspects de la réalité, à une psychiatrie sous-tendue par une exigence qui tout à la fois se veuille absolue au niveau du sens et sache qu'elle ne pourra se satisfaire que dans le relatif, que ses seules ressources seront d'ordre relationnel »

... et je repense à l'avidité de toutes ces demandes journalières auxquelles nous nous exposons, et au nombre de fois que nous soupirons en réouvrant ou refermant des portes sur la permanence d'une présence réclamée sans cesse, et je repense autour de cela aux négociations et marchandages qui jalonnent notre quotidien, à la fiabilité qui doit être la notre (faire ce que l'on dit au moment dit)... et je m'interroge...sur la justesse d'un verdict trop souvent entendu : « intolérance à la frustration », alors que de fait, d'être hospitalisé expose tout patient à de multiples frustrations...(c'est pour cela que je préfère parler « de moindre tolérance à la frustration » et moindre tolérance par rapport à qui ? A nous, soignants normés et normatifs ?) Alors, que penser ? Que les portes fermées sont là pour être ouvertes, que notre « présence-absence » sera plus aidante qu'une présence qui se voudrait idéalement permanente ... bien sûr au cas par cas nous pourrions en débattre, et je fais partie de ceux qui prônent les ruptures pour mieux se retrouver... mais il peut y avoir parfois quelques moments de la vie d'un patient où l'absolue nécessité d'être-là peut s'avérer ressentie comme indispensable par le soignant qui dans ce cas précis, peut déroger à la règle institutionnelle (colloques par ex), et je trouve précieux qu'il puisse le faire le cas échéant.

Pour conclure ici nous dirons que, (selon la disposition d'esprit qui est la notre face au temps), si nous considérons le temps sous l'angle de l'instant, nous serons plus optimistes, moins fatalistes, plus à même d'induire, d'impulser le changement, accordant par là même plus d'emprise et plus de pouvoir au patient sur sa propre vie, plus enthousiastes de considérer la vie, la maladie, la santé comme une succession d'accélération, de pauses, de redémarrages, de ruptures... ce qui pourrait nous aider à accueillir et à ré-accueillir certains patients qui nous donnent l'impression parfois... que, la vie, pour eux, n'est que du temps qui passe...

EN CONCLUSION

La relation de soins s'adresse donc à des personnes qui peuvent présenter « une faculté de communication perturbée, une absence de conscience de leur état morbide, une perte de contact avec la réalité, le caractère non compréhensible ou difficilement compréhensible de certains troubles (délires) » (Laplanche p 358), « une perte des motivations à vivre et à agir, l'incapacité à se projeter dans l'avenir, bref ...une altération de leur vie de relation. Il s'agira donc d'entrer en relation avec eux en établissant une relation de proximité (lors des AVQ par ex avec attitude bienveillante et respectueuse, langage de proximité donc pas forcément technique, promenades etc...) et d'aborder dans un 2^{ème}

temps les motifs d'hospitalisation afin d'essayer de restaurer ces vies de relations altérées.

Mais pour ce faire, il faudra que le patient accepte la relation de soins que nous lui proposons, à condition donc qu'il estime que nous méritons sa confiance.

« Le soutien proposé au cours de l'hospitalisation sera modulé pour s'adapter aux besoins du moment, il faudra sans cesse naviguer entre le soutien, l'aide nécessaire et le laisser-faire, négocier l'alternance de l'absence stimulante et de la présence rassurante. Il s'agira d'éviter l'hyperprotection infantilisante, génératrice de dépendance mais aussi le laisser-aller, traduction parfois d'un rejet implicite et le plus souvent source d'angoisse désorganisée et de rechute. » (Raynaud : p 283). Il s'agira donc de trouver, à chaque moment, la bonne distance.

Dans le meilleur des cas, par l'intermédiaire de cette relation de soins, « l'infirmier référent (garant de l'histoire du patient et témoin de son identité) accompagnera le patient jusqu'à la réalisation de son projet individualisé, un projet qui ne sera ni rigide, ni définitif et qui s'adaptera aux capacités et aux désirs du patient ». (Raynaud p 289)

« Part d'éducation - Portion de pédagogie - Une équipe de soins. »

F. Lambelet¹, T. Cachelin², C. Hardtke³, S. Suter⁴, A. Aeberhard⁴, V. Pellanda⁴

Résumé

De manière tendancielle, un décalage existerait entre ce que perçoit le soignant quand à la gravité du besoin de soins et la formulation d'une demande des patients, au début de la prise en charge en hôpital de jour. Au *Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents (CTJA)*, en plus des liens entre pairs, un dispositif pédopsychiatrique, institutionnel et thérapeutique intègre des soins infirmiers, éducatifs et pédagogiques. Ces relations représentent un ensemble de prestations de soins offerts aux adolescents. La finalité de la relation soignante implique la mobilisation et la gestion des ressources du patient. La créativité sert l'évolution psychique des patients, à la fois par la relation de soins offerte, par l'activité proposée aux adolescents, mais aussi par la collaboration et la complémentarité des approches pluridisciplinaires, ainsi que par le travail en réseau. Cet article propose des données, qui, de manière prudente, présentent une tendance à l'amélioration d'une correspondance entre la représentation de la gravité de besoins de soins évaluée par le soignant d'une part, et la demande de soins évaluée par le patient au terme de sa prise en charge d'autre part. Ainsi, la relation de soins semble ne pas être illusoire à l'adolescence, et pourrait devenir réalité, dans la mesure où l'ensemble des partenaires se centrent sur le patient. Une telle démarche pourrait servir la rencontre entre un soignant et un adolescent en souffrance psychique et par là-même, participer à une évolution favorable des troubles psychiques.

Mots clés : Relation, activité, créativité.

¹ Educateur spécialisé, CTJA-DP-CHUV, Beaumont 48, 1012 Lausanne.

² Infirmière et ICUS, CTJA-DP-CHUV, Beaumont 48, 1012 Lausanne.

³ Enseignante spécialisée et responsable pédagogique SUPEA-SESAP, CTJA-DP-CHUV, Beaumont 48, 1012 Lausanne.

⁴ Psychologue, unité de recherche SUPEA.

Introduction

Selon Botbol⁵, dans les psychoses à l'adolescence, la pédopsychiatrie vise la prévention d'une entrée dans la schizophrénie ainsi que le traitement des divers symptômes exprimant cette souffrance psychique. Toujours selon lui, il faut tolérer un certain degré d'incertitude pronostique vis-à-vis de la psychose à l'adolescence, avec pour conséquence des modalités de traitements variées et différentes.

D'autre part, dans son étude sur la schizophrénie, Rosemarie McCabe & al.⁶ montrent qu'au niveau de l'évaluation de la maladie, d'une capacité de résilience et des bénéfices des traitements, les critères les plus significatifs pour les patients seraient essentiellement les besoins de soins, le traitement et la satisfaction de la relation thérapeutique. De manière moins fréquente, les patients abordent les symptômes et la perception de ces derniers, l'attitude à l'égard de la médication et l'intérêt de la communication clinique.

Signalons que Chue⁷ s'intéresse à l'importance de la notion de satisfaction du patient en lien avec son traitement qui favorise l'amélioration des symptômes psychotiques pouvant agir sur l'ensemble des éléments utiles à la qualité de vie. Selon Chue, la médication, le psychosocial et l'alliance thérapeutique sont autant de facteurs favorisant positivement la satisfaction des patients face à leur prise en charge, à l'inverse des effets secondaires des médicaments, du manque d'implication dans la planification des traitements ou encore du manque d'implication des familles dans le plan de soin. Chue souligne l'importance d'une alliance thérapeutique pouvant fournir une éducation aux besoins de soins pour assurer des résultats cliniques satisfaisants, de même qu'un soutien psychosocial. Fraser & al.⁸ quant à eux abordent la question des clés des traitements de la psychose émergente chez les jeunes. Il insiste sur une collaboration nécessaire entre médecins, soignants et spécialistes des adolescents au service de la santé mentale dans une approche multidisciplinaire. A l'émergence d'un trouble psychotique, l'engagement du patient et de sa famille reste la cible dans le processus de soin. L'approche se veut globale.

Gumy⁹ aborde l'importance du travail en équipe et la cohérence des différents intervenants selon la spécificité et la différence de chacun, dans un travail

⁵ Botbol M., Barrère Y., Speranza M. (2005) Psychoses à l'adolescence. France : EMC-Psychiatrie-44 1-11 Elsevier.

⁶ McCabe R., PhD., Saidi M. MSc., Priebe S., MD. (2007) Patient-reported outcomes in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, 191 : s21-s28. doi :10.1192/bjp.191.50.s21. [Pubmed]

⁷ Chue, P. (2006) The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. J Psychopharmacol. 20 (6Suppl) : 38-56. [Pubmed]

⁸ [Fraser, R.](#), [Berger, G.](#), [McGorry, P.](#), (2006 May) Emerging psychosis in young people - Part 2 - key issues for acute management. [Aust Fam Physician](#). 35(5):323-7[Pubmed]

⁹ Gumy, M.1990 Aujourd'hui et demain : l'ergothérapie en psychiatrie. Paris : journal d'ergothérapie 12, 4, 189-192 Masson.

pluridisciplinaire en hôpital de jour avec des adolescents. Cette approche semble possible dans une théorisation des soins.

Lawrence, Bradshaw et Mairs¹⁰ abordent l'intérêt d'offrir aux patients atteints de psychose des groupes basés sur la thérapie cognitive et comportementale, identifiant des résultats significatifs dans le traitement spécifique de symptomatologies, telles que la phobie sociale et la dépression. Il insiste sur l'intérêt d'une psycho-éducation apte à réduire les symptômes positifs et négatifs de la psychose.

En tenant compte des éléments ci-dessus, la démarche de cette recherche a pour but de questionner l'illusion ou la réalité d'une relation de soin entre un patient et un soignant. Par là même, nous cherchons à savoir s'il est possible qu'une relation soignante réelle puisse se créer, s'établir et se construire durant la prise en charge en hôpital de jour. Est-il envisageable qu'une telle relation puisse agir positivement et de manière aidante sur l'évolution, la perception et l'appréhension du patient adolescent vis-à-vis de sa psychopathologie, à savoir la psychose ?

Dans cet article, nous abordons la relation avec les adolescents au travers de trois pôles de prise en charge: l'éducation, la pédagogie et le travail infirmier. Ces derniers se retrouvent autour de la notion de créativité dans le contexte d'un programme d'activités thérapeutiques. Les animations de groupe ou individuelles offrent aux jeunes les soins les mieux adaptés à leurs besoins. Nous avons constaté qu'il existe un décalage de perception des besoins entre les adolescents et les soignants. Ce constat nous a questionnés quant à la nécessité d'élaborer un projet de soins sur la base des besoins nommés par les jeunes et d'y intégrer ceux perçus par les soignants. Par cette approche, nous cherchons à ce que notre intervention puisse être investie au mieux par les jeunes. Nous émettons l'hypothèse qu'une relation de soin est aidante pour le jeune dès lors qu'elle répond au mieux à ses préoccupations essentielles (i.e. cognitives, affectives et expressives).

Contexte de l'étude

Dans le cadre de la X^{ème} journée vaudoise des pratiques soignantes en psychiatrie organisée par le *Département de Psychiatrie DP-CHUV*¹¹ à l'hôpital de Cery à Prilly, une réflexion professionnelle et pluridisciplinaire questionne la réalité ou l'illusion des relations soignantes offertes aux adolescents pris en charge au *CTJA*.

¹⁰ Lawrence R, Bradshaw T, Mairs H. 2006 Dec Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia : a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 13 (6) : 673-81[Pubmed]

¹¹ Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Cet article aborde la relation avec les adolescents à partir de vignettes cliniques, certes un brin poétique, illustrant les activités soignantes, qui, comme les Haïkus¹², parlent d'elles-mêmes. Afin d'aborder le ressenti subjectif des soignants sur leurs propres perceptions de la relation de soins, nous avons utilisé cette figure littéraire.

En effet, le titre de l'étude comprend trois phrases qui prennent la forme d'un Haïku: « *Part d'éducation, portion de pédagogie, une équipe de soins* ». La poésie permet d'évoquer le côté créatif du métier de soignant dans le contexte d'une relation entre un adolescent et un soignant, au travers des ateliers ainsi que de la classe proposés aux jeunes. Au travers de l'ensemble de leurs créations, les adolescents reprennent confiance. Elles leur permettent notamment l'apprentissage ou le "réapprentissage" de la confiance envers un adulte ainsi que l'expression de leurs émotions.

L'utilisation de la poésie pour aborder l'illusion ou la réalité de la relation de soin évoque le côté créatif de notre métier, la création d'une relation entre un adolescent et un soignant et la création au travers des ateliers ainsi que de la classe proposés aux jeunes.

L'évanescence des choses, évoqué par le Haïku, nous rappelle que l'adolescence est un passage, tout comme un hôpital de jour l'est également. L'essentiel serait que le souvenir de la relation d'aide qui a pu y être établie subsiste. La subjectivité de cette démarche a permis de penser la relation de soins en la confrontant à une dimension plus objective. Le matériel présenté dans les vignettes cliniques a pu être objectivé à l'aide d'un outil d'évaluation systématique : l'ADAD¹³

Cadre

Le cadre de cette recherche se situe au CTJA, en collaboration avec l'unité de recherche du Bugnon¹⁴. Le CTJA, situé à l'avenue de Beaumont 48, à Lausanne, est un hôpital de jour pédopsychiatrique qui accueille des adolescents de 13 à 18 ans et fait partie du Service Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). Sur le plan pédagogique, il dépend du Service de

¹² Le Haïku n'est pas un jeu de société, ni un art martial, ni un oiseau exotique. C'est un poème court qui en dit long, l'air de rien. Il prend une forme poétique codifiée. Son origine est japonaise. Il vise à dire l'essentiel, en quelques mots, et incite à la réflexion. Il rappelle l'évanescence des choses.

Le véritable Haïku doit respecter plusieurs règles, il doit comporter 17 *mores* ou syllabes sous la forme de 5/7/5 pieds et doit contenir un mot clé concernant les saisons et/ou la nature. Le titre de cet article illustre un *muki-haïku* (littéralement haïku sans mot de saison) qui respecte néanmoins les règles. Les haïkus sont utilisés depuis plusieurs siècles par les japonais pour exprimer leur bonheur, leur agacement, leur tristesse, leur étonnement, leur joie d'être au monde.

¹³ Friedman A.S. & Utada A. (1989) Diagnostic des Adolescents Abuseurs de Drogue (Adolescents Drugs Abused Diagnostic). Belmont Center for Comprehensive Treatment 4200 Monument Road, Philadelphia, PA 1931.

¹⁴ Unité de recherche du Bugnon, SUPEA.

l'Enseignement Spécialisé et de l'Aide à la Formation (SESAP). Les 18 jeunes présents (répartis en deux groupes selon leur niveau scolaire) se voient offrir en alternance des périodes de classe (maintenir les acquis scolaires) et des périodes d'activités diverses (i.e. dessin, sport, entraînement aux habiletés sociales, jeux dramatiques, prévention, ergothérapie ou ateliers d'expression corporel). Toutes ces activités sont animées par l'équipe soignante ou enseignante; certaines d'entre elles sont menées conjointement avec les thérapeutes (psychologues et/ou psychiatres).

Sujets

Cette recherche porte sur dix adolescents (répartis équitablement entre le sexe féminin et masculin) souffrant de psychose. Ils ont été pris en charge au CTJA suite à une hospitalisation à l'*Unité Hospitalière Pour Adolescent (UHPA)*. Parmi eux, un adolescent et une adolescente étaient en âge de scolarité obligatoire (13 à 16ans), les huit autres avaient terminé leur scolarité obligatoire (16 à 18ans).

Méthode de calculs

L'équipe des soignants du CTJA utilise l'outil d'évaluation ADAD (version française) issu d'un projet qualité, qui a pour but une évaluation globale de la prise en charge. L'ADAD consiste en une double évaluation: celle des patients et celle des soignants. Par ailleurs, ces évaluations ont lieu à deux moments différents: T1, au début de la prise en charge, et T2, à la sortie de l'hôpital de jour. Sous la forme d'un questionnaire, l'ADAD apprécie 9 domaines de fonctionnement: les aspects somatiques, scolaires (formation professionnelle), sociaux (vie sociale), familiaux, psychiques, légaux, comportementaux ainsi que la consommation de substances (drogue et alcool). Chaque domaine aboutit à une évaluation des besoins de soin en fonction du degré de gravité déterminée par le soignant référent ainsi qu'à une évaluation du besoin de soin déterminée par le patient en fonction de sa demande. Dans chacun des neuf domaines concernés par la relation de soin, les adolescents évaluent l'importance de suivre un traitement sur une échelle de 0 à 3 (0 = pas du tout important, 1 = un peu important, 2 = passablement important, 3 = "beaucoup important"). Dans chacun des domaines concernés, les soignants évaluent la nécessité de suivre un traitement sur une échelle allant de 0 à 9 (0-1 = traitement (tt) non indiqués ; 2-3 = tt probablement pas nécessaires ; 3-4 = quelques tt indiqués ; 5-6 = tt nécessaires ; 6-7 = tt absolument nécessaires).

En collaboration avec l'unité de recherche du SUPEA, ces indicateurs ont été utilisés à des fins statistiques, tenant compte de l'altérité des échelles. Au vu du petit échantillon (10 patients), notre étude descriptive et qualitative nous

conduit naturellement à considérer nos résultats avec précaution et ne saurait être généralisée.

Cette démarche vise plus la mise en lien de la subjectivité des représentations soignantes au sujet de la relation de soins à une vision plus objective fondée sur l'approche statistique. De plus, la mise en perspective des illusions subjectives et des réalités objectives (perceptions réciproques des soignants et des patients) vis-à-vis de la relation de soin demeure entière.

Résultats

Analyses descriptives

Tableau I : moyennes et écart-types des différents domaines du point de vue patients.

	Problèmes médicaux	Problèmes scolaires	Problèmes sociaux	Problèmes familiaux	Problèmes psychiques	Problèmes légaux	Problèmes alcool	Problèmes drogue
Moyenne (E-T) : ADAD Entrée	1.1 (.35)	2.3 (.21)	.80 (.33)	.40 (.22)	1.00 (.21)	.25 (.34)	.11 (.11)	.00 (.00)
Moyenne (E-T) : ADAD Sortie	.56 (.34)	1.22 (.28)	.33 (.24)	.33 (.24)	.78 (.36)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)

Echelle de 0 à 3

	Problèmes médicaux	Problèmes scolaires	Problèmes sociaux	Problèmes familiaux	Problèmes psychiques	Problèmes légaux	Problèmes alcool	Problèmes drogue
Moyenne (E-T) : ADAD Entrée	1.4 (.23)	4.4 (.56)	3 (.56)	1.6 (.50)	4.8 (.98)	.56 (.29)	.60 (.31)	.20 (.20)
Moyenne (E-T) : ADAD Sortie	.78 (.43)	2.38 (.57)	1.56 (.34)	.71 (.29)	3.11 (.54)	.33 (.33)	.33 (.24)	.11 (.11)

Tableau II : moyennes et écart-types des différents domaines du point de vue soignants

Echelle de 0 à 9

(corrélations significatives : $p < .05$ ou $p < .10$)

Tableau III : corrélations des évaluations par les patients et par les soignants à l'ADAD entrée-sortie.

	Correspondance : Patients - Soignants							
	Problèmes médicaux	Problèmes scolaires	Problèmes sociaux	Problèmes familiaux	Problèmes psychiques	Problèmes légaux	Problèmes alcool	Problèmes drogue
ADAD Entrée	.32	-.20	.17	.38	.11	.57*	-.13	.50*
ADAD Sortie	.47*	.10	-.23	/	-.20	/	/	/

*p<.10 / **p<.05 / = pas de résultats (manque de sujets)

Corrélations faibles : <.30 / Corrélations moyennes : entre .30 et .50 /

Corrélations fortes : >.50

Différences entre les niveaux de gravité des différents domaines entre le début et la fin de la prise en charge au CTJA.

Tableau IV : évolution de l'évaluation de la gravité faite par les soignants et les patients entre le début et la fin de la prise en charge (Test de Wilcoxon ; valeur Z)

	Problèmes médicaux	Problèmes scolaires	Problèmes sociaux	Problèmes familiaux	Problèmes psychiques	Problèmes légaux	Problèmes alcool	Problèmes drogue
Patients	-.74	-2.25**	-1.63	.00	-.82	-1.34	.00	-1.00
Soignants	-1.89*	-2.23**	-2.13**	-1.06	-1.95*	-.82	-1.34	-1.00

*p<.10/ **p<.05

Commentaires

De manière générale, les analyses descriptives, (tableau I et II), montrent une diminution de la demande d'aide et de l'évaluation de la gravité des problèmes dans les différents domaines, à l'exception (chez les patients) des problèmes de drogue où l'on perçoit une stabilité des réponses comme n'étant pas du tout problématique.

Nous ne constatons, (tableau III) que 3 correspondances de points de vue entre les patients et les soignants. A l'entrée se distinguent les problèmes légaux et les problèmes de drogues, quand à la sortie seuls les problèmes médicaux ressortent comme ayant un lien fort entre ce que jugent les patients et les soignants.

Les résultats préliminaires (tableau IV) montrent une diminution significative de l'évaluation des patients de l'importance d'une prise en charge effectuée en début et fin de séjour au CTJA, uniquement pour les problèmes scolaires. En ce qui concerne les soignants, une diminution significative de l'évaluation est présente pour les problèmes médicaux, scolaires, sociaux et psychiques.

La suite de cet article présente un matériel de réflexion constitué de six vignettes cliniques dans le contexte de prise en charge de patients psychotiques. Ces vignettes pluridisciplinaires illustrent de manière subjective et poétique, un ensemble de représentations soignantes au sujet de la relation de soin. Ainsi ce matériel subjectif pourra être confronté aux résultats plus objectifs des statistiques présentées ci-dessus. La discussion qui suivra permettra de questionner l'illusion ou la réalité de la relation de soins.

« Part d'éducation... »

Les vignettes ci-dessous mettent en lumière la diversité du travail éducatif en pédopsychiatrie. Au CTJA, nous travaillons avec plusieurs intervenants, plusieurs modèles, une boîte à outil. Un savant dosage de ce que nous avons à offrir s'adapte à la singularité des patients. Les conflits s'abordent parfois en supervision, de réelles relations de collaboration s'inventent, puis la résolution de problème se pratique, tant dans une équipe pluridisciplinaire que dans les groupes que nous animons. Pour être affirmé, assertif, il faut dire ce qui confronte dans le respect de soi et de l'autre. C'est d'ailleurs ce que l'on enseigne aux patients. Pourrions-nous apprendre un peu de leur courage ?

Vignette I

Haïku : « *Baby alone noyée, petite star électrique, sous les flots de stress.* »

Natacha¹⁵, 17ans, ne mange presque plus, elle s'arrache compulsivement les cheveux. En même temps, je parle dans la cuisine du centre. L'idée de manger devait certainement beaucoup l'angoisser. Elle me dit « tout va bien... », mais elle a la main posée sur une plaque brûlante de la cuisinière. Je crie, je lui dis : « je ne suis pas d'accord », je lui prends la main et la mets sous l'eau froide pour lutter contre sa brûlure et contre son auto-agressivité.

Elle est en souffrance. La veille, elle s'était fait du mal avec un objet tranchant. Il est vrai que quelques semaines auparavant, Natacha avait dû vivre un épisode

¹⁵ Prénom fictif.

érotomaniac. Elle avait été délirante, amoureuse d'un collègue: un amour pathologique. Plus tard, c'est d'un autre homme dont elle sera follement amoureuse. Passionnée, elle s'était fait souffrir à nouveau, dans le cadre d'une nouvelle rupture. C'est dans un tel contexte que nous avons été mis en relation dans l'atelier jeux dramatiques, cet espace où « *il est possible de rechercher derrière chaque conduite une fonction, une signification dans la dynamique de la relation* »¹⁶. Natacha sèche ses larmes, raconte son histoire puis distribue les rôles. Le psychodrame est une approche « *...fondée sur la spontanéité créatrice, sur la notion de rôle que le patient expérimente* »¹⁷. Je fais confiance à ma collègue psychothérapeute pour mettre en scène une relation avec Natacha. Nous arrivons dans l'espace du jeu, nous sortons de la réalité et entrons dans l'illusion. L'espace d'un instant, je me vois jouer le rôle que Natacha m'a attribué, à savoir cet amoureux maltraitant qu'elle ne parvient pas à oublier. Il s'agit pour Natacha de révéler sa manière d'être, inapparente à soi et aux autres, aidée par ma collègue qui elle agit en tant que « *moi auxiliaire* »¹⁸. Et pour aider Natacha, je dois supporter le fait de devoir me faire larguer, me faire quitter. Ce jeu n'est pas simple, je réagis, ça me touche. Puis Natacha s'adresse à moi avec violence, elle dit ne pas mériter ça, elle dit mériter mieux. Elle exprime sa colère et l'injustice. La « *catharsis* »¹⁹ a lieu, cette démarche lui permet de décharger adéquatement ses affects pathogènes. Elle commence à faire le deuil de cette relation. Le jeu s'arrête et nous sortons de cet espace. Je suis bouleversé, mais content de retrouver ma réalité d'éducateur. Je vais pouvoir changer d'activité. J'accorde la guitare et je me prépare à l'animation de l'atelier musique. Natacha vient également dans cet atelier qu'elle aime bien, mais elle est envahie par un mouvement de jalousie.

Elle refuse de chanter car une autre patiente, qui chante moins bien qu'elle, ose s'exhiber. Natacha postulerait bien à la *Star Academy*, mais supporterait-elle de se faire « larguer » par le jury ? Elle aime chanter et je l'encourage à le faire à la fête de Noël du CTJA. Elle sera applaudie par tous, par les jeunes, et c'est le plus important. J'ai été investi en tant que bon objet dans cette prise en charge, à l'inverse de ma collègue assistante sociale, qui elle représentait la réalité, à savoir l'orientation professionnelle, ce qui l'a beaucoup confrontée. Aujourd'hui, elle va mieux, elle apprend le métier d'assistante dentaire. Elle prend des neuroleptiques. Je l'ai vue chanter *Gainsbourg*, dans un concert amateur, sous les projecteurs.

¹⁶ Camuset M.-P., (2005) Le psychodrame psychanalytique. [En ligne] http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/psychotherapie/psychodrame.html

¹⁷ Idem

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

Vignette II

Haïku : « L'enfant rêve d'horizon, partir en voyage, amarré au port »

Maria²⁰, 16 ans, souffre cruellement d'un manque de cadre éducatif, aimée par des parents démunis face à sa forme de psychose obscure, aux allures borderline. Elle se met en danger, confuse et désorientée. Les risques possibles à l'adolescence ont pris le dessus : alcoolisations massives et mises en danger avec des hommes trop âgés pour elle. Le SPJ fait son enquête. Déléguons cette dimension pénale et offrons à cette famille un peu de sérénité. Ce système familial est déséquilibré, il s'agit de le rendre plus ouvert au changement. Il faut reparler des bases de l'éducation. Maria ne devrait pas dormir avec sa mère, même si elle angoisse. Il a fallu se mettre d'accord, penser entre référents, médecins, enseignants éducateurs, trouver des objectifs cohérents, en *co-partenariat*. Jour après jour, nous avons négocié un cadre éducatif à la fois souple et sécurisant. Puis, en entretien, le médecin prescrit un « sevrage à la mère » progressif, car Maria pleure trop souvent au CTJA, épuisée, elle ne parvient pas à faire ses journées complètes au centre. Sa mère lui manque.

Je lui explique que si elle ne cesse de pleurer, je ne parviens pas à comprendre ce qu'elle demande. « Je veux rentrer chez moi et être avec ma Maman » Je lui répète alors les bonnes conséquences d'une autonomie. Je l'encourage et la félicite des progrès déjà accomplis. L'analyse fonctionnelle met en évidence ses émotions, ses schémas de pensée²¹. Puis soudain, une envie de changement émerge. Il faut l'encourager, mesurer les avantages et les inconvénients d'une telle séparation. S'il est trop tôt pour elle, à quoi bon le faire ? Mais l'entretien motivationnel fait pencher la balance. Les avantages à grandir ont plus de poids pour elle. Il faut les hiérarchiser. Nous nous mettons d'accord, une alliance apparaît. La demande de la patiente reste au cœur de la relation. A l'entraînement aux habiletés sociales, elle aborde sa difficulté à quitter sa mère le matin. Ses camarades du CTJA ont chacun leur propre connaissance, conseils ou stratégies pour gérer ce problème. Nous proposons une résolution de problème. Maria écoute attentivement ses pairs. Puis nous jouons en jeu de rôle, comment sortir de la voiture et quoi dire d'utile au moment des adieux. Plusieurs alternatives sont jouées, un modèle est présenté, puis Maria est déjà plus performante, moins agressive dans le jeu. Nous renforçons positivement à l'aide d'outils d'affirmation de soi²². Alors nous prescrivons sa tâche à domicile qui consiste à essayer cette nouvelle compétence et à observer ce que cela change pour elle, au niveau de la relation avec sa mère.

²⁰ prénom fictif

²¹ Bondolfi G. & Bizzini L. (2002). Introduction aux thérapies cognitives. Genève : ASPCo-Info n°10

²² Idem

Elle bénéficie de l'accompagnement méta-cognitif. Au lieu de se dire « ma mère me manque dans le train », mieux vaut se dire « je vais être contente de la revoir ce soir ». Face à l'anxiété de cette situation, je propose un travail de relaxation. Il s'agit de l'aider à utiliser la respiration pour se détendre, à s'imaginer performante durant ce moment de séparation. Le lendemain, munie de ces outils, elle parviendra mieux à supporter ce « sevrage à la mère ». La peur, durant ce moment difficile, passe de 8 à 4. La tristesse passe de 10 à 7, ce mercredi-là, à 8h15.

Maintenant, elle est ponctuelle au CTJA, elle fait un temps complet et la crise n'est plus aiguë. Elle partage des activités sportives avec sa mère, ce qu'elle ne faisait plus. Mon collègue éducateur a travaillé la motivation au sport. Elle parvient à se développer personnellement et à s'exprimer artistiquement. Elle s'est mise en valeur, réalisant un magnifique autoportrait au dessin. Puis en ergothérapie, où l'activité sert de médiation relationnelle, elle réalise un foulard en peinture sur soie, pour sa mère. Elle progresse dans son objectif qui vise à avoir du plaisir durant l'activité, durant le processus. Elle a peu accès à l'aspect symbolique des choses ni à la *réalité objectale*²³. Elle reste dans le principe de réalité et a bénéficié d'une approche concrète.

Ainsi en fonction de la singularité des patients, nous puisons dans notre stock d'outil, peu importe le modèle, afin de coller au plus proche de la réalité du jeune.

« Portion de pédagogie ...»

Au CTJA, les jeunes admis sont divisés en deux groupes, à savoir le Gr.1 (jeunes en âge de scolarité obligatoire) et le Gr.2 (jeunes ayant terminé la scolarité obligatoire et en recherche d'un projet professionnel). Sur le temps de la prise en charge, 50% est réservé à la classe. Les branches principales (français, math et langues) y sont enseignées.

Les enseignants spécialisés qui accompagnent les jeunes ont bien conscience de l'importance du lien afin de mettre en place une relation pédagogique au travers du cursus scolaire de chacun. Chaque situation est unique et sera travaillée autour du programme individualisé selon les compétences de chaque jeune.

Que représente cette école pour les jeunes ?

Au départ, la première réflexion qui leur vient : « Ce n'est pas une vraie école, il n'y a pas d'évaluation, de note, pas d'obligation concernant le carnet scolaire, nous n'avons pas les vacances scolaires... »

Après quelques temps passés au CTJA, les remarques évoluent, nous entendons : « les profs sont plus disponibles, on peut prendre le temps de travailler, le stress est moins présent...Le rythme de chacun est respecté... »

²³ Du Cos de Saint-Barthelemy, F. (1987). L'ergothérapie en psychiatrie. Paris : Journal d'ergothérapie 9,4,139-141. Masson

Les jeunes comprennent bien ce qui leur est proposé, certains plus vite que d'autres...reflet de société !

Le jour où arrive la réintégration à la « vraie école » nous devons faire face à une réalité souvent compliquée pour les élèves. Ils se sentent perdus, incompris et seuls dans ce nouveau milieu où l'attention n'est plus tournée que sur eux. Dans la majorité des cas, ces réintégrations se font, au départ, à temps partiel, avec un soutien au maître principal qui accueille le jeune dans sa classe. Ce dernier doit parvenir à prendre sa place et à intégrer, au mieux de ses capacités, le milieu de son école.

Afin d'illustrer notre travail, deux situations de jeunes ayant fait un passage au centre sont présentées.

Vignette III

Haïku : « Aller ou venir, le chemin à sens unique est devenu route »

Adriano²⁴, jeune de 14ans est admis au CTJA dans le courant du mois de mai. Depuis 8 mois, Adriano a cessé de fréquenter l'école, cette dernière le persécute et lui fait horriblement peur.

L'objectif de la prise en charge : Mettre en place une réintégration à l'école afin qu'Adriano puisse passer les examens du certificat qui auront lieu à la fin de la prochaine année scolaire. Très vite nous nous apercevons que cet objectif sera difficilement réalisable au vu des difficultés importantes de ce jeune. Adriano refuse d'entrer en classe au centre, il ère dans les couloirs durant les périodes scolaires n'arrivant pas à se poser. Le taux d'angoisse est gigantesque, l'anxiété le paralyse. Adriano nous met face à notre impuissance. Quoi faire ?

Nous prenons le temps de l'apprivoiser, de faire connaissance, de tenter de créer un lien. Le lien fragile se rompt à la moindre allusion à l'école. Adriano n'arrivant toujours pas entrer en classe, c'est la classe qui ira à lui au rythme qu'il nous autorisera. Un bureau est sorti dans le couloir. Adriano est maintenant prêt à s'y installer pour dessiner. Enfin il arrive à se poser sur les périodes de classe, mais hors de la classe.

Petit à petit, nous lui proposons volontairement des exercices inférieurs à son niveau. Les travaux restent sur le bureau non complétés. Adriano nous dit : Je ne peux rien faire, je ne comprends pas, c'est trop difficile. Cours après cours, une feuille de travail est déposée devant lui. Il continue à dessiner...

Après quelques semaines, un matin, Adriano m'interpelle et me dit j'ai fait le travail mais je sais que tout est faux. Nous prenons le temps de revoir ce qu'il a fait et, à sa grande surprise, tout est juste. Premier succès, nous continuons...Adriano accepte volontiers de compléter les fiches, au fil des

²⁴ prénom fictif

périodes il s'aperçoit qu'il n'est pas si nul qu'il le dit. Il devait s'en rendre compte par lui-même.

La méthode d'enseignement sans erreur lui a permis de relancer ses apprentissages et de reprendre confiance. Le fait de favoriser des situations revalorisantes au travers des fiches scolaires fait qu'Adriano retrouve doucement le plaisir d'apprendre. Graduellement nos exigences augmentent. Adriano y répond assez bien. Nous ne sommes toujours pas en classe mais nous pouvons maintenant envisager la possibilité que cela sera possible. Ce n'est que patience, respect et travail.

Vignette IV

Haïku : « Le voyage est long, parvenir à la montagne, reste à la gravir »

Suite à une hospitalisation et à un échec de réintégration scolaire Jennifer²⁵ arrive au CTJA. C'est une jeune fille très inhibée qui parle peu, qui demeure en retrait et qui ne recherche pas le contact avec les pairs. Lors de sa première semaine de présence, elle nous dit souvent qu'elle ne pense pas revenir le lendemain. Son état d'anxiété est au maximum. Jennifer a pu surmonter cette peur et se présenter régulièrement au CTJA.

En équipe, il est décidé que Jennifer doit retourner à l'école le plus rapidement possible afin de maximiser ses chances de réussite. Cet objectif sera donc travaillé, tout au long de sa prise en charge de façon individuelle et au sein du groupe. En entretien, Jennifer dit clairement qu'elle ne retournera jamais à l'école, qu'elle s'en sent incapable. Du travail nous attend !

Quelques semaines passent, nous remarquons que Jennifer se sent de mieux en mieux au centre, dans cet univers que nous voulons douillet, peut-être trop ! Elle crée des contacts, prend une place de plus en plus importante dans le groupe et va même jusqu'à confronter les limites, ce qui est difficile à accepter. Des démarches sont alors amorcées auprès de son école. Le maître principal, bien au courant de la situation, l'attend et prépare les étudiants à sa venue dans la classe.

Le jour J est fixé, la première rencontre à l'école aura lieu jeudi. Jennifer est d'accord, ses parents la soutiennent. La veille Jennifer est rencontrée en entretien : c'est demain le grand jour, Jennifer ne le supporte pas. Elle entre dans une grande colère, se roule à terre, se cache en-dessous du bureau, éclate en sanglots. La régression est importante. Malgré cela, le rendez-vous du lendemain est maintenu. Sommes-nous sans cœur ?

Jeudi matin, Jennifer se lève. Elle a mal à la tête, elle a des maux de ventre, des nausées. L'école nous prévient de l'absence de Jennifer. Déception...Qu'avons-nous omis de faire ?

²⁵ prénom fictif

Le lendemain, elle se présente au CTJA, tout va pour le mieux. Nous recommençons le processus. Une nouvelle journée à l'école est fixée. C'est alors la même histoire : ledit matin, elle ne va pas bien, elle demeure à la maison. Sa mère cautionne le fait qu'elle reste à la maison. Jennifer est très mal, ses somatisations sont importantes. Nous serions-nous trompés ?

Jennifer revient au CTJA le lendemain. Nous planifions la rencontre suivante à l'école sur les heures de la prise en charge du CTJA, son référent enseignant l'accompagnera. Cette rencontre se passe relativement bien, un horaire particulier est mis en place. La première semaine, elle ira à l'école les mardis et jeudis, le reste de la semaine se passera au CTJA. Accompagnée par son référent enseignant, Jennifer se présente en classe selon l'horaire mis en place. De semaines en semaines, les périodes à l'école sont augmentées. Jennifer répond de mieux en mieux aux exigences de sa nouvelle classe. Nous remarquons qu'il est important de maintenir le soutien particulier et individuel de l'enseignant référent, auprès de Jennifer. Au vu de ses progrès et de sa nouvelle motivation, nous envisageons la sortie du CTJA.

A la fin de l'année, Jennifer a réussi son certificat. Certaines difficultés sont encore présentes, mais Jennifer porte un nouveau regard et envisage, plus confiante, son départ dans la vie professionnelle qu'elle a choisi.

« ...Une équipe de soins. »

Vignette V

Haïku : « *Depuis un beau rêve, Dessiné sur une feuille pâle, La réalité.* »

En atelier d'ergothérapie, en collaboration avec notre collègue ergothérapeute, nous avons accueilli un adolescent de 16 ans, Patrick²⁶. Il rêvait de se confectionner un long manteau en cuir noir de type manga (Foa Requiem pour ceux qui connaissent). C'était un projet qui existait dans sa tête depuis longtemps. Il avait déjà acheté le cuir qui était resté chez lui, mais n'avait jamais réussi à débiter son projet. Inspiré par les possibilités créatrices de l'atelier et mis en confiance avec l'équipe de soins, Patrick a émis le désir que nous puissions l'accompagner dans ce projet ambitieux.

Autant dire qu'aucun d'entre nous n'avait jamais confectionné de manteau en cuir. Il était évident que nous devons relever le défi, aussi bien nous que lui.

Aujourd'hui, le manteau n'est pas encore terminé, mais presque. C'est un très beau travail. Cette vignette est présentée par rapport au travail d'équipe que nous avons dû mettre en place pour accompagner ce jeune dans l'accomplissement d'un rêve. Un travail d'équipe a permis d'adapter les

²⁶ prénom fictif

compétences et les limites de chacun, ainsi qu'un travail d'accompagnement, de soutien, à la juste distance (ce qui n'a pas toujours été évident). Cela implique d'être soutenant, un peu, pas trop, juste ce qu'il faut pour que l'adolescent puisse s'approprier la réussite de son projet, comme la réalisation de son rêve, afin d'en être fier.

Vignette VI

Haïku : « *Brouillard ce matin, Plein et vide s'échangent les choses, Un monde se reforme* ».

Christophe²⁷ est un adolescent de 17 ans qui a bénéficié d'une prise en charge au CTJA durant plus d'une année. Il est sorti depuis deux ans et demi.

Son suivi a été difficile en raison d'une consommation importante de cannabis et d'une entrée dans une psychose très symptomatique, exacerbée par sa consommation et difficile à traiter en raison d'effets secondaires massifs à certains traitements neuroleptiques.

Sa fréquentation au Centre était très irrégulière et sa participation aux activités quasi insignifiante tant Christophe était "dans sa bulle". Qu'en était-il de notre relation (j'étais alors son infirmière référente), de sa relation avec l'équipe et de celle qu'il entretenait avec son thérapeute? Nous étions là. Le CTJA était là, et nous sommes restés pour un temps, mais il était difficile d'imaginer ce que pouvait bien vivre ce jeune homme, dont le discours restait au fil des mois aussi saugrenu que délirant.

Nous l'avons accompagné en foyer, imaginant qu'un éloignement du milieu familial et de la ville lui serait bénéfique. Nous ne savions pas si ce projet était le bon pour Christophe. Cependant, nous n'avons pas eu de nouvelles de sa part durant deux ans. Récemment, ce jeune était à la porte du CTJA, à 8h15, alors qu'il n'était jamais arrivé aussi tôt lors de sa prise en charge. Le but de Christophe était de revoir l'équipe, dont son psychiatre, son infirmière, ses éducateurs et ses enseignants : " Cette étape de ma vie est comme un nuage de brouillard dans ma tête, je voulais venir vous voir pour savoir ce que vous en dites, aviez-vous compris tout ce que je vous racontais à l'époque?"

Cette visite fut très touchante car je n'avais pas imaginé que la relation ait pu être aussi significative et investie pour lui. Ce genre de rencontre redonne du courage et porte, pour aller de l'avant. Elle montre à quel point le lien que nous créons, que nous offrons à travers les soins, reste fortement ancré pour certains.

²⁷ Prénom fictif

Haïku : « *D'abord une rencontre, Choisir ensemble un chemin, Arriver au but.* »

Les analyses descriptives, sur un petit échantillon de 10 patients souffrant de psychoses, montrent une amélioration globale dans tous les domaines de la perception de leurs difficultés entre le début et la fin de la prise en charge.

Du point de vue des patients, à leur entrée au CTJA, les problèmes prioritaires se situent au niveau scolaire, puis suit le médical et le psychique. Du point de vue des soignants, à l'entrée du patient au CTJA, les problèmes des jeunes se situent prioritairement au niveau psychique, scolaire puis au niveau social. Entre le début et la fin de la prise en charge au CTJA, le domaine des problèmes scolaires/emploi est le seul jugé par les patients où une diminution significative du besoin de prise en charge est observée. Ainsi, l'amélioration est davantage constatée au niveau scolaire.

Ajoutons que les soignants estiment que les patients se sont améliorés dans plusieurs domaines, soit médical, scolaire, social et psychique. Notons que le domaine familial et celui des toxiques obtiennent des scores plus faibles sur l'échelle de la gravité, alors même que la toxicomanie n'est pas d'emblée un critère d'admission spécifique au CTJA. En ce qui concerne l'évaluation faite par les soignants au sujet des difficultés familiales, il ne nous est pas possible de nous positionner par manque de connaissance du milieu familial au moment de l'admission du jeune.

D'autre part, les analyses descriptives montrent l'importance de la gravité concernant les domaines psychiques, puis scolaires. Elles semblent logiquement être en relation avec les critères d'admission du CTJA. En lien avec ces résultats, il serait possible d'envisager que des patients psychotiques reconnaissent davantage les difficultés scolaires que celles d'ordre psychologique.

Ajoutons que nous avons vu, à travers l'illustration des vignettes pédagogiques²⁸, à quel point le lien entre enseignant/jeunes est primordial pour comprendre la situation que vit ce dernier et pour l'aider à grandir. La relation pédagogique se profile dans un deuxième temps. Un des rôles principaux des enseignants est de transférer la relation pédagogique dans l'établissement scolaire où l'adolescent évoluera. La relation pédagogique consiste aussi à permettre au jeune une prise de conscience vis-à-vis de ses propres aptitudes au sein de son cursus d'apprentissage. Pour retourner à l'école ou entrer dans le milieu professionnel, les jeunes ont en premier lieu dû être traités pour une diminution des symptômes, pour une amélioration de leurs compétences sociales, mais aussi pour mieux connaître leur maladie. L'école et la formation professionnelle

²⁸ Vignettes III IV

apparaissent comme le pôle de normalité auquel l'adolescent s'accroche. Il nous semble donc qu'elles seront le biais par lequel la relation va pouvoir émerger dans la majorité des situations.

En ce qui concerne les besoins au niveau médical, nous formulons l'hypothèse que les jeunes admis au CTJA n'ont en principe pas de problème de santé grave et qu'ils parviennent à parler de la souffrance somatique, à savoir les problèmes liés au corps.

C'est pourquoi, la *vignette V*, en lien avec les soins infirmiers²⁹, illustre le chemin que fait le soignant dans la direction du jeune pour créer une relation d'aide qui permettra à ce dernier de se sentir renforcé. Permettre au jeune de reprendre un travail autrefois abandonné, signifie également lui donner l'envie et le courage d'aller jusqu'au bout de celui-ci sans laisser tomber en cours de route ou encore de relever avec lui un défi pour y parvenir ensemble. Tous ces éléments favorisent la naissance d'une relation réelle. La *vignette VI* met en image la force du lien qui se tisse entre une équipe soignante et un jeune dans une période difficile de sa vie. Un lien invisible sur le moment et qui apparaît plusieurs années plus tard, tel le témoin d'une relation réelle qui a existé et qui existera malgré la souffrance.

En troisième position sur l'échelle de la gravité, il semble compréhensible que les difficultés d'ordre social interfèrent avec le spectre de la psychose. Notons que nous avons vu, à travers l'illustration des vignettes éducatives³⁰, qu'un décalage pouvait exister entre la perception du soignant vis-à-vis de la réalité de l'expérience psychotique vécue par le patient. Située entre le patient et la pédopsychiatrie, entre les notions de bons et de mauvais objets, la relation éducative se veut soignante, authentique et bien réelle. Elle est rendue possible par ce qui est offert dans le dispositif pluridisciplinaire du CTJA. De plus, nous avons vu que toute rencontre s'avère réelle lorsqu'elle se fonde sur un copartenance entre le patient et le soignant et qu'elle peut se construire de manière progressive, dans une temporalité. Cette vignette illustre la dimension intersubjective de la réalité sur la relation de soins.

Conclusion

Dans le cadre de cette étude et sur la base de patients souffrant de psychose, nous sommes partis de l'hypothèse qu'une relation de soin est aidante pour le jeune dès lors qu'elle répond au mieux à ses préoccupations essentielles (i.e. cognitives, affectives et expressives). En conséquence, cette relation de soins pourrait permettre aux jeunes de se renforcer et de recouvrir tout ou partie de leur santé. Nous avons cherché dans les outils que nous avons à disposition un

²⁹ Vignettes V et VI

³⁰ Vignettes I et II

moyen de confirmer cette hypothèse qui reste proche de nos appréciations. Cette étude montre que le CTJA puise dans divers modèles. Ceci permet d'offrir des soins aux adolescents, au plus près de leurs besoins. Nous les avons illustrés de manière poétique pour mettre en avant la créativité au service des soins. Être créatifs pour parvenir à inventer un lien favoriserait l'émergence d'une alliance thérapeutique avec l'adolescent. Une relation de soin prendrait forme au fil du temps, sans que l'on ne s'en aperçoive toujours.

L'utilisation du questionnaire ADAD pousse les jeunes à se pencher sur leurs besoins en soin, ce qui permet également d'évaluer le plus objectivement possible la qualité de la relation de soin.

L'ADAD permet également une rencontre soignant/patient. D'un côté il a été remarqué que le patient présente une demande essentiellement centrée sur des besoins scolaires. De l'autre, le soignant proposera une palette d'offres qui s'organisent au mieux par rapport aux préoccupations essentielles du jeune.

Ainsi, par le biais de la demande et dans des objectifs communs, les deux protagonistes se retrouvent dans l'amorce du processus de soins. L'essence même de la relation soignant/soigné ne permettrait-elle pas de passer d'une réalité relationnelle subjective à celle d'une réalité objectivement mesurable? Nous sommes d'avis que notre écrit tente à démontrer cette réalité.

Bibliographie

Articles

Bondolfi G. & Bizzini L. (2002) Introduction aux thérapies cognitives. Genève : ASPCo-Info n°10

Botbol M., Barrère Y., Speranza, M. (2005) Psychoses à l'adolescence. France : EMC-Psychiatrie-44 1-11 Elsevier.

Chue, P. (2006) The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *J Psychopharmacol.* 20 (6Suppl) : 38-56. [Pubmed]

Du Cos de Saint-Barthelemy F. (1987) L'ergothérapie en psychiatrie. Paris : Journal d'ergothérapie 9,4,139-141. Masson

[Fraser R.](#), [Berger G.](#), [McGorry, P.](#) (2006) Emerging psychosis in young people - Part 2 - key issues for acute management. [Aust Fam Physician.](#) 35(5):323-7[Pubmed]

Gumy M. (1990) Aujourd'hui et demain : l'ergothérapie en psychiatrie. Paris : journal d'ergothérapie 12, 4, 189-192 Masson.

Lawrence R., Bradshaw T., Mairs H. (2006) Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia : a systematic review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 13 (6) : 673-81[Pubmed]

McCabe R., PhD., Saidi M., MSc., Priebe S., MD. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. The British Journal of Psychiatry, 191: s21-s28. doi :10.1192/bjp.191.50.s21. [Pubmed]

Internet

Camuset, M.-P. (2005). Le psychodrame psychanalytique. [En ligne] http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/psychotherapie/psychodrame.html

Mémoire

Borer M., Pathey A., Widmer A. (2005) La place de l'ergothérapie en psychiatrie auprès d'adolescents. Lausanne : Ecole d'ergothérapie EESP.

L' E c r i t



Département de Psychiatrie / CHUV
Directeur des Soins
Jean-Michel Kaision

Responsable de la publication: Service des Soins DP-CHUV
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.chuv.ch/psy/bpul>
Info et abonnement : Tarja.Cachelin@chuv.ch

Prix: Fr. 5.-