

Numéro uishdrs jlxvbertyuiop **60**

asdfzxcvbnmqwertyuiopashjklzx

cvgorncbvjpddbnmqw **soins** ertyu

iopasdfghjklzxcvbnwertyuiopasd

frh jklzxcvbnmqwertyuiopasdghj

klzxcvbn iqwertyuiopasdfghjklzx

cvbnmq **observatoire** wtzertyuiop

asdfghjklzxcvbnmmcciprtyuiopa

sdfghjklzxcvwertydiopasdfghjklz

xcvbnmqwertcuiopasdfghjklzxcv

ebnmqwertyuiopasdfghjkzxcvbn

mq **des** wertyuiopasdfghjklzxcvbn

mqpasdfghjklzxcvbnmqwertyuio

pasdfghjkebaecopkdtvftbzxmt

zlszyvdklqlktdashuiopasc  xp

2012 scjktswpvfnezsxpyafjburja

Sommaire

Editorial Jean-Philippe Duflon	p. 1
« Migration, psychopathologie des migrants et orientations socio-sanitaires » Vijaycoomar Gobin	p. 4
« Histoire de packs ou d’enveloppes thérapeutiques avec un patient dément» Solveï de Chasseï, Françoise Ramseier	p. 14
« Passe-moi la télécommande que je fasse péter le CITE !» Christophe Gertsch, Pascal Meunier, Cidalia Paiva	p. 19
« Les émotions, bien connaître les siennes pour mieux gérer les leurs » Tarja Cachelin, Frédéric Lambelet, Laurent Holzer	p. 26

Editorial

Le comité de rédaction a le plaisir de vous présenter le numéro 60 de l'Écrit, Journal des soins du Département de psychiatrie (DP). Événement de taille, puisque le numéro 59 remonte à 2008. Depuis, seules deux parutions hors-série ont suivi en 2010, sous forme de recueils de présentations faites lors des dernières Journées vaudoises des pratiques soignantes. Le temps de pause a été long. Quelques changements institutionnels importants ont questionné la forme et le contenu de l'Écrit et ce qui allait avec, les Mercredis des soins et les Journées vaudoises. L'opération triptyque a réuni trois des quatre secteurs psychiatriques vaudois en un seul Département. Comment l'Écrit pouvait-il, devait-il suivre cette évolution, lui qui était à son origine en 1996, faut-il le rappeler, l'organe du « Service infirmier du Département universitaire de psychiatrie adulte. »

Avec les modifications organisationnelles qui ont marqué les différents Départements du CHUV, les « soins » du DP sont devenus pluridisciplinaires, et oh combien multi-sites. Ces changements bousculent la trilogie que représentaient l'Écrit, les Mercredis des soins et les Journées vaudoises. Il est question de représentativité du comité de l'Écrit. L'accès aux Mercredis des soins, à l'origine fortement liés à l'Écrit, n'est évidemment pas aussi aisé selon qu'il faille traverser un couloir ou tout le canton pour y accéder. Les journées vaudoises, conçues comme un échange réflexif entre entités de poids comparables, perdent aussi leur équilibre originel. Se pose encore pour elles le problème de leur complémentarité avec des nouvelles manifestations, telles les journées des soins du CHUV.

À l'aune de ces changements structurels, nous voyons bien que les dimensions de cette pluralité doivent être revisitées. Une territorialité étendue entraîne la multiplication des sites sur lesquels des valeurs doivent être reconnues et partagées. La guidance de nos prestations implique des modes de partage plus complexes. La pluralité professionnelle du service des soins nous amène à repenser le principe de l'interdisciplinarité. Quelque chose se joue « à l'intérieur », nous ne sommes plus seulement des services marqués par l'identité d'une formation professionnelle et d'un diplôme spécifique. Question d'interdisciplinarité en miroir avec celle que nous devons construire avec le corps médical, les services administratifs ou logistiques.

La direction des soins souhaite que l'Écrit puisse prendre sa place dans tout cela. L'interdisciplinarité, c'est peut-être fondamentalement l'acceptation que la réalité se construit avec les autres. L'entreprise interdisciplinaire, c'est celle qui accepte que la connaissance est une résultante un peu différente de la somme de toutes les connaissances qui s'associent. Il y a quelque chose de la construction systémique là-dedans, et comme souvent, un tel édifice ne peut tenir qu'au prix d'une certaine circulation de la parole. Combien de fois chacun de nous n'a-t-il pas entendu ou émis ce constat, à l'occasion d'une rencontre professionnelle, qu'il est stimulant de se rendre compte que nos préoccupations sont partagées ? Nous souhaitons que les collaborateurs ou les équipes du DP menant une recherche, développant un projet, participant à la restructuration d'un service, aient le plus systématiquement possible l'opportunité, mais aussi le réflexe, d'en faire part aux autres, de faire connaître leur expérience ou leurs travaux. Il vaut la peine de faire savoir ce que l'on fait, et lorsque l'on entreprend quelque chose, d'avoir connaissance de ce qui se fait

ailleurs. Cela participe de la construction interdisciplinaire du service des soins. Mais ce n'est pas seulement un mouvement pour soi. C'est aussi un apport à l'interdisciplinarité départementale, une invitation au dialogue avec les autres services départementaux.

Nous avons ce printemps diffusé un questionnaire pour sonder votre perception de l'Écrit. Nous vous en donnerons les résultats détaillés dans l'un des prochains numéros. Mais déjà, nous pouvons dire que les attentes exprimées vont effectivement dans le sens d'une connaissance mutuelle des différents services, d'un partage d'expériences, d'une connaissance des projets, d'une valorisation des soins psychiatriques. Il est question de stimulation des connaissances, par des informations sur les recherches en cours par exemple, mais aussi d'un dialogue davantage basé sur le partage d'expériences. Nous sommes bien dans ce dialogue entre disciplines et interdisciplinarité.

Outre ce rôle majeur que nous souhaitons pour L'Écrit, notre revue doit s'inscrire dans un dispositif plus global incluant les moments de rencontre évoqués plus hauts. Tout cela fait partie d'un dispositif qui continue de se mettre en place, dont nous avons eu l'occasion de parler lors de l'après-midi des soins du 3 avril dernier. Cela fera aussi l'objet d'un prochain numéro de l'Écrit. Mais « l'Observatoire des soins » apparaît déjà sur cette couverture relookée. Signalons aussi au passage que la forme de L'Écrit va encore évoluer. Il y a des contenus à améliorer, il y a aussi une manière de les présenter. De même vous verrez que la composition du comité reflète la diversité territoriale du DP, et qu'un pas vers l'interdisciplinarité ouvre une marche qui n'est pas terminée !

D'une certaine manière, ce numéro 60 en est une illustration. Les auteurs des quatre articles réunis sont éducateurs, infirmières ou infirmiers, psychomotricienne, médecin. Il sera d'abord question de migrants. Les dimensions de l'altérité et de l'intégration y sont largement décrites. L'auteur y parle des efforts demandés aux migrants pour acquérir quelque chose de la culture qui les accueille, mais décrit aussi le chemin que devraient faire ceux qui accueillent pour comprendre la situation de l'autre. Nous sommes dans l'interculturalité, autre manière de construire sur la confrontation positive des différences.

Puis nous découvrirons une expérience de packs proposés à un patient dément. Belle illustration d'un savoir trouvé ailleurs. Petit clin d'œil de la micro-histoire de notre revue, le numéro 59 de l'Écrit proposait un article cosigné par l'une des auteures de celui-ci, présentant les différentes approches corporelles selon les grands groupes pathologiques de la psychiatrie. Des liens entre perceptions sensorielles liées à ces syndromes et formes de thérapies corporelles y étaient décrits. La technique du pack était mentionnée, dans ses indications classiques. Un numéro plus loin, une nouvelle expérience nous est décrite. A nouveau, le souci de comprendre cette perception sensorielle est présent, cette fois pour un patient dément. Le lien avec la connaissance théorique est fait, et la proposition de transférer ce que l'on sait par ailleurs, d'un autre ailleurs, s'ensuit. La technique du pack sera adaptée à une nouvelle indication, tenant compte des limites liées à un syndrome psychiatrique particulier. Plus fondamentalement, c'est le lien avec le patient qui se construit. Magnifique et ultime cadeau à une personne qui pourra partir dans la reconnaissance de l'autre.

S'ensuivent deux articles sur les soins psychiatriques aux enfants d'abord, aux adolescents ensuite. L'ailleurs et la continuité existent aussi dans ces deux écrits. La continuité d'abord, avec ces âges dont nous sommes tous issus, dont les souffrances tendent un miroir à nos expériences d'adultes. L'ailleurs se révèle encore un peu différemment que dans les deux articles précédents. Ici, la réflexion sur la construction des interactions ne peut se partager avec les enfants, ou les adolescents, avec les mots qui permettent aux soignants de les comprendre. Le discours des soignants ne pourra pas suffire à partager la réalité. Réémergence décalée, mais pleine de signifiante, d'un tout qui n'est pas que la somme de ses entités ! Ici, s'ils veulent partager avec les patients ce qu'ils savent de la vie, les soignants doivent d'une manière absolument exemplaire accepter d'éprouver. Dans ces deux articles, la reconnaissance de leurs propres émotions par les soignants, et peut-être plus encore leur capacité à les métaboliser pour les dépasser, deviennent l'un des actes thérapeutiques fondamentaux. C'est en quelque sorte par cette sauvegarde d'une plasticité qui leur est propre que les soignants pourront structurer le soin. Nous découvrirons aussi l'importance de l'attention portée aux productions des patients, productions qui viennent si souvent dire quelque chose de ce que les mots ne peuvent articuler.

Le comité vous souhaite le plus grand plaisir à la (re) découverte de l'Écrit.

Jean-Philippe Duflon, août 2012

« Migration, psychopathologie des migrants et orientations socio-sanitaires »

Vijaycoomar Gobin, ICUS

Département de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Site de Cery, 1008 Prilly

Introduction

Le thème de ce travail est les migrants qui migrent seuls ou avec leur famille en Suisse; ceci pour une demande d'asile, pour se protéger, pour travailler ou pour le regroupement familial. Par ailleurs ces migrants se trouvent régulièrement dans notre établissement au moment de la trajectoire de leur vie.

Je souhaiterais simplement développer et essayer de découvrir pourquoi, face à ces patients, j'ai eu la plupart du temps le sentiment de ne pas les comprendre, de ne pas être compris, et d'éprouver une sensation d'échec dans la relation. Il me paraît intéressant de m'interroger sur la demande de ces patients, les particularités qu'ils vivent vis-à-vis de l'équipe, les difficultés que cela soulève; mais également sur la réponse à apporter face à cette demande.

Après maintes réflexions, il en résulte que le patient n'est pas seulement celui qu'on voit dans nos services. En effet, il ne peut être compris en tant qu'individu isolé, mais il faudrait envisager la nécessité de le replacer dans son environnement ou dans son cadre familial avec ses cultures traditionnelles où ses troubles se révèlent et se développent.

En effectuant mes recherches, je remarque que ce sujet est très vaste. Le phénomène migratoire englobe à mon avis différents thèmes. J'ai décidé de séparer ce travail en trois parties distinctes : premièrement les composantes du problème socio-sanitaire, deuxièmement les répercussions sur la santé mentale et finalement la psychopathologie des migrants.

Mes motivations

Mon intérêt personnel et professionnel est lié aux motivations qui ont entraîné le choix de ce travail personnel. Mes réflexions et ma recherche ont permis d'interroger le rôle et la fonction de l'équipe soignante, le cadre thérapeutique et la réinsertion face aux migrants.

Méthodologie

Suite à mon expérience professionnelle, je peux définir le problème socio-sanitaire comme un accès aux soins pour les personnes migrantes. J'ai élaboré un questionnaire sur ces problèmes socio-sanitaires. Mes intérêts se portent sur les liens, les différences que l'équipe pluridisciplinaire voit, imagine et perçoit dans sa prise en charge des migrants par rapport aux autochtones. J'ai transmis ces questionnaires à l'équipe pluridisciplinaire de notre unité et à certains établissements comme EVAM et Appartenance.

Je me suis également entretenu avec des patients migrants concernés, afin de leur poser des questions sur leur parcours.

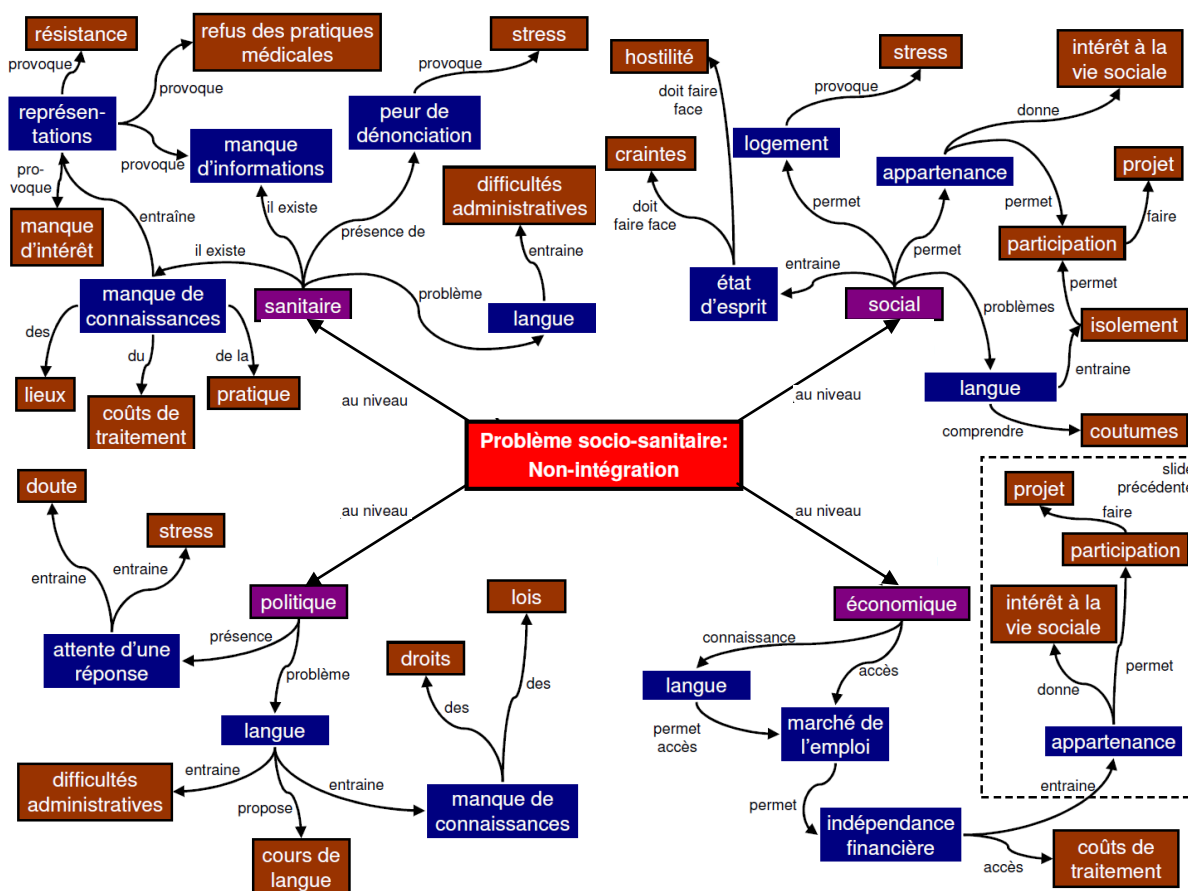
Thématiques

Problématique socio-sanitaire

Le problème socio-sanitaire est l'accès aux soins trop limité pour les personnes migrantes. En raison de leur précarité et face à un système de soins qui leur échappe, les migrants sont dans une situation de vulnérabilité et sont plus exposés au risque de « tomber » malade. Grâce aux entretiens, j'ai pu voir que cela est principalement dû à une situation d'exclusion. J'ai donc mis en avant le problème de non-intégration des migrants, que ce soit dans le domaine social, économique, politique ou sanitaire. Une bonne intégration des personnes migrantes leur permettrait un accès aux soins facilité et une meilleure prise en charge de leur propre santé.

Suite aux questionnaires, j'ai aussi remarqué plusieurs autres composantes du problème socio-sanitaire lié à la migration. Toutes ces composantes sont interdépendantes. La différence tiendra plus dans les émotions que peuvent ressentir chaque migrant face à leurs difficultés.

Tableau : Brainstorming



La Langue

La langue du pays d'accueil est un élément essentiel à une bonne intégration. Connaître la langue permet aux personnes migrantes en situation régulière de trouver une activité professionnelle. Elle aide également les migrants à sortir d'une forme d'isolement, de pouvoir partager leurs soucis et de comprendre les coutumes et les exigences du pays d'accueil. J'ai également pu voir que la méconnaissance de la langue pose des difficultés quant à la complexité administrative pour un accès à une couverture de santé. La langue est, en quelque sorte, la base d'une intégration dans tous les domaines. Par exemple, La CFE (Commission Fédérale des Etrangers) prévoit l'intégration en appliquant des mesures telles que des cours pour apprendre la langue.

L'insertion économique

L'insertion économique et la participation au marché de l'emploi sont également des conditions à une bonne intégration. Celles-ci peuvent procurer une indépendance financière liée à la commission, qui entre autre permettrait un accès aux soins. Etre intégré dans le marché de l'emploi peut procurer également un certain prestige social et une estime de soi. Cette intégration est un moyen pour la communication et les contacts sociaux.

Le réseau social

Le réseau social permet le développement de la culture propre à la communauté. Il peut également procurer un sentiment d'appartenance (en effet, plus la personne aura le sentiment d'appartenir à la société dans laquelle elle vit, plus elle aura d'intérêts pour ce qui s'y passe). Il est cependant important d'être conscient que la personne venant d'un autre pays a pu être séparée de sa famille ou de son entourage et peut avoir de ce fait un réseau social plus restreint. L'entourage est une ressource essentielle pour la personne en termes de soutien et de bien-être.

Le manque de connaissances et d'informations

Venant d'une culture différente, les personnes migrantes ont leurs propres représentations de la santé, leurs propres valeurs et croyances. Le fait de ne pas connaître la vie du pays provoque un choc des cultures. Cela peut provoquer une certaine résistance face aux traitements, un refus de certaines pratiques médicales. De plus, les personnes migrantes ne connaissent généralement pas les lieux de soins accessibles, le coût des traitements et les pratiques médicales proposées, ce qui peut provoquer chez eux une certaine crainte. Aussi, la méconnaissance des droits et lois peut empêcher les migrants, entre autre, d'avoir accès à la couverture de santé.

Selon la CFE, il y a un manque d'informations, tant au niveau du personnel de la santé qu'au niveau des personnes migrantes. Elle lance pour cela une campagne d'information, de prévention et de promotion de la santé dans le but d'établir l'égalité des chances.

Etat émotionnel

Le stress est un état émotionnel constant qui touche toutes les personnes migrantes pour différentes raisons. Par exemple, les personnes en attente d'une réponse peuvent vivre dans une tension permanente et ne peuvent pas faire des projets à long terme. Aussi, les personnes en situation irrégulière peuvent être perpétuellement angoissées par une dénonciation (ce qui les empêche de faire appel à quelque aide que ce soit).

Motivation

Il est important de mentionner la motivation, car la capacité qu'aura une personne à s'intégrer dépendra également de celle-ci. La motivation est variable selon les étapes du processus dans lequel un exilé se trouve (exemple : une personne qui vient d'un pays en guerre se trouve dans une dynamique de survie et ce sera extrêmement difficile pour elle d'apprendre la langue à son arrivée).

De plus, il est essentiel d'avoir un projet ou de bonnes raisons pour acquérir une langue ou pourvoir s'intégrer. Savoir que demain on peut être renvoyé n'aide pas. Pour une personne qui a un statut (permis B ou C) et qui par conséquent peut développer un réel projet d'avenir, il est plus évident de se motiver.

La santé mentale des patients migrants : quelles répercussions ?

L'hôpital est un lieu intime, où se manifeste parfois une intensité dramatique des forces qui s'agitent dans notre société. Les patients migrants nous témoignent à travers leurs maux psychiques non seulement leur histoire, mais aussi les tensions et difficultés de la vie collective face à la migration, à l'asile et à l'intégration. Ce besoin est d'autant plus important, car tout traumatisme nécessite une reconnaissance sociale pour se cicatrifier. L'expérience faite en matière de traumatisme des requérants d'asile est liée aux différentes étapes administratives. Les répercussions sont définies en trois périodes :

- La première période s'écoule de l'arrivée en Suisse à la réponse de la demande d'asile.
- La deuxième est l'instant soit de l'acceptation, soit du refus de la demande et avec ses conséquences directes.
- La troisième se situe à la suite du refus de la demande et avec ses conséquences indirectes.

Parcours du requérant

1ère période : Au niveau du vécu de la personne, la demande d'asile et les différentes démarches qui en découlent peuvent générer des sentiments d'insécurité :

Déposer une demande d'asile implique de se mettre à la disposition des autorités compétentes, sans forcément avoir les connaissances de la langue et du fonctionnement administratif.

L'assignation à un lieu de résidence et l'obligation de séjourner dans un centre donnent une impression de perte de liberté.

L'accès à un emploi, autorisé après trois mois, est rendu difficile du fait que la personne n'est pas en mesure de garantir à l'éventuel employeur un engagement à long terme.

L'impossibilité de travailler dans son métier d'origine, faute de pouvoir prouver sa formation.

Avant la demande d'asile, les requérants se représentent la Suisse comme un pays où règne la justice et dans lequel les droits humains sont respectés. L'espoir qu'elle leur apporterait une reconnaissance était l'origine du choix de leur destination d'exil. En arrivant ici, la réalité s'est avérée tout autre. L'espoir a fait place au fil des mois à un profond sentiment de déception.

Le refus leur rappelle la similitude vécue dans leur pays d'origine et renforce leur sentiment d'exclusion.

Dans l'attente d'une réponse, le requérant vit sur un plan existentiel une situation de peur contre laquelle il ne peut se protéger et générant des sentiments d'impuissance.

La seconde période est celle du refus. La majorité des requérants sont confrontés au refus de leur demande (97-98%). Pour la personne concernée, cela signifie que les motifs qui l'ont conduite à s'exiler ne sont pas reconnus.

Le refus peut être l'événement déclencheur d'une dégradation grave de leur santé psychique et physique. Les requérants décrivent leur état comme une perte de tous leurs repères, une incompréhension totale de leur situation face à la mise en doute des sévices qu'ils ont subis. L'instabilité et l'insécurité de la situation administrative, tout comme l'angoisse qu'en résulte, représentent sans doute un facteur aggravant de l'état de santé des migrants. En effet, la non-reconnaissance des souffrances et traumatismes antérieurs constitue un traumatisme secondaire.

La troisième période est celle qui suit le refus définitif. Le refus ne signifie pas pour autant le départ. La conséquence pour le requérant est le plus souvent une situation de précarité, c'est-à-dire de rester en Suisse, mais avec une absence de statut administratif stable. Cette situation a souvent comme résultat une augmentation des symptômes traumatiques et une détérioration de la santé psychique.

La péjoration de l'état de santé s'installe de façon insidieuse et progressive, comprenant des symptômes psychiques et somatiques, qui peuvent être la réponse à une situation de vie vécue comme sans issue (paradoxalement, c'est à cette détérioration de leur état de santé que ces personnes doivent finalement l'obtention de leur autorisation de séjour). Rappelons cependant que de telles conditions sont défavorables à l'accès à l'emploi et donc à l'autonomie; elles ont pour conséquence de maintenir la dépendance à l'assistance publique.

Psychopathologie des migrants

Les raisons d'immigrer

D'après mes sources, ainsi que des récits des patients, deux raisons principales d'immigrer se présentent : la première est d'ordre politique, alors que la deuxième est plutôt d'ordre socio-économique.

Les raisons politiques

Des problèmes de santé liés à la violence de la guerre traversée dans le pays sont démontrés. Les observations effectuées dans l'unité montrent que la prévalence et la sévérité des séquelles de violence sont sous évaluées dans la population de réfugiés.

Selon l'analyse des patients requérants d'asile, ils affirment avoir traversé un événement traumatisant majeur (guerre, famine, etc.). Un soutien psychologique s'avère justifié pour des cas de stress post-traumatique.

Définition du stress post- traumatique (P.T.S.D)

Il s'agit d'un ensemble de réactions (ou symptômes) qui peut se développer chez une personne après qu'elle ait vécu, été témoin ou confronté à un traumatisme, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort, ou de sérieuses blessures ou qui impliquait une menace de mort ou de graves blessures et qui a suscité une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Un tel événement peut être un accident, une agression violente, un viol, une prise otage, etc.

Séquelles de la violence

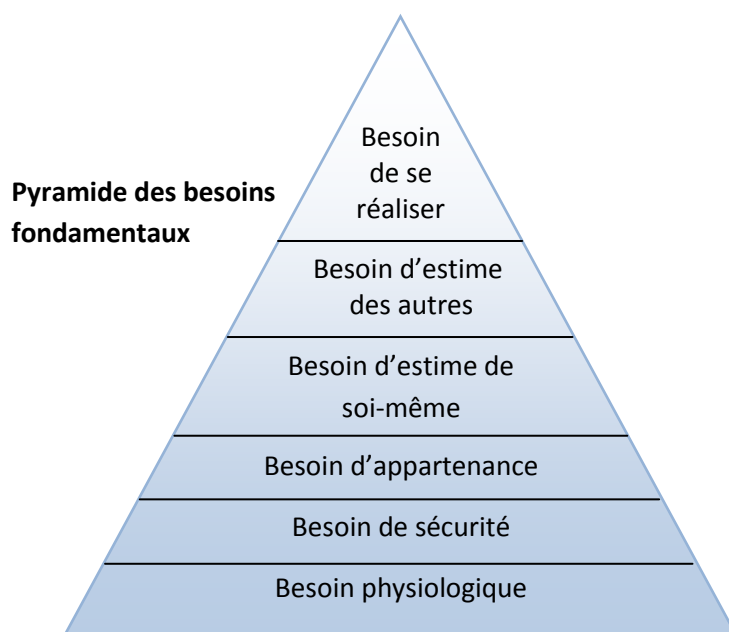
Les violences sévères et répétitives décrites par beaucoup de réfugiés laissent chez les survivants des traces importantes. Si les séquelles physiques sont facilement identifiables, les suites psychologiques sont plus insidieuses et plus difficiles à déceler, se cachant le plus souvent derrière des plaintes somatiques. L'état de stress post-traumatique est le mode de présentation des séquelles psychologiques. Le traumatisme peut également conduire à des troubles psychiatriques (un état dépressif, des troubles de l'adaptation, des troubles du comportement, voire des troubles de la lignée psychotique).

Prise en charge

Le traitement des victimes de la violence passe essentiellement par la réhabilitation psychosociale. Les principes de base de ce traitement sont :

- La reconnaissance officielle du préjudice subi.
- Le traitement des séquelles physiques et psychiques.
- La réparation du préjudice, indemnisation financière ou sous une autre forme.
- L'avenir pour une aide à la reconstruction – projet d'avenir.

Ces étapes doivent être considérées comme des conditions nécessaires à une prise en charge. Les conditions nécessaires à un traitement adéquat sont également illustrées par la pyramide des besoins fondamentaux de Maslow et Berne.



Ils relèvent d'une part que les carences à ces besoins vont mettre en danger la santé d'un individu et son équilibre, et d'autre part qu'il n'est pas possible de sauter les étapes pour répondre au besoin de se réaliser. En effet, il faut avoir répondu aux besoins physiologiques en premier lieu et ainsi de suite jusqu'en haut de la pyramide.

Les raisons socio-économiques

L'autre cause de l'immigration est le manque d'emploi dans le pays d'origine. Le chômage et la pauvreté poussent parfois le requérant à immigrer; toutefois, il peut également être mieux rémunéré à l'étranger pour le même travail effectué dans son pays d'origine. C'est pourquoi il préfère quitter son pays.

Les principaux troubles des états aigus des migrants

Les crises d'angoisse : elles arrivent très souvent à la suite d'une maladie.

Les états délirants aigus et les bouffées délirantes : la thématique peut être persécutoire, mystique; l'ensorcellement provient d'un fond culturel traditionnel.

Les états dépressifs : ils se manifestent fréquemment par des tentatives de suicide, qui mettent à jour un conflit personnel familial (la lutte entre la culture traditionnelle et les nouvelles possibilités offertes par les sociétés d'accueil).

Les principaux troubles des états chroniques des migrants

Les états dépressifs de longue durée : la solitude, la perte de l'élan vital, de contrôle résultant d'une lutte des différents stades d'adaptation. Ces différents tournants se passent parfois à travers de véritables accès délirants.

Les états délirants chroniques : le patient délire le plus souvent dans sa langue maternelle sur le thème de son origine culturelle (empoisonnement, envoûtement).

Les déséquilibres psychiques sont :

- Les troubles du comportement et de l'identité corporelle.
- La fréquence de la délinquance et de la toxicomanie peut faire suite au chômage, mais il s'agit le plus souvent d'un mécanisme d'ordre socioculturel.
- L'alcoolisme : il est souvent observé chez les transplantés déséquilibrés psychiques, se traduisant par une agressivité importante.

Les symptômes des troubles des migrants

Ils se traduisent par :

- L'anxiété : omniprésente, elle traduit la désorganisation du migrant, la perte de contrôle, le signal d'agressivité.
- L'inhibition et la dépression : c'est la perte de l'élan, de l'initiative, de l'autonomie.
- Les manifestations hypochondriaques : avec risque de troubles du vécu corporel.
- Les conduites d'allures hystériques : sous forme de conduite théâtrale, avec crise d'agitation anxieuse. Ces symptômes, quelquefois imbriqués, posent de nombreux problèmes, notamment en ce qui concerne les différentes demandes du patient.

La revendication des migrants

En réponse à une perte de santé : la revendication peut s'exprimer par une demande de soins, par une hospitalisation, un arrêt de travail, des indemnités journalières et pensions d'invalidité. Cela s'exprime par : «C'est en Suisse (pays d'accueil) que je suis tombé malade, c'est à la Suisse de me soigner et de payer pour ma maladie ».

En réponse à l'échec du « missionnaire » : le travailleur immigré est investi d'une « mission » qui est de travailler pour envoyer de l'argent au pays. Ce travail en exil lui confère un statut de héros. La maladie ou l'accident viendront détruire cette image et mettre le travailleur immigré en échec face à cette « mission ».

Le facteur culturel : la revendication peut s'exprimer également par le fait que dans la civilisation africaine, magrébine ou asiatique, la maladie est une affaire collective ; la souffrance est prise en charge par le groupe qui se resserre autour du malade et fournit une aide matérielle et affective considérable.

Prise en charge et investissement de l'équipe pluridisciplinaire

Le médecin :

Le transfert massif que le patient opère vis-à-vis du médecin se traduit par une demande de type maternel. Le médecin est vu comme un « Dieu », investi de pouvoirs magiques. Cet état de dépendance place celui-ci dans un rôle de protecteur. Cet investissement est aussi motivé par le fait que c'est le médecin seul qui reconnaît officiellement le statut de malade au patient.

L'assistante sociale

C'est le facteur clé; elle joue un rôle de médiatrice entre le patient et l'administration pour la reconnaissance de son statut social.

L'équipe infirmière

Elle est perçue comme une exécutante de prescriptions médicales. Parfois une agressivité peut intervenir lorsque les demandes faites au patient ne sont pas acceptées. Le soignant devient alors un objet de récrimination et il est accusé d'intolérance.

La majorité du personnel soignant est féminin; le patient doit remettre en cause son image traditionnelle de la femme qui est placée au second rôle, ne s'occupant que des enfants et des travaux ménagers.

Il faut aussi souligner l'attitude prudente de certains migrants, qui se manifeste aussi bien au niveau du corps que du langage; si elle est mal interprétée, elle peut mettre en difficulté une relation authentique avec l'équipe infirmière.

Réponse thérapeutique

Le patient qui est hospitalisé de son propre gré ou sur la demande d'un médecin recherche une protection dans l'institution. Ce n'est que lorsqu'il aura trouvé une reconnaissance sociale de son statut de malade ou obtenu une pension d'invalidité qu'il acceptera une réponse thérapeutique.

Le problème de la réinsertion – mes interrogations personnelles

Dans quelle société doit-il être réinséré ?

De quelle culture se sent-il le plus proche ?

Le retour au pays ne peut-il entraîner une marginalisation ?

L'adaptation à la société d'accueil et à sa culture est-elle totale et doit-elle l'être ?

La voie de guérison est-elle au prix de l'acculturation ?

Autant de questions qui mettent l'accent sur la migration et ses difficultés d'adaptation.

Conclusion

En conclusion, on peut constater chez les personnes migrantes des difficultés psychiques, dont l'origine doit être comprise comme la conséquence d'un cumul de facteurs de stress : les traumatismes ayant amené à l'exil, la migration et ses deuils, ainsi que les conditions d'existence actuelles. On peut signaler qu'une des conséquences d'un refus à la demande d'asile est une dégradation de la santé psychique évoluant vers des troubles chroniques.

Mes observations

La pathologie du migrant pose le problème de l'homme souffrant en situation de transplanté et la nécessité de son adaptation à un monde social, ce qui entraîne des perturbations sur les composants de la structure de la personnalité.

Mes réflexions au terme de ce travail

Le personnel infirmier doit faire preuve de tolérance et être sensibilisé aux différentes cultures de ces patients, afin de ne pas commettre d'erreurs. Il doit se documenter en lisant les ouvrages et en faisant des démarches personnelles au sujet de l'ethnologie et de la sociologie.

Je terminerai en disant que la migration n'est pas un facteur pathologique ni un facteur d'échec, mais qu'elle peut être un facteur de création, d'échanges et d'enrichissement.

Bibliographie

Barudy, J. (1992), Différentes modalités adaptatives des familles immigrées : une lecture systémique du processus d'intégration des migrants.

Bodenmann P., C. Madrid, M. Vannotti, I. Rossi, J. Ruiz, Migrations sans frontières mais barrières des représentations, Revue médicale Suisse No.3135.

Bolzmann Claudio et Tabin Jean- Pierre (1999). Population immigrées : quelle insertion ? quel travail social ? Cahiers de l'EESP.

Chasson -Lavoie- M (1992), L'approche interculturelle auprès de réfugiés et de nouveaux immigrants.

Driss Moussaoui (1992) ; Psychopathologie des migrants, édition Puf

Good B.-J. (1992). Culture and psychopathologie : Directions of psychiatric anthropology, Cambridge university press.

Grinberg Léon et Rebeca Grinberg (1986). Psychanalyse du migrant et de l'exilé, édition Césura, Lyon.

Hauswirth Marilla, Canellini Assal Monaeni, Bennoun Nathalie (2004) . Un improbable refuge- les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile, Médecine et hygiène-psychothérapie, volume 24.

Jacob, A. (1990). Le stress de l'adaptation chez les réfugiés, édition la Rose Blanche

Massé Raymond (1995) Culture et santé publique, édition Gaëtan Morin, Canada.

Piguet Etienne (2009) L'Immigration en Suisse : soixante ans D'entrouverture. Presses polytechniques et universitaires romandes. Lausanne.

Regamey Caroline, Jean-Pierre Tabin (2001) ; Identification des problèmes sociaux de personnes de nationalité étrangère, revue suisse de sociologie.

Segond Pierre (2008) ; Travail social et soins psychologiques, édition Erès.

Sironi Françoise (1999) , Bourreaux et victimes : Psychologie de la torture, édition O.Jacob, Paris.

Diversité et égalité des chances, éditeur Peter Saladin, Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé (199-2007).

« Histoire de packs ou d'enveloppes thérapeutiques avec un patient dément »

Solveï de Chassey, Psychomotricienne

Françoise Ramseier, Infirmière spécialiste clinique

Service Universitaire de l'Age Avancé, Département de Psychiatrie,
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), site de Prilly, 1008 Prilly

Cet article a été publié dans l'ouvrage « Interventions en psychomotricité » Edition SZH/CSPS 2008: S. Muggli et E. Terradillos Mettraux (Eds) –

Résumé

Les patients déments, comme les patients psychotiques, peuvent présenter des angoisses d'intrusion ou de morcellement. L'histoire de Monsieur D témoigne du fait que les packs permettent de diminuer cette souffrance en offrant une expérience intense de contenance et d'unité. Malgré une démence avancée, Monsieur D a ainsi pu intégrer progressivement cette enveloppe maternante et thérapeutique pour recréer le lien à l'autre et le lien à lui-même.

Mots-clés : agitation, angoisse, démence, psychose, enveloppe, pack, holding, maternage, lien, approche psychothérapeutique, unité psychocorporelle

Introduction

Le pack¹ est un enveloppement humide froid, qui va engendrer une réaction physique de réchauffement. Cette approche thérapeutique et régressive est très développée auprès de patients psychotiques. Elle permet un meilleur ressenti et une meilleure représentation de leur unité corporelle grâce à la constitution de ce que D. Anzieu² appelle le « Moi-Peau ». Cette intense expérience de contenance diminue considérablement leurs angoisses de morcellement et d'intrusion. Elle offre un cadre rassurant chez des patients ayant peu accès au langage et se sentant persécutés corporellement, caractéristiques communes avec beaucoup de personnes démentes. Nous avons voulu partager l'histoire de Monsieur D car l'approche de type pack est une pratique ni très conceptualisée ni développée auprès de patients déments. Monsieur D, pourtant, nous en a montré toute la richesse ! Merci à lui !

¹ DELION P., *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Eres, 2003

Packing et thérapies d'enveloppement aujourd'hui en Europe, *Thérapie Psychomotrice* n°135, SNUP, 2003

DE COULON N., «La cure de packs, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique», *Thèse de la Faculté de Médecine de Lausanne*, 1981

GIL A., «La pratique du Pack», *Institutions Psychiatriques du Valais Romand*, janvier 2002

PANCHAUD R., «L'enveloppement thérapeutique», *Santé Mentale* n°86, mars 2004

² ANZIEU D., *Le Moi-Peau*, Dunod, 1995

Faisons connaissance avec Monsieur D

Monsieur D est âgé de 82 ans lorsqu'il arrive dans l'unité pour les troubles psychiatriques organiques de l'hôpital universitaire de psychiatrie de l'âge avancé. Venu jeune homme de l'étranger, il a toujours vécu dans un isolement familial et social important. Il souffre d'une démence d'Alzheimer à un stade avancé (score MMS à 5/30).

Monsieur D, son bonnet sur la tête de jour comme de nuit, aime rester dans le couloir, non loin de sa chambre. Résonnent dans le couloir ses angoisses de persécution et d'intrusion : « partez », « ne me faites pas de mal », « sortez de là, c'est chez moi », « je vais appeler la police », « on me vole ». Il fait part aussi de ses craintes de morcellement, notamment en supportant difficilement les moments de déshabillage. Il semble qu'il perçoive ses habits comme ce qui permet à son corps de rester uni.

L'équipe est démunie : Monsieur D est de plus en plus angoissé par la moindre stimulation sonore ou visuelle, il ne semble être rassuré ni par les paroles ni par les médicaments. Il est très agité, non-compliant et même parfois agressif.

Pack ou pas pack ?

L'équipe envisage une approche corporelle afin de diminuer cette agitation et ces angoisses. Après un mois de discussion, le projet de soins s'oriente plus particulièrement vers des packs contenant, à raison d'une heure hebdomadaire à horaire régulier.

Le protocole consiste à emballer Monsieur D sur son lit dans des draps secs (et non dans des draps mouillés et glacés), car il a pu exprimer de nombreuses angoisses autour du froid. Malgré ce setting particulier, nous avons décidé de garder le terme de « pack » puisqu'il s'agit bien d'emballer Monsieur D dans des draps serrés et en présence de deux thérapeutes (une infirmière et une psychomotricienne), afin de travailler les notions de contenance et d'unité. L'essence de cette méthode est donc conservée.

Etant donné le côté peu habituel d'un tel traitement chez un patient dément, le dispositif doit pouvoir être réévalué en permanence et donc être porté par des thérapeutes expérimentés dans ce type d'approche.

28 mars

Monsieur D ne comprend pas vraiment nos explications sur le comment et le pourquoi du pack. Tout en nous disant « d'accord », il nous demande d'être « calmes ».

Lorsqu'on touche son duvet ou ses stores apparaissent de fortes angoisses d'intrusion et de persécution. Face à notre immobilité et par le rappel du cadre temporel, l'angoisse de Monsieur D diminue et il dit « on ne dit plus rien ». Une enveloppe sonore créée par la répétition de la phrase « tout va bien » permet à Monsieur D de se détendre. Il semble serein, détendu, apaisé et peut nous dire calmement « au-revoir, merci, à bientôt » au moment où nous quittons sa chambre sur la pointe des pieds.

30 mars

Monsieur D est très logorrhéique à propos d'angoisses d'intrusion (sa chambre a été nettoyée à fond le matin). Il évoque des idées de ruine et de désorganisation : « y a plein de choses, c'est le micmac ». Le rappel du cadre temporel et le maintien des mêmes positions de chacun dans l'espace paraissent le rassurer. Le lien avec les thérapeutes émerge : « restez, toute la nuit si vous voulez, ça me fait plaisir » et même « je vous aime bien ». A la fin, il accepte qu'on resserre les couvertures et nous regarde avec un sourire angélique, qui témoigne bien de son état de détente qui ira jusqu'au sommeil.

Au départ la permanence de notre présence semblait angoisser Monsieur D. Notre résistance face à ces débordements lui a permis de vivre notre présence comme un soin, une présence contenante. Il a donc été décidé de ne plus alterner les thérapeutes, mais de faire les packs toujours avec le même binôme infirmière-psychomotricienne. En effet, la continuité peut alors s'élaborer et le lien émerger. Cela renvoie à la fonction maternante du pack dans la mesure où il permet ce que D. Winnicott³ appelle le « maternage », holding et handling.

4 avril

A notre arrivée, Monsieur D nous reconnaît et nous laisse d'emblée installer les couvertures. Cette contenance lève le voile sur ses angoisses les plus profondes et les plus archaïques : angoisses de chute et de morcellement. La logorrhée est importante, il semble comme enfermé dans son angoisse. Néanmoins, il identifie quelque chose du bienfait et du lien qui ne se rompt pas malgré ce débordement d'angoisse. En effet, Monsieur D nous dit tranquillement « au-revoir, merci » depuis le bout du couloir lorsque nous le laissons.

12 avril

Monsieur D alterne somnolence et expression de sa souffrance existentielle par des phrases du type : « mettez moi comme avant », « laissez moi vivre », « ma vie a été dure, j'ai beaucoup souffert », « je suis un pauvre homme », « je suis seul »... Cette séance est caractérisée par un besoin important de régression, tel un nouveau-né, puisqu'il demande portage et bercement vocal. Grâce à ce maternage, il sort sereinement et de lui-même du pack.

Monsieur D semble submergé par ses angoisses de mort, cependant dans ce processus de régression, il paraît rassuré par notre solidité – et par sa solidité. La **fonction enveloppante** du pack renvoie à la notion de « holding » de D. Winnicott. Elle peut prendre en compte sa souffrance et constituer le réceptacle de ses angoisses mais elle reste cependant solide, stable et permanente.

C'est donc une approche sans risque que le pack !

18 avril

Monsieur D s'installe facilement dans le pack et nous laisse nous installer de nouveau très près de lui. Peut alors émerger toute son ambivalence entre son besoin de maîtrise et son besoin d'être contenu. Il évoque à la fois des questions de liberté et de solidité en lien avec son angoisse de mort. Il résiste fortement à l'endormissement et se montre plus perméable aux bruits extérieurs. A la fin, pour la première fois, apparaissent des difficultés de séparation qui diminuent quand on le rassure sur la solidité du lien.

³ WINNICOTT D., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969

20 avril

Des émotions très archaïques émergent rapidement. La contenance physique lui permet de mettre des mots sur ce qu'il vit : « je souffre beaucoup », « aidez-moi à mettre de l'ordre », « remettez-moi droit », « mon Dieu, pitié »... Un lien très fort apparaît avec nous, il nous dit plusieurs fois qu'il nous aime et embrasse nos mains. Durant tout l'enveloppement, nous nous positionnons, spatialement et tactilement, très près de Monsieur D.

Monsieur D peut nous montrer son ambivalence entre besoin d'autonomie et besoin de régression, entre besoin de maîtrise et besoin de l'autre. A cette étape, il s'avère important d'aider Monsieur D à mettre des mots sur cette ambivalence et à faire des liens avec son histoire de vie. Ainsi, l'élaboration et le **travail psychothérapeutique** sont possibles. Nous devenons alors ce que W. Bion appelle « l'appareil à penser les pensées »⁴

Les vacances d'une des thérapeutes conduisent à deux semaines de suspension des packs. Pendant cette période, Monsieur D est plus agité et son angoisse augmente de façon importante. Il demande également plus d'attention.

9 mai

Dès le départ, Monsieur D entre dans le jeu thérapeutique : il semble faire payer l'interruption des séances à celle qui a provoqué la coupure de 2 semaines en gardant le focus sur l'autre thérapeute pendant la moitié de la séance. Il verbalise alors la question de la continuité et de l'abandon : « je suis tout seul », « si vous partez vous me dites », « il faut que ça dure ». Il n'y a pas vraiment d'angoisse relationnelle, Monsieur D vérifie simplement que cette coupure s'avère bien sans conséquence. Un sourire de sérénité apparaît : « je suis heureux », « je suis tranquille », « je veux que ça reste », « je suis fixe ». Nous le laissons donc dans le pack en partant.

Au moment où son placement en institution est envisagé, Monsieur D chute. Il doit être hospitalisé durant une semaine pour la pose d'une prothèse de hanche (PTH).

16 mai

Monsieur D est rentré le matin même de l'hôpital somatique. Il rétablit immédiatement le lien affectif. Après nous avoir dit qu'il nous aime, il peut dire qu'il est « fâché avec nous », mais qu'en même temps il a besoin de nous. Grâce aux packs précédents, il semble récupérer son entité corporelle et élaborer sa chute et la PTH. Il est conscient de « s'être cassé les os », mais cela ne paraît pas l'angoisser. D'ailleurs, il nous demande de partir en nous disant que lui « reste au lit pour soigner ses os ».

Nous pensons que Monsieur D peut jouer avec le lien car il en a testé la résistance : la permanence et la solidité sont intégrées. Sans angoisse, il peut nous placer dans un rôle parental à la fois mauvais à cause du placement, puis de la chute et bon, puisqu'il dit nous aimer, nous pardonner et qu'il cherche à être proche de nous. **Le bon et le mauvais ne sont plus clivés - l'unité** a pu être intégrée et cela même du point de vue corporel. Cela correspond d'ailleurs à une demande nouvelle de sa part : que l'une de nous s'installe dans son dos. Il pourra alors prendre appui sur ce que G. Haag⁵ appelle « l'objet d'arrière-plan ». Ces séances montrent comment Monsieur D, un patient atteint d'une démence sévère, peut accéder à l'élaboration psychique grâce à une approche contenante comme le pack.

⁴ BION W., «Une théorie de l'activité de pensée », *Réflexion faite*, PUF, 1962

BION W., *L'attention et l'interprétation*, Payot, 1974

⁵ HAAG G., «Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques », *Revue de la psychothérapie psychanalytique de groupe* n°30, Eres, 1998

23 mai

Monsieur D vient de recevoir une dose de morphine en réponse à ses douleurs de hanche et dans un contexte de soins palliatifs. Il semble ailleurs. Nous lui disons au-revoir après deux mois et demi d'accompagnement – accompagnement d'une souffrance existentielle insoutenable vers un adieu paisible.

Monsieur D décède peu après.

Conclusion

Au travers de cette histoire, il apparaît que le setting du pack avec un patient dément peut être plus souple qu'avec un patient psychotique. En effet, l'important n'est ici pas le cadre, mais **le développement des différents niveaux d'enveloppe** : enveloppe des draps, enveloppe constituée par les co-thérapeutes, enveloppe de la chambre, enveloppe constituée par l'équipe soignante, enveloppe du service. De plus, la contenance, la permanence, la solidité et la continuité sont autant d'« enveloppes psychiques » (D. Houzel⁶). Au-delà de la diminution de l'agitation et de l'angoisse, les packs ont offert un véritable espace psychothérapeutique à Monsieur D.

Le patient dément, par son agitation⁷ exprime souvent des angoisses d'intrusion ou de mort vis à vis de situations qu'il ne comprend plus, qu'il ne maîtrise plus. Il doit faire face à cette impuissance mais aussi à de nombreuses pertes liées à la maladie (perte de facultés cognitives, perte d'autonomie, perte d'histoire de vie, perte de communication). Le pack offre contenance et solidité en réponse à ces angoisses et à ces pertes. **Il donne la possibilité de revenir à une relation archaïque pour permettre à nouveau le lien à l'autre et le lien à soi, ainsi que le vécu d'une unité corporelle solide plus rassurante et désangoissante.**

Les soignants percevaient les angoisses du patient dément comme déstabilisatrices, voire destructrices, pour lui et pour les soins proposés alors. Cette cure de packs a permis à l'équipe de trouver enfin un consensus sur une même démarche de soin pour Monsieur D. Cette expérience de packs a offert aussi et surtout **une autre vision et une autre approche des manifestations d'agitation et d'angoisse dans la démence.**

⁶ HOUZEL D., *Le concept d'enveloppe psychique* In Press, 2005

⁷ GROSCLAUDE D., « Apports des facteurs humains aux soins aigus en psychogériatrie dans les états d'agitation. A propos de : attitude de l'équipe. Techniques », *Journal d'Ergothérapie*, Masson, 1994 (16, 2)

« Passe-moi la télécommande que je fasse péter le CITE ! »

Christophe Gertsch, Éducateur, Pascal Meunier, Infirmier et Cidalia Paiva, Infirmière

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Centre d'Interventions thérapeutiques pour Enfants (CITE), ch. de Montétan 14, 1004 Lausanne.

Cet article, publié initialement dans la Revue des Hôpitaux de Jour et des Thérapies institutionnelles, est publié dans « L'Écrit » avec l'autorisation des responsables de la Revue des Hôpitaux de Jour.

Marie BUGNICOURT, Dr Pierre FLUMEAUX, Christophe GERTSCH, Pascal MEUNIER, Cidalia PAIVA, Paulina REQUENA, Zapping à l'atelier TOTEM: " Passe-moi la télécommande que je fasse péter le CITE", Revue des Hôpitaux de Jour et des Thérapies Institutionnelles, n°13, 2011, Verviers, pp.27-31

Pascal ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑ ↑

Activité de médiation et pré-adolescence

Cette journée scientifique s'articule autour de 3 mots clés : complexité - créativité - défi et c'est bien de cela dont il s'agit lorsqu'on explique notre pratique au CITE concernant l'activité à médiation thérapeutique pour ces jeunes.

C'est d'abord un travail institutionnel qui intègre l'activité à médiation thérapeutique dans une démarche de soin globale.

Comme définition, on pourrait dire que le CITE est un espace de soin qui se veut un modèle de prise en charge interdisciplinaire favorisant l'intégration de l'enfant en crise dans un dispositif multiétayant afin de dynamiser la relation, de restaurer la communication, ce qui permettra de favoriser la rencontre.

On le voit, l'enjeu est de relancer le processus de la pensée, de la communication et de mieux comprendre la symptomatologie de ces pré-adolescents en crise.

Dans l'atelier, la médiation s'interpose, fait différence, fait distance pour mieux articuler et réunir dans un futur dialogue. Elle permet en quelque sorte que l'on passe de deux à trois.

Cet espace favorise la créativité, la rêverie et l'imaginaire, autorisant ainsi l'accès au monde interne de l'enfant en crise sans faire (à ce moment là de la prise en charge) d'interprétation sur sa production. Comme l'écrit le philosophe Francis Jeanson, « il s'agit de partager du sens avec d'autres ».

Le cadre de cet atelier

Fort de cet instrument thérapeutique, comment traiter, élaborer, trouver un sens à cette crise ? Il a fallu inventer un aménagement particulier en tenant compte de la clinique spécifique de la crise.

L'atelier du CITE est différent des ateliers classiques en ce sens qu'il inclut d'emblée la notion de débordement (débordement qui malgré tout doit être contenu dans une unité ouverte !). Le comportement de l'enfant peut mettre en péril la vie de cet atelier et il faut rapidement adopter une autre stratégie de soin : de la créativité, on passe à la destructivité, du dedans au dehors, du groupal à l'individuel. L'enfant teste les résistances du support et des soignants. Le cadre est fortement bousculé alors que la communication doit résister dans cette tempête : la pulsionnalité figure la pré-adolescence qui émerge.

Dans ce champ singulier, le soignant qui accueille la crise doit montrer une grande souplesse. Il agit comme un filtre protecteur, ne juge pas mais soutient l'enfant qui communique sa souffrance, met à mal le cadre et il doit éventuellement l'accompagner hors de ce cadre pour ne pas le mettre en échec : en réponse à cette crise, le soignant offre ainsi une prestation individualisée différente dans un continuum thérapeutique.

On le voit, ce dispositif d'étayage alternatif qui autorise la continuité de la prise en charge, colmate la rupture de la communication et adoucit ainsi les contraintes liées à notre clinique : le temps et l'espace sont débordés par la crise. Cet espace de soin, s'adapte, se module, il possède une « géométrie variable ».

Il constitue un appareillage qui permet également de protéger le groupe des autres enfants qui continue d'exister malgré cela mais, et c'est important, n'est réalisable que si il y a une véritable communication entre adultes.

Le collectif valide cette pratique si bien que l'équipe soignante fait preuve de cohérence mais a toutefois cette capacité de répondre à la crise de manière différenciée.

Cette communication « entre nous » se déploie également d'une autre façon dans un autre cadre - temps : « le penser ensemble » et la recherche de sens sous la forme de synthèses de colloques etc. ou émergent alors les interprétations des productions des patients.

Ce travail pluridisciplinaire créatif se construit donc comme un filet sans empêcher le mouvement dans un tissage assez souple pour ne pas être déchiré et assez solide pour ne pas être détruit.

En conclusion de cette 1ère partie, notre clinique c'est celle qui se noue, se dénoue, se renoue... Mais tout ceci est très conceptuel et dans la réalité :

« Notre seule certitude est que demain sera un jour différent » le CITE

Christophe 

« Permettez-moi de commencer cette petite présentation en vous exposant le cadre des ateliers d'expression créatrice que j'anime au CITE. »

Tout comme ma collègue Cidalia, la séance d'atelier que j'anime est obligatoire. Cette séance dure 1 heure et elle est composée d'un groupe pouvant aller de 2 à 7 enfants.

Sauf exception, j'anime l'atelier seul.

Au début de chaque atelier, je rappelle le cadre de base et le support d'expression utilisé (peinture, terre, totem, plâtre, papier, etc.). Suite à quoi, l'enfant est libre de créer ce qui « vient ».

Dans ce cadre, l'objectif des ateliers d'expression créatrice est donc de proposer un espace qui favorise la rêverie, l'imagination et la créativité.

Mais alors dans cet espace de rêverie..., que peut-il bien se jouer autour des supports d'expression ?



« *Jouer c'est créer, Créer c'est jouer* » D.W. Winnicott

Jouer, le mot est lâché.

Parfois ludique, souvent inquiétante, une relation créative se joue entre l'enfant et le support médiatique.

Dans ce jeu, l'enfant parle en je. Il est donc sujet de sa création.

Sa production est investie par lui.

Elle est vivante, animée du souffle de sa créativité.

Souvent ce souffle l'emmène vers d'étranges enjeux.

Le jeu commence à faire peur et les angoisses du monde intérieure grandissent, grandissent encore...

Le je se fait monstre et la menace devient trace extérieure.

Là, le support médiateur fait peur. Il raconte de manière brute les peurs à son créateur.

Le moment est souvent inquiétant. Parfois l'animateur de l'atelier, le groupe d'enfant ou le reste de l'équipe des soignants sont là pour accompagner l'enfant à mieux comprendre le sens de cette inattendue création.

Puis petit à petit, la peur s'estompe. L'enfant apprivoise sa création jusqu'à ce qu'il puisse à nouveau la regarder en face.

Le jeu de la création peut alors continuer à mettre en scène le monde intérieur de son petit créateur.

Comme vous aurez pu l'entendre, aucune interprétation, ni jugement de valeur ne sont émis lors de ces ateliers.

L'expression brute est donc le mode de communication privilégié dans cet espace là.

Mais alors..., quelle forme peut prendre une crise au sein d'un atelier d'expression créatrice ?



Permettez-moi de vous ouvrir la porte d'une séance d'atelier totems pour vous en faire (sans mauvais jeu de mots) une petite idée...

« *C'est seulement en étant créatif que l'individu découvre le soi* » D.W. Winnicott

Je suis là, j'observe et je crée aussi mon totem avec un groupe de 4 enfants.

J'observe que Tom, un enfant de 10 ans, est agité. Il semble ne pas avoir trouvé la bonne distance entre lui et sa production. Il tourne en rond et se rassied. Tom me regarde mais ne dit rien. Je me dis alors. Est-il trop près de sa création, ou est-elle trop loin de lui ?

Petit à petit, dans le jeu de la création, Tom se forme un mode de communication qui lui est propre.

Tout à coup, c'est la rupture !



Son expression prend une autre forme. Tom se lève, s'agite, tourne autour de la table, lance des objets dans ma direction, en direction des autres enfants et sur les totems.

Là, la crise vient se mêler à la production.

Sa main ne crée plus, elle veut détruire.

Je demande à Tom de s'en prendre uniquement à sa création, mais ce n'est pas possible pour lui. Elle semble le rejeter. D'ailleurs, tout l'atelier semble le repousser. Moi, je l'invite à rester. Son agitation ne le permet plus.

La danse autour du totem doit aller s'exprimer au-delà des murs de l'atelier. Le temps et l'espace sont débordés par la crise et il est temps de passer le relais à un autre soignant qui accompagnera individuellement Tom dans sa crise.

Un silence de totem règne maintenant au cœur de l'atelier. Les enfants regardent leurs productions sans bruit. Il y a souvent un instant de silence après la crise d'un enfant. Moi, je reste là pour créer, observer, écouter ce qui se joue, se déjoue, se forme, se déforme, se lie et se délie dans le petit monde des totems.

Parfois, je doute, je ne comprends plus. L'enfant est dehors et le totem dedans, orphelin de son créateur. La frustration est souvent au rendez-vous, il faut faire avec.

Puis, comme demain est un autre jour. La crise, elle aussi, prend un autre tour. Un lien invisible peut se retisser dans l'atelier, et le jeu de la relation entre l'enfant et sa production peut recommencer.

Fermeture de la porte de l'atelier.

Pour illustrer d'une manière plus clinique l'évolution de Tom lors de son passage dans les ateliers du CITE, je me permets de vous présenter quelques moments féconds qui ont jalonné le parcours de cet enfant.

Tom est arrivé au CITE assez agité. Il lui a fallu de deux à trois ateliers pour qu'il puisse se poser. Suite à quoi, il a pu créer un totem. Au fur et à mesure de sa création et de son passage au CITE, Tom présentait des signes d'agitation de plus en plus agressifs vis-à-vis de nous et des autres enfants.

Vu son agitation à l'atelier (il commençait à menacer physiquement les enfants et moi-même), et malgré mon appel à ne s'en prendre qu'à sa production, j'ai dû le sortir à plusieurs reprises. Ma collègue Cidalia prend donc le relais et se voit parfois dans l'obligation de le mettre en salle de soins...qu'il détruit en partie. Les jours passent et l'agitation de Tom ne baisse pas. Les portes de l'atelier ne peuvent malheureusement plus s'ouvrir pour lui, mais celle de la salle de soins... oui.

Cependant, le travail de pare-excitation de l'équipe porte ses fruits.

L'agitation de Tom diminue. Il parvient à réintégrer l'atelier, et il peut (enfin si j'ose dire) s'en prendre à sa production.

Il la détruit, sans s'en prendre ni à moi ni aux autres enfants. Je le laisse faire.

Une fois son totem détruit, il commence à construire autre chose. Une télécommande sort des débris de son totem.

Il semble calme à la fin de l'atelier et sort normalement avec les autres enfants.

Nouvelle séance d'atelier. Nouvelle évolution.

Il prend sa télécommande et joue à me faire exploser. Je lui souris en guise de réponse. Je mime parfois d'exploser. Je dédramatise. Je lui souris à nouveau. On est plus en lien.

La communication tissée autour des ateliers précédents amène notre relation sur un mode plus ludique.

Cinq minutes avant la fin de l'atelier, il sort avec sa télécommande (là je sens que je dois laisser faire malgré le cadre qui impose normalement de ne pas sortir les productions).

Il est calme. Il joue avec dans la cuisine du CITE.

Profitant de l'occasion, je le rejoins et je lui demande s'il veut bien me passer la télécommande pour que je fasse moi aussi péter le CITE.

Il refuse, car il me dit que c'est à lui de faire péter le CITE.

« Mais bon sang Tom !, lui dis-je. Tu te rends compte qu'on va y passer tous les deux si tu appuies sur le bouton de ta télécommande ! »

À ce moment là, Tom me sourit, met la télécommande dans la poubelle de la cuisine et me dit que, de toute façon, tout cela n'existe pas.

Depuis ce jour sans explosion et jusqu'à la fin de sa prise en charge au CITE, l'équipe a été moins menaçante pour Tom. Il a pu communiquer d'une manière différente et moins agressive. Ses passages en salle de soins se sont faits beaucoup plus rares.

Voilà. Ma petite présentation de ce qui peut se passer durant des ateliers au CITE touche à sa fin.

« Alors voilà. Tiens Cidalia. Je te passe la télécommande pour que tu nous expliques ce qui peut bien se passer hors des murs de l'atelier, lorsqu'un enfant est en crise. »

Cidalia † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † †

Effectivement, quand Tom s'agite à l'intérieur de l'atelier, nous comprenons que la confrontation à son monde interne est source d'angoisse, et que, ce n'est plus possible pour lui de rester dans cette activité ni d'être avec le groupe: c'est le temps clinique du dehors.

Pour ces moments, nous avons prévu dans le cadre qu'un soignant soit présent pour accueillir l'enfant et ainsi permettre la continuité du lien.

A cet instant, nous passons d'une prise en charge groupale à une prise en charge individuelle.

Je suis la personne chargée d'accueillir Tom et d'encadrer son débordement à l'extérieur de l'atelier.



Le niveau d'angoisse de Tom que j'évalue en prenant le relais oriente les propositions d'activités que je lui fais.

S'il n'est pas trop persécuté ou déstabilisé, Tom peut à nouveau accéder à la pensée et nous élaborons ensemble une activité. Je donne à Tom un nouvel espace de jeu et lui fais des propositions. Grâce à mon étayage, il peut choisir et ainsi reprendre la maîtrise qui le protège de son angoisse. Tom se récupère en étant acteur dans un support médiateur plus calmant et valorisant pour lui. Le jeu de détective qu'il choisit devient source d'une autre nouvelle interaction, il est présent à lui-même dans l'instant, et nous pouvons à nouveau communiquer et jouer.



Mais d'autres fois, même l'activité en individuel est menaçante. Dans cette situation, je décide de mettre plus de distance entre Tom et moi. Je me mets dans la pièce à côté tout en observant comment Tom réagit. Encore une fois Tom va me montrer qu'il a besoin de décider la relation. C'est lui qui va prendre l'initiative de rechercher le lien. Il se saisit du téléphone et m'appelle. Il vient de trouver un nouveau mode de communication.

De mon côté, je fais preuve de souplesse pour donner à Tom les moyens de trouver la distance qui est sécurisante pour lui. Dans ce jeu relationnel, j'essaie de rejoindre l'enfant là où il est.

D'autres fois Tom peut s'agiter et devenir menaçant. Je me trouve ainsi à contenir Tom par le «non». Cela le fâche et moi aussi je me fâche. Nous avons quelques confrontations où le «non» que je lui signifie est accompagné d'un état émotionnel réciproque ! Tom fait l'expérience que nous nous fâchons mais qu'il n'y a pas pour autant rupture du lien.

Car si nous pouvons continuer à communiquer, Tom et moi, c'est grâce aux différentes scènes, aux différents intervenants et à la mise en place de cadres adaptés à sa souffrance psychique.



Afin de faire sentir à Tom qu'un lien élastique et flexible se maintient entre lui et moi mais aussi avec Christophe, il m'a paru important de nous réunir tous les trois dans un autre cadre : le repas thérapeutique.

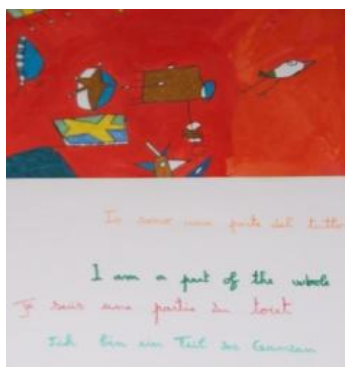
Cette idée vient aussi du fait qu'à l'extérieur du CITE, lors des sorties, j'ai observé que Tom est très curieux de nos discussions. Nous lui offrons l'occasion de les partager, de vérifier que nos échanges trouvent des accords.

Donc, nous nous retrouvons autour du repas thérapeutique où Tom se confronte à deux adultes, une femme et un homme.

Bien sûr, pendant ces repas Tom teste continuellement le cadre et la relation mais dans sa résistance (il refuse de manger) il est le témoin de notre plaisir à être à table ensemble.

Au fil du temps, son angoisse s'étiolera ce qui permettra à Tom de lâcher sa maîtrise. Il s'autorisera à se servir tout en précisant que ce n'est pas bon, la cuisine de maman étant bien meilleure.

A partir, de ce moment, Tom commence à développer une relation de confiance. L'alliance thérapeutique devient possible et c'est ainsi que dans cet espace certains projets d'activités naîtront.



En conclusion, je voulais dire, que la relation de confiance prend sa source avant tout au sein de l'équipe soignante. C'est en communiquant entre nous, soignants, que nous crocheton un lien invisible qui a pour effet d'être contenant et structurant pour les patients et donc pour Tom.

Pascal † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † † †

En conclusion

Ce travail avec ces jeunes patients réclame des compétences soignantes spécifiques. L'activité de médiation est considérée comme un facteur structurant de la communication.

En ce sens, ne sommes-nous pas alors comme le dit le psychanalyste Paul-Claude Racamier : « Des ambassadeurs de la réalité » ?

Bien sûr, les fonctions contenant et pare-excitantes sont essentielles, comme l'est la fonction de réceptacle à cette crise considérée comme un moment fécond.

Mais pour rejoindre le sujet ou il est, c'est avant tout notre « plasticité » de soignant qui va être éprouvée... La métaphore du roseau - qui plie mais ne rompt pas - sied bien à la fonction de soignant qui exerce au CITE. Etre soignant au CITE, c'est posséder cette propriété malléable, la joindre à la rigueur et l'attention, mais c'est également, dans cette complexité, éprouver beaucoup de frustration dans ce travail simultané du lien et de la rupture.

Soigner au CITE serait-il un art ?

Au delà de nos savoirs et de notre expérience, c'est reconnaître humblement que l'enfant nous enrichit avec ce qu'il dépose de son récit et de son histoire. Les sciences humaines nous enseignent « l'Enfant » avec un E majuscule mais au CITE chaque enfant participe à la construction de notre pratique quotidienne afin de faire de nous des experts de la crise.

Pour conclure je laisse la parole à Michel Serres qui dans son livre les cinq sens nous explique :

« A partir d'un certain âge, la science doit répondre des enfants. Sort le savant, voici l'enfant » Michel Serres

« Les émotions, bien connaître les siennes pour mieux gérer les leurs »

*Mme Tarja Cachelin, ICUS; M. Frédéric Lambelet, éducateur;
Dr Laurent Holzner, médecin adjoint*

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents (CTJA), Av. Beaumont 48, 1012 Lausanne

Cet article, publié initialement dans la Revue des Hôpitaux de Jour et des Thérapies institutionnelles, est publié dans « L'Écrit » avec l'autorisation des responsables de la Revue des Hôpitaux de Jour.

Tarja CACHELIN, Dr Laurent HOLZNER, Frédéric LAMBELET, Les émotions bien connaître les siennes pour mieux gérer les leurs, Revue des Hôpitaux de Jour et des Thérapies Institutionnelles, n° 13, 2011, Verviers, pp. 42-46

Résumé

L'adolescence est une période de modification profonde du vécu émotionnel, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. La pathologie mentale vient, de plus, compliquer le processus de gestion des émotions, dans les excès ou les débordements; du côté des agirs, ou des manques, du côté de l'abrasion des affects ou de l'alexithymie. Les mouvements émotionnels suscités chez les soignants par les adolescents en souffrance sont colorés des mêmes excès. Pouvoir les reconnaître, les accepter et les gérer de manière souple et modulée nous offre de précieuses informations sur ce que vivent nos patients et leur permet de percevoir et de mesurer leurs effets à travers un miroir et ainsi percevoir une part de leur fonctionnement. Cette capacité soignante a des vertus pare-excitantes et constitue un modèle de gestion des émotions que nos patients adolescents peuvent intégrer. Des ateliers prenant en compte la gestion des émotions complètent ce travail ardu du soignant, qui mobilise son énergie et vient se questionner au plus près de ce qu'il vit et ressent dans sa fonction.

Mots clés : Mouvements émotionnels – Adolescence – Miroir - Fonction soignante.

Introduction

Un hôpital de jour accueillant des adolescents peut ressembler à une marmite où bouillonnent une multitude d'émotions en tous genres. Les adolescents découvrent de nouveaux ressentis émotionnels qui peuvent facilement les déborder. Les soignants sont baignés dans ces mouvements browniens qui entrent en résonance avec leurs propres émotions. L'adolescence s'accompagne de modifications profondes dans le vécu émotionnel, tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Les émotions se complexifient et s'intensifient, le système de régulation est encore immature, d'où les fréquents débordements à l'origine des agirs. Ces émotions sont affectées dans les pathologies mentale, souvent en excès, tels les troubles des conduites, les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, mais également en « moins » ou en inapproprié dans le cas des psychoses. En éponge ou en miroir, les émotions chez les soignants sont colorées des mêmes excès ou des mêmes manques. Elles sont précieuses pour mieux comprendre le fonctionnement de l'adolescent. Elles renvoient à une partie personnelle du soignant, sa propre adolescence, et à une partie professionnelle, sa vocation soignante. Comment les soignants peuvent-ils avoir une fonction de miroir, métabolisateur et apaisante ?

Présentation du CTJA

Le Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA) fait partie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), tout en étant rattaché à la Faculté de Médecine de l'Université de Lausanne. Il comprend une unité de pédopsychiatrie générale (ambulatoire et hospitalière), une unité de pédopsychiatrie de liaison, ainsi que d'autres unités transverses. Le CTJA, qui en fait partie, est un hôpital de jour du SUPEA qui accueille jusqu'à 18 adolescents de 13 à 18 ans à temps plein ou à temps partiel, en parallèle à une reprise scolaire ou professionnelle. Une classe d'enseignement spécialisé (SESAP, service d'enseignement spécialisé et d'appui à la formation) en fait partie et des adolescents y suivent un programme leur permettant de consolider et maintenir leurs acquis. Les adolescents accueillis souffrent de diverses pathologies psychiatriques de l'ordre de la psychose, de la phobie scolaire, des troubles thymiques, ainsi que des troubles de la personnalité, ou de la dépression. La prise en charge globale se fonde sur un projet individuel apte à favoriser une reprise évolutive la plus rapide possible. La durée de la prise en charge est variable, de quelques mois à une année parfois.

Profil des adolescents accueillis : Au CTJA, toutes les indications sont médicales. Les adolescents sont généralement déscolarisés ou en voie de l'être, pour qui le suivi en consultation ambulatoire s'avère insuffisant mais ne relevant pas pour autant d'une hospitalisation à temps plein.

Le programme des soins : La prise en charge du CTJA s'organise autour d'activités thérapeutiques, d'entretiens individuels, d'entretiens de famille et d'une scolarité adaptée et individualisée. Un système de référence triple, soignant – thérapeute – enseignant, met en lien ces différents niveaux autour du patient. Le programme de soins offre un menu varié, dont l'efficacité ne se situe pas nécessairement là où on l'attend. Le centre se veut ouvert à l'inattendu, à la surprise, son cadre est malléable et adaptable. Il soutient, il revalorise. A la fois, le processus de soins invite à la tolérance, aux exigences, à la créativité, ainsi qu'à une communication plurimodale.

L'approche créative opère chez les adolescents, bien sûr, mais également chez les soignants au travers d'une perspective de co-construction. Ainsi, au delà du contenu du programme, ce sont les efforts des soignants quant à sa mise en œuvre qui sont primordiaux.

Les objectifs de soins impliquent une double exigence, dans la nécessité de traiter une pathologie, soit de libérer des entraves et de relancer un processus, ceci parmi les enjeux de l'adolescence, individuels, familiaux et sociaux.

Les objectifs s'adaptent aussi à une double contrainte en abordant un programme à la fois commun et pensé sur mesure. La suite de ce texte présente deux vignettes cliniques illustrant la métabolisation émotionnelle au travers des prises en charge.

Kevin sur le chemin d'une maturité affective

Le monde du savoir est l'objet d'une co-construction, dans lequel un contenu seul ne suffit pas. Le savoir se réalise dans l'interaction. Il naît de l'expérience, de la pratique et de concepts théoriques. Bien souvent, les blocages face aux apprentissages sont davantage liés aux aspects affectifs qu'aux aspects cognitifs. En référence à Vygotski, pour qu'un enfant puisse se développer, il y a besoin de maturité affective, il faut un dedans, il faut un monde de croyance. En m'intéressant au développement d'un enfant, je dois moi-même cheminer vers un développement personnel. Je dois viser une prise de conscience.

Pour le faire, j'ai besoin, comme l'enfant, d'un cadre qui puisse contenir, à créer ou qui puisse être créé pour moi. C'est dans ces conditions de sécurité psychique que je pourrai cheminer avec l'enfant, avec l'adolescent.

Kevin est un adolescent de 15 ans suivi au CTJA depuis juin 2007, en raison d'un trouble envahissant du développement évoluant vers une psychose d'allure schizophrénique. Kevin nous touchait en raison de sa souffrance psychique massive et de son incapacité à établir des liens sociaux et relationnels avec ses pairs. Dès son admission, cet adolescent élaborait des stratégies de défense très inadaptées, (éviter, phobie sociale...). De plus, il se distinguait par un déni de sa pathologie, de ses difficultés, de l'importance de socialiser (pour un adolescent de son âge). Ajoutons que Kevin souffre d'une incapacité à suivre une scolarité ordinaire. D'autre part, sur le plan familial, il évolue avec des parents séparés dans un contexte de négligence et de maltraitance psychique et relationnelle.

Dans cette vignette clinique, j'ai choisi de me centrer sur les dessins que Kevin a réalisés tout au long de sa prise en charge, en tant que vecteur subjectif, permettant un accès à son univers riche en émotions. C'est autour de cela que nous nous sommes rencontrés. Un parallèle existe entre ce qu'un peut exprimer et ce qu'il peut nous faire vivre en tant qu'équipe, mais aussi en tant que personne.

Il est vrai que Kevin se réfugie régulièrement dans le dessin, particulièrement lorsque la réalité institutionnelle, sociale et relationnelle le confronte trop. Il produit parfois de manière libre, et parfois, plus péniblement, contraint à se soumettre aux consignes de l'adulte. Son casier déborde de productions artistiques. Il lui arrive de les montrer à autrui, cherchant la relation ou sollicitant l'avis de l'autre. Il arrive même que ses dessins soient offerts, comme un don, comme une partie de lui-même. Plus fréquemment, il les cache, comme un trésor dans un jardin secret. Parfois il les oublie afin qu'un autre les trouve. Certains autres sont parodie d'un pair qui le persécute, affichés en tant que vengeance ou humiliation et conduisant rituellement à une nouvelle punition.

A plusieurs reprises, Kevin a dessiné ma caricature d'éducateur, figure d'autorité à laquelle il ajoute l'inscription suivante « les yeux du tigre ». J'ai parfois la désagréable sensation d'être moi-même persécuteur. Il est vrai que nous travaillons avec le concept proposé par Ellis de renforcement positif, mais il arrive, que poussé par un débordement émotionnel et par la colère, je le sanctionne, ce qui reste contraire à mes principes éducatifs, alors que je voudrais être un repère rassurant pour cet adolescent.

A son admission, Kevin était fortement isolé et restait enfermé dans les WC, tant la crainte de socialiser était forte. Ses dessins m'évoquent la mort et la tristesse lorsqu'il illustre un monde de fantômes et de squelettes, un monde dont les personnages ne peuvent être dessinés en couleur. Ces derniers sont souvent munis de tronçonneuses ensanglantées, rouges de colère. Lorsqu'il dessine Terminator qui mitraille, il explique qu'on ne peut pas rigoler pas avec lui. Il est tout puissant, à l'image de ce qu'il souhaite parfois faire endurer aux autres camarades, qui selon lui se moquent de lui. A d'autres moments, Kevin donne l'impression d'évoluer dans un jeu vidéo dans ce monde dans lequel les exercices de socialisation semblent si difficiles. C'est d'ailleurs visible lorsqu'il écrit sous ses dessins de Mario Bros « si tu frappes Jacques, tu gagnes une carte magique.... », comme s'il fallait féliciter celui qui serait apte à faire du mal à certains adolescents du centre. A ce jour, il n'est pas possible de garantir que Kevin puisse parvenir à se contenir face aux éventuelles moqueries, ce qui handicape son autonomie, particulièrement dans les transports. Le jeune se déplace en taxi.

Au travers d'une autre production artistique, la psychose transperce. Kevin évoque la honte et la culpabilité, invitant le spectateur à découvrir un monde de super héros, auxquels il ajoute une annotation « heureux d'être un robot, mais je suis un naze » associés à un article découpé dans un journal qui parle d'un « pénis vraiment trop petit ». Systématiquement, les créations de Kevin baignent dans la peur. Son univers est angoissant, il est composé de monstres, de cafards, de dragons et de personnages perdus dans le vide, envahis par la terreur.

Durant sa prise en charge, l'équipe et certains jeunes ont été victimes de plusieurs agressions, de manifestations violentes à l'image de ce que Kevin doit subir en tant que victime de sa souffrance psychique.

Dans d'autres dessins, il est possible d'identifier des émotions plus positives comme la joie. En effet, il s'exprime avec de plus en plus d'humour, de plaisanteries, même s'il reste parfois sarcastique. Quelle énergie a-t-il fallu déployer pour que Kevin accepte une consigne de l'adulte au sein de l'atelier dessin ! Pour travailler sur une technique à l'huile sur le thème de la couleur, selon Rothko. Tel un contenu dans un contenant, Kevin réalisera un pastel à la craie, sous la contrainte des consignes de l'adulte, représentant un paysage de notre Lavaux régional. Ce travail se distingue clairement de ce qu'il dessinait à ses débuts. Les créations datant de sa période d'admission au CTJA n'avaient pas d'environnement, tel un désert psychotique dans lesquels les personnages flottaient dans le vide.

Enfin, les dessins s'accompagneront d'une pensée qui se sexualise. Kevin va inventer deux supers héros : un homme et une femme, qui appartiennent selon lui à une seule et même force, un personnage double. Ils possèdent chacun le même ADN et ne peuvent par conséquent pas se reproduire. Kevin ajoute, d'autre part, qu'ils ne vivent pas dans la même dimension. Cependant, il est envisageable qu'ils puissent un jour se rencontrer, advenant le cas où ces différentes dimensions se rejoignent dans la même réalité. A ce stade, l'espoir redynamise.

Dans le cadre de son projet de développement identitaire sur la plateforme informatique e-portfolio du CTJA, Kevin réalise une BD à l'image de ce qu'il vit. La BD est construite à l'aide de photographies qu'il a prise de lui-même, qu'il a assombries afin qu'on ne puisse le reconnaître. Il précise qu'il est important de comprendre sa BD dans l'esprit des séries noires qu'il aime tant, et qui font partie de l'univers culturel propre à sa famille. Il inscrit un texte évocateur de sa psychopathologie : « Ma vie est merdique, beaucoup de gens disent que la vie vaut la peine, ils ont tort, complètement tort. Je m'appelle Kevin, ne me demandez pas pourquoi, vous vous seriez coupé les veines avec une lame d'un cutter, à ma place vous vous seriez castrés avec un couteau de cuisine et vous auriez grattés vos yeux avec vos ongles. Moi je ne l'ai pas fait. Vivre la vie de l'adolescence n'est pas simple, mais j'arrive à faire avec, je dois être fou, mais je le respecte. »

Autour de la prise en charge de Kevin, un réseau de soin s'organise, articulant médecins, généralistes, psychiatres. En plus de la scolarité offerte au CTJA, une étroite collaboration avec les Directions des écoles permet la mise en place d'un enseignement à temps partiel ainsi qu'un enseignement spécialisé individuel, suite à l'échec d'une intégration scolaire impossible dans le milieu ordinaire.

L'adolescence est un temps où les émotions vécues changent profondément. En effet, les jeunes vivent de nombreuses émotions fortes en intensité comme en nombre. Tel est le cas de Kevin. Nous y avons accès en tant qu'équipe thérapeutique, soignante et enseignante, au quotidien.

Parmi tout ce que nous proposons aux adolescents, c'est au travers des diverses activités que nous pouvons les observer. Parfois c'est dans le cadre de l'ergothérapie, de l'entraînement aux habiletés sociales, du sport ou de la classe que nous y avons accès.

De manière évolutive, la prise en charge s'adapte au rythme de la pathologie de Kevin, qui vient compliquer de manière excessive la gestion de ses émotions. En tant qu'éducateur, je suis exposé à ces débordements émotionnels, à ces excès. Ces derniers agissent de manière transférentielle et influencent ma manière d'être au travail, comme ailleurs, d'ailleurs.

En fait, je suis en colère lorsque Kevin me menace, lorsqu'il qu'il me montre le poing, lorsqu'il m'insulte ou lorsqu'il terrorise mes collègues. Je suis triste de sa solitude, de le savoir en souffrance. J'ai peur qu'il m'agresse, j'ai peur qu'il se mette en danger, j'ai peur qu'il ne parvienne pas à se socialiser, à se soigner. Je suis heureux lorsqu'il parvient à faire de petits progrès, lorsqu'il est reconnaissant, lorsqu'il évolue, lorsqu'il

rigole sans excès; c'est si rare. Je suis surpris par ses réactions inattendues, par son intelligence, par ses peurs. Je suis étonné de sa capacité à être en relation avec moi ou de la tendresse qui existe parfois entre son père et lui. J'ai honte du retard que j'ai pris dans la rédaction de son déroulement de son séjour, alors même que mes textes de synthèses sont réussis. J'ai honte de le punir, de lui crier dessus. J'ai honte de ne pas avoir mieux réussi que ses parents sur le plan éducatif, j'ai honte de les avoir jugés par moments. Je ne me sens pas coupable dans le cadre de la prise en charge...peut-être un peu, mais je ne sais pas vraiment en quoi. Je suis dégouté de sa manière de manger le poulet, je suis dégouté d'avoir à subir un père si procédurier et si suspicieux. Je suis dégouté de devoir collaborer avec un enseignant extérieur qui ne participe pas adéquatement aux objectifs du travail en réseau. En côtoyant une psychose de l'enfance de si près, je suis déçu de me retrouver au cœur de triangulations avec les parents de cet adolescent, au centre de conflits et de tensions entre collaborateurs. Je suis déçu de ne pas avoir davantage de reconnaissance face à mon investissement, mais je suis fier d'être son éducateur et fier d'être en relation avec un jeune qui me touche.

Ainsi, en termes de résonances émotionnelles, il est fréquent d'observer en moi-même les mêmes excès ou débordements. A l'image de ceux de Kevin, ma pratique professionnelle inclut des mouvements de démotivation. Parfois, coupé de ce que je ressens, en position de retrait, je me surprends en affects abrasés. Certes, ces états émotionnels sont intenses et s'alternent au fil de la prise en charge. J'essaie de conscientiser, d'analyser mon ressenti, en équipe, et d'utiliser mes contre attitudes au service des soins éducatifs, que je tente d'offrir à Kevin et sa famille.

Face au système immature de régulation émotionnelle de Kevin, ce que je ressens me permet de mieux comprendre son fonctionnement, grâce aux échanges avec lui, avec ses parents, avec ses thérapeutes à l'extérieur ou encore avec mes collègues. Je peux alors faire la part des choses entre ce qui m'appartient et ce qui vient de lui, face aux nombreuses émotions que je vis en interaction avec lui, tout au long de la prise en charge. C'est aussi au travers des lectures théoriques et de la formation qu'il est possible de mieux comprendre la pathologie de Kevin, et parfois d'y trouver du sens. Ajoutons que l'expérience éducative et relationnelle aide à mieux connaître qui est Kevin avec ses particularités et ses spécificités.

Le travail pluridisciplinaire favorise la métabolisation entre ce qui m'appartient et ce qui appartient à Kevin. J'arrive enfin à mieux comprendre ce qui fait peur à Kevin, ce qu'il craint ou encore ce qui le rend triste, afin de trouver des réponses adaptées à ses agirs pour lui offrir un cadre sécurisant et des espaces pour exprimer au mieux ce qu'il ressent.

De même, les retours de mes collègues sur ma manière d'agir avec Kevin me permettent d'identifier l'objet de mes colères ce qui aide à les désamorcer. De même, face à mon sentiment d'impuissance, j'arrive à réadapter mes objectifs et mes attentes parfois trop ambitieux pour me focaliser sur les petits succès réalisés. Le fait de transformer des émotions négatives en tolérance permet, par empathie, de mieux accueillir les émotions de Kevin. Ajoutons que la rédaction de présynthèses et de synthèses, permet une mise à distance, une métacognition qui facilite la restitution émotionnelle, part acceptable, utile à Kevin. Le fait d'identifier ce qui, chez Kevin, colonise mon vécu, ce qui est de mon histoire ou de ma vocation professionnelle, me permet d'effectuer une synthèse apte à apporter une réponse adéquate à Kevin. C'est en lui restituant professionnellement sa propre émotion que mon attitude éducative, à distance adéquate, assure un cadre contenant et que mon empathie assure un contenu guidé par le sens. Je ne suis pas détruit, j'identifie et je restitue, ainsi Kevin peut mieux gérer ses émotions.

Le CTJA propose un dispositif, impliquant un encadrement sécurisant, riche en interactions, en intervision, en supervision et en formation. Afin qu'un tel dispositif puisse fonctionner, il est capital de penser interdisciplinairement. Une telle organisation favorise des collaborations qui permettent une gestion émotionnelle aussi bien pour les soignants que pour les patients. Ce travail suppose des valeurs fondamentales dans les soins, la relation aux patients, aux parents ainsi qu'aux collègues. Ces valeurs sont le respect, la

confiance et le co-partenariat. Un tel travail nécessite également de la persévérance et la patience, ainsi qu'un ensemble de qualités parmi lesquelles s'intègrent l'amour du travail et l'humanisme. En définitive et dans la mesure du possible, il s'agit d'être authentique vis-à-vis de nos propres émotions.

Julien enfant roi enfant tyran

A 16 ans ½, après deux années passées la plupart du temps à domicile, sans contact aucun avec l'école ou le milieu professionnel, Julien ne comprend plus lui-même ce qui lui arrive.

Effectivement, il ne mène pas la même vie que ses pairs, ni même que sa sœur qui sort, qui voit des amies, qui va à l'école et qui grandit.

Pour lui, c'est comme si le temps s'était arrêté. Retranché dans son cocon familial, aucune issue ne semble exister. Des parents démunis, qui ne comprennent pas non plus ce qui peut bien arriver à leur fils.

Grâce à un dispositif de soins dans le milieu pour adolescents et grâce à beaucoup de savoir faire et de patience de la part d'une infirmière qui rendit visite à Julien durant près d'une année, Julien parvient à entrer en contact avec le CTJA. Je dis bien entrer en contact, car pour y mettre les pieds, cela sera encore une autre affaire.

Nous avons alors usé de stratégies aussi diverses que créatives pour amener ce jeune homme à l'allure d'une personne très sûre d'elle et maîtrisant le monde qui l'entoure à se positionner en tant que demandeur d'aide pour se sortir d'une situation somme toute assez confortable aux premiers abords.

Une chambre propre et douillette, un ordinateur, une télévision, un réfrigérateur se remplissant tout seul, des repas arrivant tout prêts sur la table et du linge propre rangé par magie régulièrement dans son armoire.

Alors pourquoi sortir de cela ?

Pour avoir à faire à des personnes qu'il ne connaît pas, avec lesquelles il va devoir faire l'effort de communiquer même si il n'en a pas l'envie, ou pire, rencontrer des personnes qui lui demanderont peut être même de faire des choses qu'il n'aura pas décidées ?

Non, ce n'était franchement pas un programme très attrayant pour Julien.

Comment éveiller son envie de changer sa situation ?

Que pouvons-nous offrir à Julien qui ne demande rien ?

Nous allons devoir commencer notre travail en proposant à Julien de se pencher sur la question de ses envies.

Est-il possible qu'un jeune homme de 17 ans ne s'intéresse pas au monde qui l'entoure ?

Nous nous mettons alors dans la situation d'un adolescent de son âge afin de nous souvenir et de lui parler de ce qui nous faisait vibrer à cette époque.

Les sorties, les rencontres, les anniversaires.

Julien nous avoue qu'il était invité il y a quelques semaines à un anniversaire et qu'il aurait aimé y aller, sans se poser de question, mais c'est impossible pour lui, trop de craintes l'envahissent. Il n'ose plus aller vers les autres, où est le mode d'emploi ? Il ne l'a pas.

Nous lui parlons alors de nos sorties, en ayant bien en tête qu'il ne s'agit bien entendu pas de nous dévoiler entièrement, mais de partager un bout de notre expérience de vie avec lui, pour tenter de lui redonner le goût de la vie et également pour lui signifier que nous sommes prêts à venir un bout dans sa direction, en espérant qu'il fera de même.

Un lien de confiance se tisse alors petit à petit, tout d'abord imperceptible, ce qui rend la tâche bien difficile.

A force de patience, Julien, qui bouillonne d'envies et se sent peu à peu en confiance avec nous peut admettre que cette idée l'intéresse un tout petit peu, car finalement, à 17 ans, il aimerait par exemple bien rencontrer une fille...

Mais il reste encore du chemin car Julien a pris l'habitude d'obtenir des avantages en contre partie de tout effort fourni et même si il parvient à ressentir une envie naissante de changement, ses craintes sont encore tellement fortes qu'il peine à s'investir dans ce que nous pouvons lui proposer. Des activités avec d'autres jeunes de son âge, parfois à l'extérieur, dans un lieu, une ville qu'il ne connaît pas.

Et il y a le rythme que nous exigeons de Julien qui constitue une excuse de plus pour ne pas participer aux activités proposées. Julien est fort pour nous rappeler qu'il est extrêmement difficile de se lever tous les matins pour se rendre au CTJA, surtout pour faire plaisir à ses parents. Alors cet effort là, Julien ne le fournira que les jours où il aura décidé de le fournir ou, plus tard lorsqu'il commencera à se sentir légèrement coupable d'avoir joué durant 16 heures aux Jeux vidéo la veille au lieu de venir. Et pour les soignants, n'est ce pas parfois difficile de venir au CTJA le matin ? Et nous le questionnons : pourquoi viennent-ils tous les jours même lorsqu'ils se sentent fiévreux et affaiblis par un début de refroidissement ?

Julien nous traite de malades, il ne ferait jamais une chose pareille. Et puis nous sommes payés pour le faire, cela n'a rien à voir... Payez-moi, et je viens... dit-il le sourire aux lèvres !

Nous allons devoir lui manifester beaucoup d'intérêt et avoir beaucoup de patience et d'empathie pour qu'il puisse commencer à se sentir en confiance avec nous.

Nous lui rappelons sans cesse que sa situation n'est pas commune, nous imaginons que ce ne doit pas être facile tous les jours, « cela doit te manquer ne de pas voir d'amis, de ne pas sortir, rencontrer des jeunes de ton âge ». Et nous lui rappelons ce qui existe derrière les murs : un lac, des piscines, des cinémas, des forêts, des possibilités de faire du sport... Tant de chose que Julien a enfouies dans un coin de sa mémoire pour qu'elles lui manquent moins.

Et pourquoi est-ce que je sortirais, nous dit-il, il fait froid, j'ai un rhume. Sa mère est là pour nous rappeler que Julien est fragile, qu'il tombe malade facilement et cela conforte Julien dans son choix malheureux.

Mais alors, comment faire ?

Julien adore les chiens, il rêve de travailler dans la Police dans la section canine. Lorsque Julien sera attendu pour une sortie en montagne avec des chiens de traîneaux, alors qu'il rêvait d'une telle sortie et qu'il ne viendra pas, sans téléphoner pour nous prévenir car honteux de son choix qui n'en est pas un, nous ressentirons de la colère. Notre colère première se transformera rapidement en compassion car nous réalisons à quel point l'exercice qui nous semble facile aux premiers abords l'est difficile pour lui. Il craint de se retrouver dans un lieu qu'il ne connaît pas et sans échappatoire pour se retirer à la maison. De même pour le camp de ski où il ne viendra pas même si il aurait beaucoup aimé refaire du ski et passer du temps avec des pairs. Ses peurs sont encore trop importantes et sa fierté trop grande pour nous l'avouer.

Comment donner vie à ses rêves ?

Nous rappelons à Julien qu'un jeune homme de son âge devrait aller acheter ses cigarettes tout seul, nous rappelons également à sa mère qu'il serait utile qu'il y aille lui-même.

Mme est d'accord, mais c'est tellement nouveau, est-ce que mon fils en est capable ? C'est alors qu'apparaissent aux soignants les véritables craintes de Julien. Il n'a jamais rien fait tout seul, il ne sait pas téléphoner ni même demander un renseignement, il n'a jamais eu à le faire, il a toujours réussi à obtenir ce qu'il voulait par d'autres biais.

Il ne connaît pas sa ville, ne connaît qu'un seul chemin pour se rendre chez son père, évite les transports publics où l'on risquerait de le regarder de travers tant il imagine que son mal être est perceptible.

Nous sommes alors loin d'envisager que Julien puisse intégrer un stage professionnel ou une formation.

Forts de ces informations nous allons devoir jouer tout en finesse et nous montrer suffisamment rassurants pour qu'il puisse accepter de se confier sur ses craintes sans se sentir trop profondément dévalorisé.

Défensif, il prétend souvent qu'il est capable de tout faire, c'est juste qu'il ne fait que ce qu'il veut, et quand il veut et que, dans toute situation, si ce n'est pas lui qui décide, c'est peine perdue...

Derrière des airs de jeune homme sûr de lui, nous percevons une extrême sensibilité et une douleur importante de ne pas vivre comme les autres jeunes de son âge.

Dans son travail en atelier, nous remarquons qu'il a une difficulté importante à finaliser une création, il n'a jamais fini car son travail ne lui semble jamais assez parfait

Nous le questionnons pour savoir si il est nécessaire d'être aussi exigeant avec soi-même.

Nous, les soignants, nous nous amusons de ne pas réussir à dessiner aussi bien qu'eux, nous apprenons à rire de nous même afin de dédramatiser ce qui n'est pas parfait.

Nous valoriserons ces photos que Julien avez prises lors d'une balade avec le CTJA, elles sont très belles, comment peux-tu Julien nous faire encore croire que tu ne sais pas faire de photos ?

Valoriser les compétences d'un jeune homme qui est déjà fondamentalement centré sur sa propre personne peut paraître un peu paradoxal. Du règne du « Moi.moi,moi » nous allons tenter l'exercice de passer par le « toi, toi, toi » pour parvenir à un monde où Julien se retrouve au milieu d'autres en prenant conscience de l'existence de ceux-ci et en réalisant que son comportement a des conséquences sur les autres .

Nous allons le faire participer à des tâches ménagères, en lui renvoyant l'image du jeune homme égoïste et tristement centré sur lui-même qu'il nous donnait. Des tâches ménagères, il n'y en a pas beaucoup au CTJA mais bien assez pour certains. Dresser la table, débarrasser les assiettes, nettoyer les tables, ramasser les mégots sur la terrasse.

Pourquoi Julien devrait-il exécuter des tâches aussi ingrates alors que chez lui cela se fait tout seul ?

Nous lui demanderons également de penser à sa mère, qui n'a pas reçu beaucoup d'aide dans les tâches domestiques ces dernières années.

Nous lui rappelons que sommes dans un lieu communautaire. Voilà autre chose ; Julien n'a jamais demandé à vivre en communauté et encore moins à servir de « femme de ménage » pour les autres.

Mais lorsque Julien est fatigué et qu'il demande le privilège de recevoir un café, nous le lui servons avec deux sucres, et une petite serviette avec un sourire aux lèvres et Julien comprend très vite qu'il obtiendra ce qu'il

veut dans la vie si il parvient à donner un peu de sa personne également. Et il se mettra aux tâches ménagères comme les autres, s'amusant à faire du zèle lui aussi parfois, le sourire aux lèvres.

C'est à peu près là que nous pouvons dire qu'une relation de confiance s'est alors installée et nous pouvons commencer à nous amuser avec plaisir ensemble de tous ces fonctionnements d'enfant tyran que Julien reconnaît maintenant avec une certaine nostalgie.

Le tyran refait parfois surface, l'espace d'un instant, comme pour dire qu'on ne doit pas oublier d'où il vient, mais le goût de la découverte et l'envie de s'ouvrir au monde sont bien là et c'est un bien précieux à bientôt 18 ans.

Conclusion

Au niveau des interactions, les échanges relationnels entre adolescents et soignants sont imprégnés d'émotions et de sentiments. La peur, la crainte, la méfiance, la destructivité ou la tristesse caractérisent fréquemment les adolescents. Le plaisir, l'empathie mais aussi la colère et l'impuissance sont du côté des soignants. Ces émotions réciproques vont colorer les relations entre adolescents et soignants.

La fonction soignante comprend la capacité d'accueillir les émotions du patient, d'identifier son ressenti émotionnel, de pouvoir le métaboliser et d'en restituer une part « détoxifiée » ou « acceptable » (fonction alpha de Bion).

L'empathie est une condition nécessaire mais pas suffisante, elle constitue une trame de fond qui peut être modulée par d'autres attitudes. Toujours en termes d'interactions, les soignants doivent ainsi pouvoir identifier d'une part ce qui appartient à l'adolescent et qui colonise le vécu du soignant et ce qui appartient au soignant dans son histoire personnelle. Et d'autre part, ce qui appartient au soignant dans sa fonction ou sa vocation professionnelle, en lien avec le précédent niveau.

Les effets produits seront structurants et soignants. Le soignant n'est ni détruit, ni débordé, par l'émotion absorbée en miroir de ce que vit l'adolescent. Il peut l'identifier et la lui restituer, constituant ainsi cette fonction de miroir et d'identification des émotions. Cette restitution s'accompagne d'une attitude professionnelle qui permet à l'adolescent de gérer l'émotion. L'attitude éducative assurant un cadre contenant et /ou empathique assure un contenu guidé par le sens.

Bibliographie

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey : Engle wood Cliffs

Meltzer, D. (2006). *Études pour une métapsychologie élargie. Applications cliniques des idées de Wilfred R. Bion*, ed. Hublot.

Vygotski, L.S. (1997). *Pensée et langage*, ed. La Dispute

Pleux, D. (2002) *De l'enfant roi à l'enfant tyran*. ed. Odile Jacob

Membres du comité de L'Écrit :

Tarja Cachelin

Infirmière cheffe d'Unité de Soins

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA)

Didier Camus

Infirmier Spécialiste Clinique

Observatoire des soins

Catherine Cellier

Infirmière Spécialiste Clinique

Secteur Psychiatrique Ouest (SPO)

Yves Dorogi

Infirmier Spécialiste Clinique

Service de Psychiatrie de Liaison (PLI)

Jean-Philippe Duflon

Adjoint à la Direction des Soins du Département, Observatoire des Soins

Infirmier Chef, Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires (SMPP)

Marie Mc Cormick

Assistante Sociale

Coordinatrice du service social du DP

Françoise Ramseier

Infirmière Spécialiste Clinique

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Âge Avancé (SUPAA)

Danielle Romanens

Infirmière Clinicienne

Service de Psychiatrie Communautaire (PCO)

Alexia Stantzos

Infirmière Spécialiste Clinique,

Secteur Psychiatrique Nord (SPN)

Qwertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopa
sdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjklzxcvb
nmqwL'ertyuiopasdfghjklzxcvbnmqwertyu
iopasdfghjklzxcvbnfqwertyuiopasdfghjklzx
cvbnmqwertyiopasdfgÉhijklzxcvbnmqwerty
uiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasrdfghjk
lzxcvbnmqwertyuopasdfghjklcvbnmqwerty
uiopasdfghjklzxcvbnmqwertyuiopasdfghjkl
zxcvbnmqwertyiuiopasdfghjklzxcvgtaddj
nformeuwtfjsjfbfjvkgbrakddnfjknfnfnchgqpij
knarvzcpxqwbfpjknxyhdrnvipmartsdlgtfjka
jcptsrnymkdwlhdfstwundfsoencurhglpsbxq
twefd zjskxvadwyxmporfzhgikjvqwrhscxrb
fpjotzkqqewbdffdjn
ddnfjknfnftnchgqpijknarvzpxqwbfpjknxyhdr
nvipmartsdlgtfjka
dfsoencurhglpsbxqt
wefd zjskxvadwyxmpor
fzhgikjvqwrhscxrb
fpjotzkqqewbdffdjnfor
euwtfjsjfbfjvkgbrakddnfjknfnfnchgqpijknar
vzpxqwbfpjknxyhdrnvipmartsdlgtfjka
jcpts

Responsable de la publication :

Observatoire des soins DP-CHUV

Site de Cery, 1008 Prilly-Lausanne

<http://www.chuv.ch/psy/bpul>

dp.comitedelecrite@chuv.ch