

Mars 2001

Numéro 35

# L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte  
(DUPA)Service des soins infirmiers  
Site de Cery - 1008 Prilly-LausanneResponsable de la publication:  
Service des soins infirmiers  
prix Fr. - 2

## **Sommaire : La section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH) et la section des troubles de la personnalité (STP)**

**Editorial : Pour faire le portrait d'une division:** Serge Boulguy, Clinicien expert à Belle-Idée.**Historique de la section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH):** Montserrat Vauthey, ICUS à Fougère.**Organisation de la section:** Enzo Ros, ICUS à Dauphin.**Une expérience d'animation de groupe, le «Groupe Bipolaire»:** Didier Camus, infirmier clinicien de la section, Maxime Sorel, infirmier aux Marronniers.**Perspectives de la section :** Catherine Matter, ICS de la section

### **Psychiatrie et Police: un Projet interdisciplinaire.**

**Historique du projet :** Philippe Quinche, chef de clinique de la section des troubles de la personnalité**Objectifs du projet :** Didier Vasseur, infirmier à la STP**Bilan des stagiaires policiers après leur stage à Cery :** Aurélie Chevalier, psychologue à la Police

### **Mon expérience aux côtés de «Police Secours» et quelques réflexions personnelles:**

Karine Desselberger, infirmière à la STP

**Psychiatrie et Police: Un partenariat est-il possible?:** Bruno Gravier, médecin adjoint du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaire(SMPP), Jean Philippe Duflon, infirmier chef du SMPP.

## **Editorial**

Notre relation au monde est faite d'une part de vécu et d'expériences sensibles et d'autre part de la compréhension et du discours que nous formulons à leur propos. Nous pouvons assimiler les premiers au contenu et les seconds au contenant. Il va de soi que ces deux aspects sont les termes inextricablement liés de toute histoire dès lors qu'il y a de la vie. Mais le dialogue qu'ils entretiennent peine souvent à trouver un juste équilibre donnant l'avantage tantôt à l'un et tantôt à l'autre.

Il n'est donc pas étonnant que dans cette matinée clinique où se sont exposés les soignants d'une division encore récente et en pleine croissance, les présentations ont oscillé entre fond et forme. A la fois rendre compte du processus créatif issu de la rencontre avec les patients, de l'évolution de son accompagnement, de l'histoire de ces doutes, de ces hésitations qui font parfois marquer le pas et envisager de revenir en arrière (d'où l'on vient?). Mais aussi, aménager des espaces pour cette rencontre, mettre des tiers (cadre de soins, programme, contrat, etc.) afin d'éviter l'envahissement



réciroque, canaliser la toute puissance mégalomaniacale ou mortifère des patients comme celle réparatrice des soignants. De tout cela, il a été question, avec parfois des interrogations sur les options thérapeutiques choisies à l'occasion de telle prise en soins ou de telle activité groupale.

Il suffit qu'une équipe accepte de s'exposer ainsi, de laisser la place au doute et ne pas s'installer dans un mauvais scénario psychopédagogique", - où la négociation ne serait que la possibilité au patient sur la manière de dire oui -, pour que chaque prise en soins soit l'occasion d'une rencontre et révèle toutes ses potentialités thérapeutiques.

C'est en pensant à ce dialogue entre le contenu et le contenant, entre nature et culture diraient certains, que le poème de Jacques Prévert, *Pour faire le portrait d'un oiseau*, m'est venu à l'esprit. Ce poème traduit de manière métaphorique le propos de toute entreprise soignante où il est rappelé la nécessité de proposer un espace délimité par un cadre mais d'offrir aussi quelque chose d'utile et de beau au patient. Le grand respect pour le rythme de l'oiseau, le silence du peintre ne sont pas sans évoquer des qualités importantes dans toute relation thérapeutique. L'objectif de tout ce dispositif étant de brosser une toile dans laquelle l'oiseau se sente si bien qu'il se décide à chanter. Ainsi en est-il d'un dispositif de soins qui atteint son but, c'est à dire qui permet au patient de se sentir bien et de trouver - ou retrouver - sa voix. Alors l'espace de la relation thérapeutique sera comme celui du tableau où le cadre toujours présent se sera fait oublier comme les barreaux de la cage ont été effacés.

**Serge Boulguy**

## **HISTORIQUE DE LA STAH**

Il y a trois ans, à l'occasion de la restructuration, la STAH fut créée avec deux unités hospitalières (Fougère et Dauphin), mais surtout furent créées de nouvelles équipes avec un challenge: prendre en soins des patients souffrant de troubles anxieux et de l'humeur. Tous les fantasmes étaient alors possibles. Tout était à créer, les soignants venaient de tous les services, l'histoire était alors inexistante, mais nos humeurs bien présentes... Quelle allait être cette population dite: troubles de l'humeur? On parle bien des dépressifs, des maniaques... Mais dans le fond les patients qui viennent à l'hôpital ne sont-ils pas tous déprimés? Nous nous demandions alors où allait être la limite du diagnostic.

### **Allions-nous devenir dépressifs?**

Quelles pouvaient être les motivations qui poussaient les soignants à vouloir travailler avec ce type de patients?

Etions-nous vraiment conscients du risque suicidaire considérablement augmenté de par notre nouvelle population? Et comment allions-nous le gérer?

Allions-nous nous habituer au discours des patients suicidaires? Ceux qui répètent à chaque hospitalisation qu'ils vont se suicider,

avec le risque que nous minimisions l'importance de cet appel.

Avec le recul, une chose est sûre... Il n'y a rien de certain.

Entre ceux qui le verbalisent à chaque phrase... qui sont si démonstratifs, ceux qui n'en parlent jamais, ceux qui nient même y penser, tous sont potentiellement à risque, différemment, mais à risque, nous en avons malheureusement fait l'expérience dans notre section.

### **Et nos humeurs étaient-elles stables ?**

Dans notre souvenir, nous avons rapidement été obligés d'entamer une réflexion autour de la question du lien. Nos patients fuguait ou menaçaient de le faire avant même que nous ayons pu construire des «outils à tisser le lien», et cette porte de service depuis peu ouverte qui narguait notre toute-puissance de soignants...

Nous ne pouvions plus nous réduire à dire à nos patients: «nous savons ce qui est bon pour vous en ce moment». Et nos patients violents, ceux qui menaçaient de tout casser, mais qui en même temps n'étaient pas suffisamment décompensés pour nécessiter un soin obligatoire...

Entre ouverture et fermeture, quel était le juste milieu? Comme si tout à coup nous apprenions un nouveau type de prise en

soin avec tout le questionnement de la limite de notre interventionnisme.

Nous nous souvenions d'avoir dû passer par une période où l'absence de cadre dans la prise en charge du patient était notre quotidien, comme si nous ne savions plus où et comment intervenir en tant que soignants. Cette fois, notre rôle de soignant était clairement remis en question.

Une fois de plus, nous étions contraints d'argumenter et d'explicitier notre pratique, en nous demandant : mais finalement, à quoi sert un infirmier?

Nous sentions que nous étions à un tournant de l'histoire de la psychiatrie hospitalière, que nous perdions à ce moment-là une identité qui nous semblait pourtant si nécessaire. Que nous réservait l'avenir et qu'allions-nous y gagner? Entre les «cadreurs invétérés» et les éternels «laissons-faire», les camps étaient clairement définis. De plus, le taux d'occupation et la charge de travail nous empêchaient souvent d'avoir le recul nécessaire pour penser.

Et puis à l'hôpital nous devons sans cesse jongler avec notre capacité polyvalente: donner à manger à un patient régressé puis l'instant après marchander pour la prise d'un traitement, aller nettoyer l'alimentation mise au sol dans une chambre de soins intensifs par un patient maniaque puis enfin être représentatif dans un entretien de famille, sans oublier les formations continues avec toute la complexité de pouvoir se détacher de l'effectif journalier et de se détacher aussi de la loyauté vis à vis de l'équipe et de l'éventuelle lourdeur du service. C'est ça l'hôpital alors les projets d'équipe ... parfois. !

Peu à peu, et au fil de discussions animées où chacun, dans un premier temps restait sur ses positions; nous avons dû faire chacun un bout de chemin pour finalement tomber d'accord sur un nouveau visage du soin. Et quand nous nous sommes relevés, et à ce moment-là seulement, nous avons pu mettre en place et expérimenter de nouvelles stratégies.

Alors du coup nous avons laissé tomber notre cape de «Zorro» ou plutôt nos blouses.

Comment allions-nous aborder la singularité de chacun; nous, qui sommes les «voyeurs de la pensée». Nous, si curieux d'aller à la découverte de l'unité de chaque individu, étions pourtant encore tributaire de nos réflexes-préjugés?

Nos interprétations sauvages et parfois prétentieuses, nous laissaient croire après quelques secondes d'expressions diverses que nous détenions la clef de la compréhension de la psyché, et cela de tout individu qui s'aventurerait à passer la porte de notre service.

### **Souvenirs...**

Je n'oublierai jamais ce patient que l'on disait si bien connaître, au point que l'anamnèse d'entrée se résumait à cette phrase : «patient bien connu de nos services...» .

Ces quelques mots laissaient entendre que même l'anamnèse ne pouvait plus rien nous apprendre et que le patient n'avait plus de secrets pour nous. Mais alors, comment ce patient aurait-il pu susciter encore de l'intérêt? Une fois de plus, son histoire l'a rattrapé, et même s'il n'y avait qu'un soignant pour témoigner de ses exploits antérieurs, quelques secondes suffirent pour que ce patient suscite beaucoup d'inquiétude dans l'équipe.

Cet homme, bâti comme on n'en fait plus, dans mon souvenir, il devait approcher les deux mètres, et pas moins de cent vingt kilos. La première question: la chambre d'isolement était-elle libre? En même temps, nous sentions que l'épreuve de force si souvent «inévitable», ne correspondait plus à nos envies.

De plus, ce patient trop bien connu nous provoquait dans son discours :

-«Depuis 6 ans, j'ai tout fait pour ne plus revenir ici. Je refuse de remettre les pieds dans cet hôpital, rien que le souvenir d'avoir été attaché, contraint et forcé m'empêche de croire que cela puisse m'être bénéfique en quoi que ce soit. Appelez beaucoup de monde si on m'oblige à rester ici, si on m'enferme je vais tout casser !, je connais la psychiatrie, vous savez faire que ça : attacher les gens ! Si vous m'attachez je démonte tout ! »

Là, le patient nous offrait l'opportunité de lui montrer que nous avions changé. Que dans le fond, nous n'étions plus intéressés à nous battre «contre lui», comme de toute façon il était le plus fort. A ce moment-là commença la négociation. Nous marchandions chaque paragraphe du contrat, surtout ceux qui sont au bas de la page, écrits en petits caractères...

Comme toujours pour nous, l'hôpital ne pouvait lui être que bénéfique, mais malgré tous nos arguments, le patient avait peur et ne voulait pas une fois de plus se «faire avoir». Nous aussi d'ailleurs, étions dans la crainte que les vieux réflexes resurgissent. Malgré sa symptomatologie importante, le risque auto et hétéro-agressif n'était pas assez présent pour nous permettre de le retenir contre son gré. Malgré cela, nous ne pouvions pas le laisser dans cet état sans rien tenter.

Maintenant qu'une ébauche de lien se créait, nous espérions être suffisamment convaincants pour lui venir en aide. Malgré tout nos efforts, le patient qui semblait imperméable, s'engagea à revenir le lendemain à 11 heures. Allions-nous le revoir? Qu'allait-il se passer à l'extérieur? Et s'il lui arrivait quelque chose, quelle serait notre part de responsabilité? Responsabilité morale mais aussi responsabilité légale.

Cette loi avec laquelle nous devons de plus en plus composer, qui nous oblige à avancer ou en tout cas à formaliser certains documents pour mieux pouvoir justifier de nos actes

Pour ce patient nous avions le sentiment que nous travaillions presque sans filet, mais persuadés, autant les médecins que les infirmiers, que cette incertitude était le prix à payer.

Le lendemain matin, toute l'équipe était au diapason quand à la prise en soins de ce patient. Nous n'avions pas le droit à l'erreur, en tous cas en termes d'informations. Nous attendions le patient de pied ferme, mais il ne vint pas...

A 19 heures, spontanément il se présenta à la réception.

A ce moment-là alors, nous avions compris que quelque chose s'était passé, à la

limite de l'indéfinissable; l'importance du LIEN!

Nous n'étions alors pas peu fiers et en même temps surpris que cela ait pu se passer de cette façon. Nous étions prêts à refaire confiance, à croire au potentiel du patient et à la capacité longtemps minimisée qu'a le patient de se prendre en charge.

C'est bien de SA vie qu'il s'agit, et dans le fonds nous lui avons restitué ce que nous n'avions jamais pu détenir : Ce Surmoi que nous avons toujours cru détenir.

**Montserrat Vauthey**

## **ORGANISATION DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES INFIRMIERES**

### **Activités thérapeutiques individuelles**

Les activités infirmières sont organisées autour de la référence et de la répondeance infirmière en fonction d'objectifs pluridisciplinaires.

#### **Moyens :- entretiens infirmiers**

- entretiens médico-infirmiers
- approches corporelles:  
(réflexologie, massage minute)
- programmes thérapeutiques
- approche par thérapie  
comportementalo-cognitiviste (TCC) sous la  
supervision d'un psychologue

### **Activités thérapeutiques de groupe**

Il s'agit de réunions animées par des infirmiers(ères), organisées selon le tableau synoptique suivant:

## **OBJECTIFS DES GROUPES**

### **Réunions patients/soignants :**

- - permettre à chaque patient d'exprimer ce qui est urgent et important pour lui, avant de commencer la journée
- - transmettre des informations qui les concernent
- - pour les soignants, cet espace de parole est un excellent indicateur de l'état psychique des patients ainsi que de la synergie du groupe

### Colloques patients/infirmiers de Dauphin

- - Discussions centrées sur des thématiques prioritaires pour les patients hospitalisés -ici et maintenant - dans l'unité

### Groupes d'informations centrés sur les maladies et les traitements

- - S'adressent à des patients actuellement hospitalisés à la STAH quels que soient leurs troubles, dans le but de favoriser la compliance et de prévenir les rechutes.

Pour que le patient soit compliant, il a besoin d'informations sur la compréhension de son trouble . Il doit pouvoir donner un sens aux soins qu'il reçoit ( TTT biologiques, programmes thérapeutiques, etc.)

Les interactions au sein du groupe sont également un moyen efficace favorisant le partage entre patients.

### Groupe Bipolaire

- - Est un espace dans lequel les patients souffrants de troubles bipolaires peuvent parler de leurs expériences. A cette occasion, ils peuvent obtenir de l'information sur leur maladie.

Enzo Ros

## Une expérience d'animation de groupe : le «Groupe Bipolaire»

### Introduction

Ce groupe de patients, fondé voilà un an, est un des groupes de la section (STAH). Citons pour information les autres groupes existants : Groupe *TOC* ( Trouble Obsessionnel-Compulsif), groupe *Dépression*, groupe *Attaque de panique*, groupe *Affirmation de*

*soi*, Groupe *Somatoforme* sur le versant ambulatoire de la section <sup>1</sup>, groupe *Informations sur les traitements* sur le versant hospitalier <sup>2</sup>. La construction de ces différents groupes depuis trois ans correspond de fait à une volonté affichée dans la section de compléter les prises en charge individuelles par des groupes thérapeutiques.

Il a été constitué après une tentative infructueuse de construction d'un groupe «Equilibre <sup>3</sup>» sur Lausanne, groupe de patients «autogéré», comme il en existait à Genève et à La Chaux de Fonds.

A l'initiative d'un infirmier de l'ambulatoire, un groupe hospitalo-ambulatoire a pris forme, cette fois-ci dans les locaux de la clinique des Marronniers.

L'expérience menée n'a rien de singulière en elle-même<sup>4</sup>. Le travail élaboré avec les patients, les familles ou les proches, autour des troubles bipolaires à Genève nous montre combien le travail thérapeutique en groupe peut nous permettre de mieux répondre et peut-être de mieux comprendre certaines des questions qui nous sont posées.

### Pourquoi la création d'un groupe hospitalo-ambulatoire pour patient bipolaire?

- **Une meilleure information engendre une meilleure prévention de la rechute**  
« On estime que 0,4 à 1,2% de la population adulte présente un trouble bipolaire. Si ce trouble touche dans une même proportion aussi bien les hommes que les femmes, on estime par ailleurs que plus de 80% des personnes qui ont présentées un épisode maniaque auront une ou plusieurs rechutes si elles ne sont pas

<sup>1</sup> La consultation ambulatoire se fait à la Clinique des Marronniers sur le site de Cery.

<sup>2</sup> Les divisions hospitalières de la section sont Dauphin et Fougère.

<sup>3</sup> Equilibre est un groupe d'entraide pour la dépression et la maniaque-dépression. Pour de plus amples renseignements, voici le numéro de téléphone de l'Association Equilibre à Genève : 022. 321 74 64

<sup>4</sup>Voir à ce propos le livre de Mark S. Bauer et Linda MacBridge, *Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée*, ditions Médecine et Hygiène, 2001

*traitées* »<sup>5</sup>. Or, on sait que ces épisodes répétitifs sont à la fois très épuisants, peuvent, de manière schématique, mettre en péril la vie de la personne (le suicide dans le cas de la dépression, par la mise en danger de soi-même ou d'autrui en cas de manie) et détériorer la vie sociale ( professionnel, loisirs, famille).

- **La prévention de la maladie comme une des fonctions infirmières :**

La prévention de la maladie est inscrite dans les cinq fonctions Croix-Rouge. Il est par ailleurs intéressant de constater que le dernier projet de Loi sur la Santé Publique, actuellement en cours de discussion, reprend les cinq fonctions et semble accentuer, par rapport à la LSP de 1984 le rôle infirmier, à la fois dans la responsabilité vis à vis de l'aide aux mesures préventives des maladies et des accidents, mais aussi dans le maintien et la promotion de la santé, la réadaptation fonctionnelle et la réinsertion sociale.

- **Les troubles bipolaires comme dénominateur commun entre l'ambulatoire et l'hospitalier**

Entre l'hospitalier et l'ambulatoire de la STAH, seulement 14% des patients sont des patients communs aux deux services de la section. La création d'un groupe réunissant l'hospitalier et l'ambulatoire visait également à faire travailler ensemble ces deux composantes de la section.

Une autre raison peut également être évoquée :

- **La responsabilisation accrue des patients**

Les différentes réformes des systèmes de santé des pays occidentaux tendent à responsabiliser davantage les patients en tant que consommateurs de soins. Ces raisons peuvent être retrouvées dans la recherche d'une meilleure efficacité, on rejoint ainsi des raisons économiques, mais aussi médico-légale

dans un monde où le recours au juridique s'accroît.

Dans son livre qui traite du marché de la santé, Gianfranco Domenighetti <sup>6</sup>, responsable de la Santé Publique du Tessin, écrit : *La santé est essentiellement de l'information.... Le temps est venu de traiter différemment la demande en donnant du pouvoir aux consommateurs, ce qui signifie lui fournir, par l'information, des instruments et des compétences lui permettant de prendre activement ses responsabilités en ce qui concerne sa propre santé.*

Ceci rejoint un concept de plus en plus utilisé de nos jours, « l'empowerment », dont une définition possible est : un rapport entre professionnels et bénéficiaires de soins, axé sur les bénéficiaires, de style participatif et non paternaliste. Il met en exergue le potentiel des individus et des collectifs plutôt que de souligner les déficits. Il a comme point de départ une situation de précarité et est toujours en rapport avec un contexte socio-culturel particulier <sup>7</sup>.

- **Présentation du groupe bipolaire :**

Ce groupe s'adresse à des patients souffrant d'un trouble bipolaire ou schizo-affectif bipolaire, trouble suffisamment équilibré pour que leur participation soit fructueuse. Les patients nous sont adressés par la consultation ambulatoire, les unités hospitalières de la section ou bien encore par des médecins privés.

Les réunions sont hebdomadaires. Elles ont lieu le mardi soir de 17h45 à 19h, dans la salle de colloque de la clinique des Marronniers.

Le modèle «théorique» est basé avant tout sur le self-help, modèle très largement utilisé aux USA et en Angleterre depuis plus de vingt ans, cela en raison de l'évolution des maladies

<sup>5</sup> Chiffre tiré de « Brochure d'information au sujet des troubles de l'humeur et du Lithium », brochure créée par J.Favrod, A. McQuillan et F. Ferrero, destinée aux patients souffrant de troubles de l'humeur, Juillet 1999, disponible auprès du laboratoire Vifor, (Fribourg/ CH)

<sup>6</sup> Domenighetti Gianfranco, *Marché de la santé : Ignorance ou adéquation, Essai relatif à l'impact de l'information sur le marché sanitaire*, Editions Réalités Sociales, Lausanne, 1994

<sup>7</sup> Voir à ce propos l'article Comment sortir de l'impasse. Les fondements théoriques de l'empowerment, *focus 2*, Mars 2000.

chroniques et du développement des associations de malades<sup>8</sup>.

Contrairement à d'autres groupes thérapeutiques, celui-ci est ouvert, sans aucune demande d'engagement de participation à un nombre défini de séances ni aucune obligation d'y prendre une part active.

Les thèmes débattus sont libres, décidés sur proposition et après concertation de tous les participants. Les thèmes choisis cette année concernaient essentiellement le traitement : connaissance de la maladie, des symptômes, des différents traitements possibles tant pour ce qui est des médicaments que des différentes thérapies possibles, l'impact de la maladie sur le quotidien et, bien sûr, les aspects de prévention de la rechute. L'objectif central visé est une plus grande autonomisation du patient.

Afin de mieux répondre à des exigences de contenu et pour garantir de meilleures interactions au sein du groupe, nous nous sommes associés avec deux médecins cadres dont le rôle de superviseurs ancrerait ce groupe dans la section, tout en nous assurant du regard d'un tiers.

Enfin, nous nous sommes attelés à la élaboration d'une documentation, qu'il s'agisse d'articles ou de livres. A l'heure de l'Internet, nous ne pouvions pas faire abstraction de ce moyen de communication et d'information essentiel. Avec le soutien des patients, nous avons pu ainsi répertorier les sites spécifiques dans lesquels ils pouvaient trouver des réponses aux questions qu'ils se posent, quitte à reprendre ces questions et réponses en réunion.

De plus, l'attention a été portée également sur les outils que chaque patient peut utiliser chez lui, qu'il s'agisse d'échelles ou de grilles d'évaluation de l'humeur, outils didactiques pour l'observation et la médiation avec ses interlocuteurs, les soignants et surtout les proches.

### **Quelques chiffres sur le bilan du groupe.**

<sup>8</sup> Marco Lorenzi, Yves Egli, *La satisfaction du patient hospitalisé*, Office de la planification et de l'évaluation/ Service des Hospices Cantonaux. Non daté

Pour l'année 2000, 40 rencontres ont eu lieu. Ces réunions ont touché 19 patient(e)s.

Ces patient(e)s venaient, pour treize d'entre eux de l'ambulatorio, pour cinq de l'hospitalier, et un était adressé par son médecin traitant privé.

Les hommes ont été plus nombreux à fréquenter le groupe (11) que les femmes (8).

4 patients ont fréquenté le groupe plus de 22 fois ( entre 22 et 33), 4 autres entre 9 et 15 fois, 3 participants entre 5 et 7 fois et, enfin, 8 participants sont venus au moins trois fois.

Ces quelques chiffres bruts peuvent nous interroger sur certains points:

- La littérature dit que les troubles bipolaires sont équitablement répartis entre les hommes et les femmes<sup>9</sup>. Pourtant, tout au long de l'année, les femmes ont été sous représentées dans le groupe, non pas en nombre de participants (11 hommes pour 8 femmes) mais surtout pour ce qui concerne la fréquence et le nombre total de participation. Les femmes sont restées moins longtemps dans le groupe. A plusieurs reprises, certaines femmes se sont plaintes d'être insuffisamment représentées. Une femme a d'ailleurs parlé de cette situation pour justifier son départ du groupe.

- Les participants sont adressés pour une grande majorité par l'ambulatorio. On peut toutefois se demander si tous les patients hospitalisés, concernés par ce groupe et désirant participer au groupe ont été contactés. Cinq patients ont néanmoins pu venir au groupe avant leur sortie de l'hôpital et revenir dans les semaines suivantes en ambulatorio alors qu'ils avaient intégré un autre lieu de vie et repris d'autres activités.

- Le travail en collaboration avec des cabinets privés, même s'il est encore au stade embryonnaire, nous laisse percevoir d'autres modes de collaboration en dehors du Département.

- L'assiduité au groupe de la part de certains patients ne dit rien en soi, ni de leur participation effective dans le groupe, ni du sens qu'ils mettent à leur venue, ni des bénéfices supposés de cette participation.

### **Deux exemples**

<sup>9</sup> Dr Jean Leblanc et al, *Ibid*, p 67

Afin d'illustrer les fonctions du groupe, nous allons donner deux exemples, l'un à travers son rôle éducatif, l'autre sur sa capacité à générer des synergies entre les patients.

### L'exemple du Lithium

Le Lithium est un médicament utilisé couramment dans le traitement médicamenteux du trouble bipolaire. Il n'est pas dénué d'effets secondaires ni de risques en cas de surdosage. C'est un médicament de première intention qui, pris sur une longue durée, réduit de manière significative la fréquence et la sévérité des épisodes affectifs des patients manico-dépressifs. Il ramènerait pour cette population concernée le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale du moins après un an de traitement<sup>10</sup>.

Pourtant, la compliance à ce médicament n'est pas sans poser des questions importantes tant les arrêts de traitement sont nombreux. « *On estime à environ 20 à 30% les patients qui cessent de prendre leur Lithium contre l'avis du médecin. Il semblerait que 75% des rechutes parmi les patients qui prennent du Lithium soient liées à des négligences lors de la prise de traitement* »<sup>11</sup> De plus, il y a un risque relativement élevé de rechute dans la manie après l'interruption plus ou moins rapide du traitement<sup>12</sup>.

Le plus souvent, ces arrêts de traitement résultent d'effets secondaires désagréables (tel que trémor, polyurie, augmentation excessive du poids, trouble de mémoire, etc..) mais aussi parfois d'une gêne que l'humeur soit contrôlée par un médicament ou bien encore parce que le patient «ne se sent pas haut» et cherche à retrouver cette humeur «perdue».

Au sein du groupe, l'attention est portée sur la «connaissance» du médicament (but du traitement, ses limites, les éléments de surveillance, que faire et qui prévenir en cas de

signaux d'alarme ou simplement de doutes). Ce rôle éducatif auprès du patient demeure un aspect essentiel dans l'amélioration de la prise du traitement. On insistera également sur l'importance d'une négociation avec le médecin traitant.

### Un exemple de résolution de problème dans le groupe

L'exemple de la discussion qui s'est faite autour de la situation de M<sup>me</sup> S. peut illustrer également d'autres types d'interactions qui ont eu lieu au sein du groupe.

Madame S est à la recherche d'un nouveau travail dans le domaine de la santé. Au moment de remplir son questionnaire d'embauche, elle répond, après hésitation, franchement au questionnaire de santé, et inscrit sa maladie dans le formulaire. Le mardi suivant, très embarrassée, elle vient dans le groupe avec plusieurs questions: Ai-je eu raison d'être honnête? Que risquais-je en cas de mensonge découvert? Qu'ai-je gagné et qu'ai-je perdu avec cette attitude? Que va me demander le médecin conseil de l'entreprise qui m'a convoquée?

L'émulation du groupe sur une thématique importante comme l'intégration professionnelle ne s'est pas fait attendre et a permis plusieurs axes de travail ou de réflexion. Un jeu de rôles a été organisé lors de cette séance pour préparer l'entretien médical préalable à l'embauche. Ce jeu de rôles entre patients (M<sup>me</sup> S jouant son rôle, l'autre patient jouant le médecin) s'est mis en place très vite, résultat d'une confiance mutuelle entre les différents interlocuteurs. Durant ce jeu de rôles, le patient-médecin confrontait M<sup>me</sup> S. à sa maladie, elle, essayant d'argumenter pourquoi, malgré sa maladie, elle pensait pouvoir travailler de la même façon qu'une autre personne.

Rassurée par cette interaction, mieux préparée à l'entretien, elle a su argumenter sa candidature auprès du médecin et a été engagée.

A la question «Doit-on dire que l'on est malade?», le groupe s'est d'abord individuellement positionné (avantages, inconvénients) pour trouver la semaine suivante une réponse légale au refus de le dire: « *Le*

<sup>10</sup> Conférence de consensus : La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 19-20 octobre 2000, La Pitié Salpêtrière, p 26.

<sup>11</sup> J.Favrod, A. McQuillan et F. Ferrero, *Ibid*, p 7

<sup>12</sup> voir à ce propos l'article de Trisha Suppes et al, *Risk of Recurrence Following discontinuation of Lithium Treatment in Bipolar Disorder*, Arch. Gen. Psychiatry, vol 48, Dec 1991, p 1082-1088



*seul risque encouru dans ce cas là, c'est le renvoi sans aucune conséquence pénale pour vous.»*

### **Les questions qui se posent**

Certaines difficultés sont apparues au cours de l'année écoulée, elles peuvent nourrir quelques questions:

L'équilibre entre l'échange, le partage d'expériences et la part «dédiée» à un « enseignement »?:

Malgré la volonté de travailler avant tout sur le modèle self-help, qui dépasserait ainsi la «simple» information sur le traitement, comment un soignant peut-il intervenir devant des attitudes que l'on appellerait des attitudes de déni ( «*la maladie mentale n'existe pas*») ou bien encore dans le maintien d'un temps de parole plus ou moins *équilibré*? Après plusieurs mois de fonctionnement, il nous est apparu important de l'évaluer auprès des patients. Une évaluation par questionnaire a été menée dans le courant du mois d'avril, demandant l'avis des participants quant à l'information obtenue sur l'existence du groupe, l'animation et la régulation des échanges, le sentiment d'être en confiance. Les résultats nous ont montrés, à la fois la satisfaction des patients dans la possibilité de pouvoir partager *entre partenaires*, le besoin d'avoir plus d'informations sur la maladie, les traitements et la prévention mais nous ont permis aussi d'entendre les critiques vis à vis de la régulation du temps de parole et de l'existence à certains moments de monologues. Suite à cette évaluation, nous avons accentué notre attention sur ce point, sans pour autant nous questionner si cette régulation, nécessaire, n'entraîne pas en contradiction avec notre modèle proclamé, le self-help.

Les conditions de participation?:

La structuration d'un groupe nous semble être plus difficile avec un groupe ouvert, surtout dans le suivi semaine après semaine des thèmes abordés et des questions posées. De plus, n'y a-t-il pas ici un risque de chronification pour certains patients ? Peut-on, doit-on réagir aux propos d'un patient quand celui ci nous dit qu'il vient dans le groupe pour sortir et voir du monde? Qui pourrait alors décider si pour tel ou tel patient, le bénéfice

escompté est inférieur aux risques supposés par les blouses blanches?

L'efficacité du groupe?:

Après un an, la question de sa pertinence se pose, quelles informations importantes ont pu être passées, qu'est-ce qui a pu être retenu, quel impact bénéfique le groupe dans son ensemble a pu recevoir au sujet de la connaissance de la maladie mais aussi et surtout de son propre rapport à la pathologie ? Une question importante s'est posée de façon récurrente : Quels avantages les patients qui viennent au groupe retirent de cette participation ? Faut-il, doit-on créer un questionnaire de connaissances?

Son avenir?:

Dans une réelle dynamique de «self help» ce groupe, dans un avenir plus ou moins proche ne devrait-il pas s'autonomiser complètement à l'égard de ses animateurs professionnels et rejoindre les expériences voisines conduites en Santé communautaire?

### **Conclusion**

Nous ne voudrions pas finir ici sans évoquer le plaisir que nous éprouvons à animer ce groupe. En laissant pour un moment nos « blouses blanches » au vestiaire, en acceptant d'entendre les critiques, d'être confronté au déni, d'être surpris, nos rapports réciproques changent et nous laissent percevoir d'autres dimensions qu'un soin « propre - en - ordre ».

**Didier Camus,  
Maxime Sorel.**

---

## **STAH**

### **Perspectives des soins infirmiers**

A ce stade de notre réflexion, la reconstitution de l'histoire de la STAH nous montre un investissement majeur de la part des soignants. Réorganisation qui a bousculé des concepts comme la contention, le cadre thérapeutique, le plan de soins et par conséquent a représenté une charge émotionnelle importante. Les équipes ont fait preuve de créativité en

adoptant de nouvelles approches (espaces de paroles , groupes thérapeutiques).

Une responsabilité légale plus accentuée, des patients plus actifs dans la revendication de leurs besoins, la contention physique contestée par une partie de l'opinion publique, l'évolution des connaissances de la santé mentale, des pressions économiques sont des éléments qui ont "obligés" les soignants à réorienter leur mission et leurs pratiques de soins.

Pour que cette dimension incontournable de changement soit considérée comme une opportunité, il semble qu'une des portes d'entrée soit précisément celle du patient lui-même. En mettant l'accent sur ses ressources plutôt que sur ses déficits, un contrat thérapeutique peut alors se négocier. Quelque soit le degré de décompensation psychique dont la personne souffre, il est sans doute bénéfique d'exploiter la part saine pour solliciter la participation du patient à son traitement. En attachant de l'importance à la demande codée ou décodée du patient, le soignant sera déchargé de penser pour l'autre mais pourra penser avec l'autre dans une relation de partenariat et ainsi peut-être s'épargner des actions ne correspondant pas forcément aux attentes du patient.

Ce contexte de changement ne va pas sans réaménagement de la pensée infirmière. Les divisions fermées s'ouvrent, la responsabilité est accentuée. Veiller à ce que le patient ne se suicide pas en lui permettant une marge de manœuvre sur sa liberté, c'est peut-être là tout l'art du soin psychique. Etre avec l'autre dans sa souffrance tout en tenant compte de nos propres limites. Aller à la rencontre de l'autre implique une rencontre avec soi, c'est "la porte ouverte" à l'échange, à l'engagement mutuel dans un traitement. Le programme se métamorphose alors en plate-forme d'échange et devient contrat qui prend du sens pour le soignant et le soigné. C'est sur cette base de réflexion que nous imaginons à l'avenir des axes de travail à élaborer en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. Partant du principe que la crise est un passage qui s'inscrit dans un parcours de vie, ces axes sont essentiellement

orienté autour des liens afin de relier cette crise à des événements, à une histoire. Liens avec les équipes hospitalières, avec les familles, avec le réseau, les thérapeutes ambulatoires. Ce souci de maintenir des liens a pour but d'inscrire le traitement dans le temps et dans la continuité afin d'avoir une image moins décousue du parcours du patient, de s'approprier son histoire même lorsqu'il est pris en charge par d'autres.

Tandis que certaines approches de soins sont "rodées" (groupe bi-polaire, informations traitement, Thérapies Comportementalo-Cognitivistes), d'autres sont en chantier comme le contrat de "prévention du suicide". D'autres encore sont en projet telles que le soutien au famille.

La présentation de notre travail au colloque à thème, nous a permis de nous arrêter pour constater le chemin parcouru, ce qui se fait et ce qui est encore à entreprendre.

Cette réflexion nous a permis la mise en mots, et le regard de l'assemblée nous a donné l'occasion de structurer notre pensée pour orienter la suite de l'histoire de la STAH. En gardant à l'esprit l'importance de l'intervention du tiers et la nécessité de laisser des traces écrites de notre histoire, voici les perspectives vers lesquelles nous dirigeons notre attention.

#### **Développement de la contractualisation des soins:**

- Réflexion sur les divers points pouvant faire l'objet de contrats, création et mise en place d'outils, ex. contrat prévention suicide, contrat chambre de soins intensifs

#### **Développement des approches psycho-éducatives**

- Individuelles et en groupes pour les patients: médication, connaissance de la maladie, vie communautaire, préparation à l'entrée en foyer, etc.

- Individuelles et en groupes pour les proches: création d'un espace de parole pour les familles (éventuellement sur le modèle Pro Famille existant à la Section «E. Minkowski»)

#### **Prévention de la rechute:**

- Préparation à la sortie
- Développement de l'axe hospitalo-ambulatoire

**Evaluation et recherche:**

- Evaluation des outils
- Interventions de tiers
- Publication des expériences

**Catherine Matter**

---

**Psychiatrie, Police : Un projet interdisciplinaire**

En septembre 2000, la section des troubles de la personnalité (STP) nous a présenté son travail de liaison avec la police. Expérience pilote qui avait vu une présence infirmière dans les patrouilles de police et une présence policière dans les services de soin. Echanges qui s'étaient avérés fructueux puisqu'ils avaient notablement diminués, de part et d'autre, les incompréhensions nées des modifications des prises en soins des patients dans cette section.

Nous regrettons de livrer si tard à la lecture les interventions de cette matinée, mais il n'est jamais trop tard pour bien faire.

---

**Le comité de rédaction****Historique du projet**

Il a pris naissance de manière tout à fait imprévue lors d'une rencontre informelle entre le Major Raémy et moi-même en décembre 1999. Il évoquait à cette occasion les difficultés d'un nouvel ordre auxquelles le Corps de Police était confronté et nous avons pu faire le lien avec la situation de la section suite à la réorganisation du DUPA.

Nous avons pu décrire grossièrement et subjectivement ces difficultés communes de la façon suivante.

Au gré de l'évolution de la société et des moeurs, émergent des constellations psychiques qui entraînent chez les individus qui en sont porteurs des conduites surprenantes : désinsertion professionnelle sans souffrance exprimée, conduites toxicomaniaques et/ou dangereuses sans conscience morbide ni respect de l'intégrité d'autrui. Ces particularismes les conduisent à ne plus craindre la loi et à attaquer les repères habituels de la société sur un mode nouveau, plutôt rare jusqu'alors, laissant les institutions perplexes et démunies. D'autant quand elles sont elles-mêmes en mutation et dans un processus d'ouverture qui génèrent des changements architecturaux et des nouveaux modes de penser.

A Cery, les patients souffrant d'un trouble de la personnalité ont été regroupés dans la section STP, causant, dans un premier temps,

de grandes difficultés à l'équipe soignante. Il s'avère en effet que ce genre de personnalités présente une disposition particulière à démanteler les principes établis et les liens relationnels au sein des équipes. Face à cette situation, il s'est avéré capital de trouver une réplique adéquate, notamment pour faire face à la violence, sous peine de voir rapidement l'équipe entrer dans une symétrie épuisante et stérile. C'est dans ce contexte et en réponse à cet état de faits qu'a été développé à la STP une compréhension et un modèle de soins particulièrement adapté à cette population.

De son côté la police a de plus en plus fréquemment à faire avec des personnes présentant ce type de troubles. De la provocation aux tentatives de déstabilisation, par le biais notamment de dénonciations non fondées contre la Police, on rencontre toute une gamme de productions caractéristiques de ce type de personnes. Par essence assez déroutantes, ces attitudes entraînent frustrations et difficultés internes, ceci d'autant que la Police dispose de peu de marges de manoeuvre par rapport à l'image qu'elle donne et veut donner d'elle-même au public.

Une première rencontre plus formelle a permis d'entrevoir l'intérêt d'une réflexion commune sur le sujet. Au cours des rencontres suivantes l'attention s'est portée sur le fossé qui éloigne, aux niveaux des représentations des deux institutions qui se trouvent en fait très proches dans la prise en charge des citoyens dont les difficultés psychologiques font qu'ils entrent

souvent en contact avec la Police. La Police et la Psychiatrie appartiennent bel et bien à la même chaîne de prise en charge, constituant, chacune, un maillon lié à l'autre par une interface rarement virtuelle.

Afin d'explorer ce clivage et cette proximité, il a été décidé d'organiser des stages afin de permettre à des policiers de découvrir le quotidien d'une section hospitalière et parallèlement permettre à des soignants de découvrir l'activité de Police-Secours.

Au-delà des cultures à découvrir et des tabous à briser, nous étions curieux de voir comment les problématiques que nous recevions à l'hôpital se développaient dans leur milieu naturel et dans leurs rencontres avec les forces de l'ordre.

### **Philippe Quinche.**

**PS :** Au moment de la présentation, le projet se trouvait en phase expérimentale. Il a été, depuis, présenté officiellement aux directions respectives. Les tenants et aboutissants de notre démarche ont été approuvés par le Professeur Borgeat (chef du DUPA) et le lieutenant colonel Hagenlocher (commandant du corps de police lausannois). L'expérience va se poursuivre en s'élargissant aux divisions du DUPA en charge de l'accueil (CITB, Dr Peter et AOC, Dr Bonsack).

### **Les objectifs du projet**

D'emblée, la prudence s'est imposée par rapport à ce projet très particulier. En effet, l'entreprise comportait un certain nombre de risques:

- Certaines réflexions semblant prometteuses d'un point de vue abstrait, peuvent s'avérer inefficaces dans la réalité ou alors rencontrer le désintérêt, voire l'opposition, des personnes de terrain.
- L'idée d'un rapprochement entre police et psychiatrie peut sembler saugrenue et même inquiétante pour le public, à plus fortes raisons aux personnes ayant affaire à l'un et/ou à l'autre de ces services.
- Cette démarche, totalement nouvelle, prend naissance dans deux sections isolées, à la faveur d'une rencontre fertile. Il paraît important que le projet n'engage que leur

échelon et n'ait pas de répercussions à trop large échelle.

- Toute tentative de changement dans la manière dont une institution aborde un problème ne peut s'envisager que dans le long terme, sous peine de créer de l'insécurité.
- Construire un pont entre deux mondes qui se connaissent mal et parfois se jugent mal demande une qualité de relation et une créativité qui nécessitent - dans un premier temps en tous cas - une approche informelle et souple se conjuguant mal avec une démarche plus officielle et à grande échelle.

### **L'épreuve du feu**

J'ai été le premier infirmier à étrenné la formule du stage dans une unité de police (quelques jours de patrouille dans une voiture qui circule en ville, particulièrement de nuit). Dès les premiers contacts une légère inquiétude filtrait de part et d'autre. Mon souhait était de voir comment se manifestait la population de notre service au moment de la crise, en présupposant qu'elle le faisait généralement de façon spectaculaire et bruyante. Comprendre aussi le décalage entre la perception de la brigade d'intervention au moment de l'interpellation et la perception des infirmiers à l'instant de l'admission. Un patient vécu comme extrêmement violent par la police, menotté pour cela, peut très vite, dans le service, ne plus rien présenter dans ce registre.

Une fois la rencontre opérée, très vite les à priori se sont effacés et quelle ne fut pas ma surprise de constater que le plus souvent l'intervention des policiers se faisaient, auprès des plus marginaux, sur un registre d'exigences minimales qui visait à maintenir, dans des conditions les moins précaires, des personnes qui, de fait, s'excluaient de tout contexte de soins. Pour les autres, leur capacité à diminuer les effets de symétrie, générateurs de violence, était remarquable.

Ce qui au long des patrouilles émergeait, était que 50% des interventions avaient un caractère prioritairement psycho-social.

Ce premier stage qui balisait la route pour mes collègues s'est révélé être plus qu'une simple prise de contact avec un univers jusque là ignoré, il a permis de lever des

incompréhensions, des malentendus et il a restitué, de façon plus égalitaire, les talents de chacun.

**Didier**

**Vasseur.**

---

### **Bilan des stagiaires policiers après leur stage à Cery**

D'une manière générale, on peut relever que l'ensemble des policiers qui ont eu l'occasion de se rendre à Cery pour effectuer un stage ont exprimé leur satisfaction à leur retour. Ceci, tant en ce qui concerne l'expérience humaine qu'ils ont vécue qu'au sujet de l'enrichissement que cela leur a procuré sur le plan professionnel, même si tous se sont accordés pour dire que trois jours n'étaient pas suffisants à leurs yeux.

Ce qui semble les avoir frappés en premier lieu, c'est la distance qui sépare la réalité de Cery des préjugés qu'ils avaient tous, à des degrés divers, au sujet de l'hôpital psychiatrique en général. Les patients, tout d'abord, sont de différents types et si, pour certains d'entre eux, le rapport à la réalité est assez fantaisiste, d'autres ressemblent à « monsieur tout le monde » et ne sont là que pour un temps réduit. En clair, on peut s'identifier à eux. Au sujet des méthodes de travail également, les policiers ont été surpris du respect témoigné au patient et de la manière dont on le responsabilise. Ils ont relevé l'intérêt des techniques d'entretien et l'importance de la cohésion qui règne dans les équipes de soignants. En termes de préjugés, ils ont pu constater qu'ils ne sont pas unidirectionnels et que beaucoup de questions et d'idées fausses au sujet du travail de police circulent également dans les couloirs de Cery. A la faveur de ces stages, des discussions spontanées et très riches entre policiers et infirmiers leur ont permis de mieux comprendre le travail de chacun et l'importance de se considérer comme des partenaires.

Au terme de ces stages, les policiers, avec le recul, ont pu porter un autre regard sur l'aspect de leur travail qui les confronte aux personnes présentant des troubles psychiques. Certains d'entre eux ont exprimé le plaisir qu'ils

trouvaient désormais à effectuer les transferts des patients et tous semblent avoir acquis plus de recul par rapport à ces situations. Pour exemple, les stagiaires ont découvert avec étonnement qu'alors qu'ils avaient la plupart du temps le sentiment d'être des « bourreaux » lorsqu'ils amenaient des personnes à « la grande cheminée », il se trouve des individus dont le comportement ne vise qu'un seul objectif : se faire ramener à Cery. La diversité du parcours des patients leur a été clairement démontrée au travers de cette expérience.

**Aurélié Chevalier**

---

### **Mon expérience aux côtés de « Police-Secours » et quelques réflexions personnelles**

Je ne reviendrai pas sur le pourquoi et le comment de la naissance du projet. J'ai envie directement de partager mon expérience vécue grâce à l'opportunité qui nous était offerte de pouvoir effectuer un stage d'environ trois jours aux côtés de ces messieurs et dames policiers de Police-Secours.

Je ne nierai pas l'importance de la découverte, le « monde inconnu » que j'allais côtoyer (le monde de la police, de l'action, de la justice) avec toutes les représentations possibles et inimaginables que chacun peut se faire. Je m'en faisais une image, malgré tout, assez stérile, de par mon expérience de citoyenne et de par nos côtoiements réguliers à l'hôpital découlant des caractéristiques particulières de notre population de clients.

Au delà de la découverte concrète du champ d'action large et très varié de Police-Secours, j'ai pu m'émerveiller de la richesse des aspects de leur métier et celui qui reste le moins connu de la population en général, qui englobe un côté social et psychologique important. J'ai pu me rendre compte du maillon important de la chaîne que représente Police-Secours dans la mesure où ils apportent une aide réelle à une population plus défavorisée et en difficultés existentielles et psychologiques importantes, de même qu'aux personnes souffrant de pathologies plus spécifiquement psychiatriques.

J'ai découvert le «monde» dans lequel ils évoluent qui n'est de pas si éloigné du nôtre dans la mesure où beaucoup de caractéristiques communes constituent nos métiers respectifs. Je pense notamment aux horaires irréguliers et à la confrontation avec des situations difficiles et imprévisibles, à caractère parfois (sûrement plus à Police-Secours) traumatisant. Un job qui demande une très grande disponibilité et une implication personnelle qui laisse peu de place à une vie privée plus investie.

Les policiers à Police-Secours sont amenés comme les soignants à avoir une identité constituée autour de leur métier. Ils vivent des situations difficiles et se retrouvent souvent entre eux pour partager et décompresser, dans le travail et en dehors. Ce que j'appellerais le syndrome du «même langage». «On se comprend car on fait partie du même monde». Ceci je l'ai ressenti assez fort tout au long de mon stage.

Aux travers de riches discussions avec M<sup>ne</sup> Chevalier (psychologue de Police-Secours) et les policiers avec lesquels je partais en «patrouille», nous avons pu nous découvrir les uns et les autres aux travers de questionnements et discussions libres entre deux moments de concentration ou d'action et au moment des pauses. Beaucoup de questions sur :

- l'évolution des clients qu'ils nous amènent et qu'ils ont moins l'occasion de connaître dans la rue, contrairement aux toxicomanes ou alcooliques qu'ils côtoient plus fréquemment.

- les chances de guérison,
- les pathologies et nos moyens de les soigner, de contenir la violence.
- la collaboration des patients, et le fait que nous ne les gardions pas plus longtemps à l'hôpital pour certains.

Il ressortait beaucoup de frustration de leur part due au fait qu'ils entament une relation dans le contexte de leur travail avec ces personnes et souvent n'ont pas de nouvelles sur la suite, leur évolution, ce qu'ils sont devenus. Ils sont aussi beaucoup touchés par la gravité de certains troubles ou histoires de vie

assez lourdes et dramatiques de certains de nos clients respectifs.

Dans l'autre sens, j'ai pu découvrir que les policiers gèrent des situations plus spécifiquement psy avec un potentiel de bon sens et de chaleur humaine. Ils privilégient une certaine alliance avec les toxicomanes et leur manière d'être s'assimile de façon assez naturelle à une approche de type « seuil bas ». (Respect de l'autre là où il en est et dans ses choix de vie, insistance sur la négociation, création d'un lien, évitement du rapport de force, etc...).

Avec mes lunettes de soignante, il est clair que les policiers de Police-Secours manquent de formation et d'outils en main au niveau de la relation d'aide face à certaines particularités dans les divers troubles et pathologies psychiatriques.

Dans une visée plus immédiate et pragmatique, un projet d'amélioration de la qualité de nos transmissions police soignant et vice-versa lorsqu'ils nous amènent un client à l'hôpital a fait l'objet de réflexions partagées. Pour nos clients et les soignants dans une vision de prévention de la violence notamment et de développement de l'aspect humain et relationnel dans la qualité des soins et du côté des policiers répondant à un besoin de diminuer la frustration qu'ils peuvent ressentir à juste titre face à un manque d'informations, de communications et d'implication des policiers dans l'acte de transmission de la part des soignants.

Concernant notre population plus spécifique des troubles de la personnalité «borderline», et dans une vision plus élargie des soins psychiatriques, un partenariat sur le terrain des deux corps de métier me paraît une voie très prolifique à explorer, en tous cas de continuer à garder le contact essentiel dans le développement d'une collaboration et d'apports mutuels. La continuité et la perpétuation de ces stages par exemple pourraient être un des outils d'interface productif.

Je trouve important de relever l'évolution, par l'introduction dans le corps de Police-Secours d'un espace de debriefing pour les policiers (assuré par M<sup>me</sup> Chevalier) et aux travers de discussions avec ceux-ci, des intérêts et de l'ouverture de quelques uns à la possibilité de formation de debriefing qui s'ouvre à eux, afin de pouvoir debriefer à leur tour leur collègues.

Mais le milieu de Police-Secours reste néanmoins très hiérarchisé et possède un champ d'action varié et tous les policiers n'ont pas la même sensibilité et intérêts pour les aspects psycho-sociaux. Mais leur métier évoluant avec ces aspects de la société, il y a un en tout cas un fort souci d'adaptation et d'élargissement du champs des compétences de la part de ce corps de métier.

Et comme nous sommes tous, à différents niveaux, touchés par cette évolution, (les soins, la police, le milieu judiciaire) je trouve qu'on est dans le juste que de vouloir développer la communication, l'information et la collaboration entre ces différents corps de métiers.

**K. Desselberger**

### **Psychiatrie et police : un partenariat est-il possible ?**

L'expérience vécue par le personnel de la Section des troubles de la personnalité dans la mise en place d'un partenariat avec la police lausannoise est d'une grande richesse : ouverture sur un monde inconnu, partage d'émotions, d'informations, mise à mal de certains clichés réciproques, découverte que le maintien de l'ordre n'est pas incompatible avec une grande humanité.

Face aux situations de violence de plus en plus inquiétantes auxquelles est confrontée la psychiatrie, face à la mutation profonde de la marginalité et de la scène de la drogue, un tel partenariat ne peut qu'être bienvenu. Source d'enrichissement mutuel, vecteur d'une meilleure gestion des situations de violence et des interventions de sécurité au sein des institutions psychiatriques, prise en compte du patient dans la réalité de ses actes, les avantages et bénéfices sont multiples. Une

institution comme le DUPA doit apprendre à traiter des pathologies qui sont parfois intriquées avec les déviances les plus brutales ou les marginalités les plus pathétiques.

On a bien rappelé en préambule de cette matinée que cette expérience trouvait aussi son origine dans le désarroi où se trouvaient les soignants qui ne peuvent plus user avec la même latitude que par le passé des cadres de contrainte et de contention imposés à un patient agité. Cette période a inauguré, parfois dans une grande inquiétude, un autre rapport à l'usager en obligeant à s'interroger sur les rapports de force que peuvent induire certains patients et vis à vis desquels l'institution, dans sa volonté d'ouverture, se sent démunie.

Un échange de bonne qualité avec les forces de police peut souvent permettre une meilleure anticipation, éviter les répétitions et la mise en oeuvre de clivages mortifères où les uns et les autres se renvoient les patients difficiles, et rassurer en rappelant que la loi existe aussi au sein de l'institution.

L'existence de la loi est un principe de réalité que la présence physique des policiers peut contribuer à ancrer dans la conscience des patients présentant des traits antisociaux. Si la psychiatrie veut pouvoir collaborer avec d'autres instances sans risquer de perdre son identité ou de retomber dans les travers de son histoire, il est important qu'un tel rappel puisse s'appuyer sur cette présence de ceux dont la fonction est précisément de garantir le respect d'une idée de l'ordre social.

Néanmoins tous ces éléments ne doivent pas faire perdre de vue certaines interrogations ni occulter les risques inhérents à ce type de partenariat. Travailler ensemble ou du moins dans l'échange ne doit pas faire oublier que les missions ne sont fondamentalement pas les mêmes : convergence n'est pas similitude. Mieux se connaître est aussi une des voies qui facilite ce respect mutuel. Par contre, nous ne devons pas perdre de vue que ces partenaires sont soumis à des règles hiérarchiques et des exigences légales qui ne font pas toujours bon ménage avec notre devoir de confidentialité.

Il ne faut pas perdre de vue, non plus, qu'un risque est que s'installe une confusion des rôles dans laquelle le policier se prend au jeu du soin sans pouvoir se différencier du soignant. A l'inverse un autre risque est que le soignant de par les informations qu'il peut être amené à échanger, dans un souci de collaboration en vienne à tenir un autre rôle vis à vis du patient. Que de soignant il devienne auxiliaire de justice, expert ou simplement conseiller, sans en avoir le mandat ou sans y être autorisé par le patient.

On a aussi vanté l'avantage de bénéficier d'une information plus circonstanciée sur la violence potentielle de certains patients qui, après la crise et après avoir été maîtrisés par les policiers arrivent dans un calme relatif à l'hôpital. Là encore, il ne faut pas que cette information reçue par les représentations et mentalisations qu'elle peut induire fige le patient dans un cliché de violence sans lui permettre le changement de scène nécessaire à l'apaisement.

Cet échange est indéniablement fécond, pour le rester il doit bénéficier d'un regard critique pour éviter que la psychiatrie, si souvent dénoncée par le passé pour ses excès et la dimension totale (au sens de Goffman) des institutions qu'elle secrète ne soit de nouveau perçue que comme auxiliaire de l'ordre, prompt à museler la folie et non pas comme le lieu où la souffrance peut se mettre en mots plutôt qu'en actes.

**Bruno Gravier**  
**Jean.Philippe. Duflon**

---

### Informations

Vous pourrez lire désormais *L' Ecrit* on-line sur le site de la bibliothèque : [www.hospvd.ch/public/psy/bpul/](http://www.hospvd.ch/public/psy/bpul/) dans la rubrique: publications. Nous devons ce nouveau service à Joëlle Rosselet, bibliothécaire de la BPUL et nous l'en remercions.

L'article sur «l'observation des comportements agressifs des patients hospitalisés : entre devoir d'identification précoce de l'agressivité, risques de stigmatisation et exigences thérapeutiques» paru dans *L' Ecrit* n°33 est on-line sur le site :

---

[www.pinel.qc.ca](http://www.pinel.qc.ca)

Nous avons reçu des éditions Masson, *Pratique de l'entretien infirmier*, A.M. Leyreloup et E. Dignonnet, Paris, 2000. Lecture intéressante sur les différentes configurations que nous dessinons dans nos rapports avec les patients et leurs familles et que vous pouvez demander à la bibliothèque de Cery.

Yves Dorogi, infirmier au service de psychiatrie de liaison au CHUV, publie dans *Médecine et Hygiène*, dossier médecine psychosomatique, février 2001, un article intitulé : Equipes infirmières somatiques en soins aigus et infirmier en psychiatrie de liaison : quelle collaboration ? Article déjà publié dans le n°33 de *L' Ecrit*.

---

**Pour les abonnés**, nous reconnaissons un certain retard dans la publication de *L' Ecrit*, mais la règle reste de huit numéros par abonnement et non une année comme certains pourraient le craindre. De surcroît, le n° 32 qui était programmé pour l'automne attend une contribution pour vous être communiqué. Merci de votre intérêt et de votre patience

---