

**Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française**

Rue Saint-Brice, 53,
7500 Tournai

SECTION : Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie

**SCIENCES SOCIALES ET HUMAINES APPLIQUEES EN
SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE :
METHODOLOGIE SPECIALE**

Cours appartenant à l'U.E. 1 (3)

APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES SPÉCIALES

Jean-François LALLEMAND.

 jfl@lereservoir.eu

<p style="text-align: center;">Formation de soignant en santé mentale et psychiatrie : Sciences sociales et humaines appliquées en santé mentale et psychiatrie : méthodologie spéciale</p>
--

PROGRAMME

A partir de situations concrètes de soins en milieu psychiatrique amenées par le chargé de cours et/ou les étudiants, l'étudiant sera capable :

- ◆ d'appréhender, dans le cadre de la relation soignant/soigné, des techniques de communication adaptées aux différents publics ;
- ◆ d'identifier des attitudes susceptibles d'améliorer la communication ou la relation entre le soignant et le patient psychiatrique ;
- ◆ de situer son action dans la concertation avec l'équipe pluridisciplinaire en tenant compte de l'environnement organisationnel ;
- ◆ de proposer des actions visant le maintien, la restauration et la promotion de l'autonomie de la personne malade mentale.

CAPACITES TERMINALES / ACQUIS D'APPRENTISSAGE

Pour atteindre le **seuil de réussite**, à partir d'une situation concrète de soins en milieu psychiatrique amenée par le chargé de cours ou par l'étudiant avec l'aval du chargé de cours, l'étudiant sera capable :

- ◆ de collecter les données, les analyser et les interpréter ;
- ◆ de proposer et de planifier des activités soignantes spécifiques qui s'inscrivent dans le programme de soins psychiatriques en y intégrant les aspects relationnels soignant/soigné ;
- ◆ d'argumenter sa proposition.

Pour la détermination du **degré de maîtrise**, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ la qualité de l'expression orale et/ou écrite ;
- ◆ la précision du vocabulaire utilisé ;
- ◆ la cohérence de l'argumentation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CHABROL Cl., RADU M., Psychologie de la communication et persuasion, De Boeck, 2008
DELION P., Thérapeutiques institutionnelles, Editions Scientifiques et Médicales - Elsevier, 2001
Ethique de la relation soignant-soigné. 1^{er} forum d'éthique médicale Colmar, Alsamed, 2005
GIFFARD D., Promotion d'un soin relationnel infirmier en psychiatrie, ou comment redonner son sens soignant à la parole infirmière, "*Perspectives Psy*" - Revue, vol. 49 n°3, 2010
GRIVOIS H., DAUCHY S., MATHIEU P., Urgences psychiatriques, Masson, 1997
LE CORPS Ph. - Education du patient. *Pédagogie Médicale*, 2004
QUENEAU P., MASCRET D. - Le malade n'est pas un numéro, Odile Jacob, 2004
TOSQUELLES F., Le travail thérapeutique en psychiatrie, Edition Eres, 2009
VAN CAMPENHOUDT L., QUIVY R., Manuel de recherche en sciences sociales, Dunod, 2011

PLAN DE COURS

I. La relation soignant-soigné et ses techniques de communication

I. A - La communication en milieu hospitalier

1. Langage et communication
2. Langue, langage et linguistique
3. Langage et inconscient
4. Désir et "je" de l'énonciation

I. B - La communication en psychiatrie

1. Relation, communication, information
2. Les maladies actuelles de la communication
Quelles sont les causes de cette carence ?
 - (1) Un remède légal
 - (2) Les remèdes humains
3. Zoom sur la psychiatrie avec le Pr H. LÔO

I. C - Le soin relationnel infirmier en psychiatrie

1. Introduction au soin infirmier
2. Pratique soignante
3. Les moyens institutionnels utilisés par l'infirmier

II. Attitudes et communication face au patient psychiatrique

1. Zoom sur l'admission d'un patient psychiatisable dans les situations d'urgence :
 - (1) Le sujet confus
 - (2) Le sujet amnésique
 - (3) Le sujet angoissé
 - (4) Le sujet déprimé et non suicidaire
 - (5) Le sujet délirant
 - (6) Le sujet stuporeux
 - (7) Le sujet réticente et mutique
 - (8) Le sujet agité
 - (9) Le sujet violent
 - (10) Le sujet menaçant
2. Zoom sur la mesure de contention.

III. La communication en équipe pluridisciplinaire et dans les services

1. Le système linéaire
2. Le système centralisé
3. Le staff
4. Au sein des services :
 - Les deux types de communication
 - Les trois axes de propagation des informations
 - Les causes des problèmes de communication institutionnelle
 - Les réseaux de communication dans les moments de réunion
5. Les types de réunion
 - Zoom sur les participants aux réunions
 - Quelques repères autour des réunions de service.

IV. Les actions visant l'autonomie de la personne souffrant mentalement

1. Zoom sur les groupes de self-help
2. Quelques illustrations de fiches pratiques

I. La relation soignant-soigné et ses techniques de communication

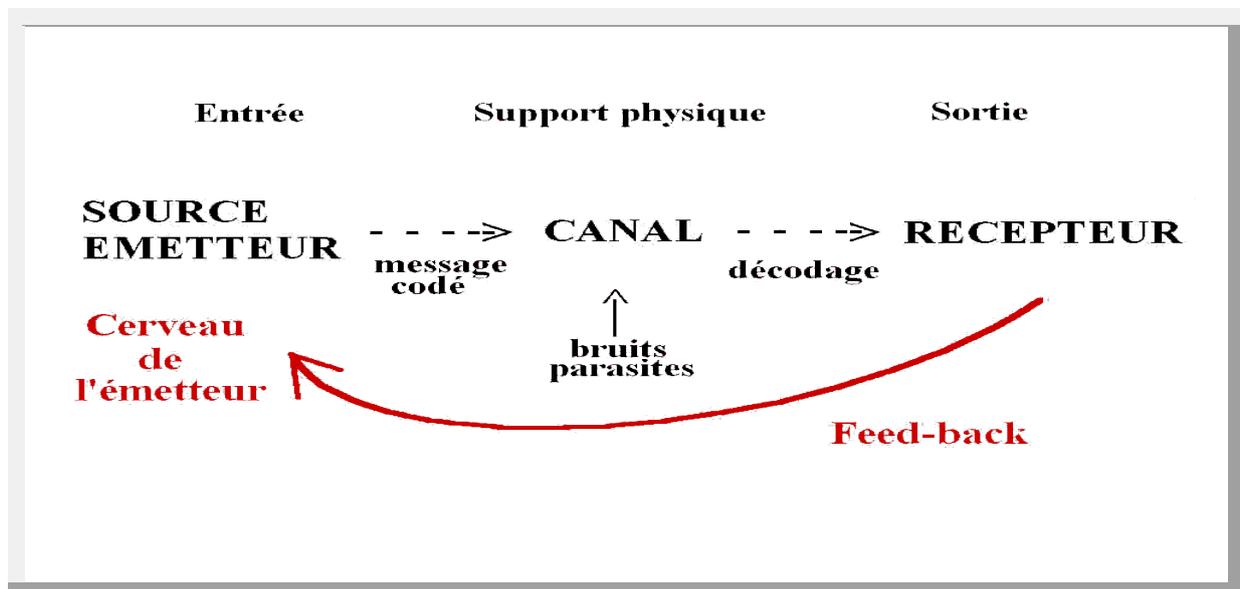
Ici, l'objectif se situe dans l'appréhension des techniques de communication adaptées aux différents publics du milieu hospitalier psychiatrique, cela notamment dans le cadre de la relation soignant-soigné.

I. A – La communication en milieu hospitalier

Communiquer, c'est avant tout "*entrer en communication avec l'extérieur*".

Si le code n'est pas commun, on ne se comprend pas. Étymologiquement, cela signifie : mettre ensemble, en commun. Pour que l'information soit transmise, il faut que les deux termes de la communication aient un code commun. Donc qu'ils aient les mêmes éléments de connaissance. Il faut aussi qu'il y ait intention de communication.

Schéma de C. Shannon et W. Weaver (1948) :



La communication est une conduite psychosociale visant à transmettre une information par l'emploi du langage, des gestes, des attitudes ou des mimiques.

Dans la communication, on part avec quelque chose de très large et à l'arrivée très peu de choses sont perçues. La réponse donnée par le récepteur est la garantie que l'émetteur a été compris ou non : c'est le "*feed-back*" - qui pourra être positif ou négatif. La communication est somme toute une série de feed-back successifs.

L'information : c'est le contenu du message. Une information est riche quand son contenu est improbable, nous apprend quelque chose. L'information c'est la grandeur mathématique de la communication. Pour qu'il y ait compréhension d'un message, il faut qu'il y ait redondance, ce qui permet de ne pas soutenir continuellement l'attention. Si une phrase n'est pas bien comprise, on pourra néanmoins comprendre par une autre. La redondance est un système pré-correcteur de l'erreur. Pour qu'une information soit comprise, il faut qu'il y ait un équilibre entre la richesse mesurable de l'information et la redondance.

La distance et la relation : il y a des possibilités de communication à des distances et des époques différentes. Ainsi peut-on regarder un acteur à la télévision alors qu'il est mort déjà. Dans la relation de face à face, il y a la notion de territoire. C'est un espace vital que l'on défend contre l'intrusion d'un membre de la même espèce. La distance relationnelle diminue dans le contact, qu'il soit affectif ou agressif.

Le message : il pourra être verbal ou écrit, et donc codé. Ce sont les mots de la langue. Il pourra aussi être non-verbal (très souvent associé au message verbal). Ce message non-verbal va compléter l'information. Il peut alors être codé ou non-codé. Les signes non-verbaux non-codés sont les expressions des pulsions et des sentiments, sans qu'aucune convention ne préside à leur émission. La transmission se fait ainsi par l'intermédiaire des vibrations de la voix, de la couleur du visage, des mouvements des mains, du positionnement... etc.

Dans la relation soignant-soigné :

1. Verbal codé : comme l'entretien infirmier, les conseils du soignant, les diagnostics, les prescriptions médicales, ...
2. Non-verbal codé : la prise de médicaments, le respect et port de la blouse blanche, lieu, positionnement, ...
3. Non-verbal non-codé : expressions affectives ou agressives, types de comportement, même si par exemple plusieurs patients ou plusieurs soignants usent d'un même type de comportement.

Fonctions du message

1. **Fonction expressive** centrée sur le jeu du locuteur. Sa parole est alors la seule référence ;
2. **Fonction d'appel** ou d'incitation centrée sur l'auditeur. Ce qui prime c'est la deuxième personne, celle qui écoute ;
3. **Fonction référentielle** symbolique. Référence extérieure. L'objet dont on parle peut être présent ou absent ;
4. **Fonction phatique**. Elle a pour but de maintenir le contact (formules de politesse, ...) ;
5. **Fonction métalinguistique**. Analyse du code lui-même, paraphrasant un énoncé (répétition d'un même contenu sous une autre forme, explication d'un terme médical, ...) ;
6. **Fonction poétique** ou ludique. Plaisir de parler.

Selon R. Jakobson (1896-1982), ces six fonctions sont solidaires et se combinent entre elles.

1. LANGAGE ET COMMUNICATION

Le signe est un élément de code qui a un sens (lettre, ponctuation, compendium, ...). Tout peut être un signe pourvu que cela renvoie à un sens. On distingue trois sortes de signes différents :

- L'**indice** : il établit un rapport non-finalisé. Ce n'est pas un rapport intentionnel. Par exemple "les larmes" sont l'indice de tristesse. Il n'y a qu'un rapport de causalité. Il est interprétable.
- Le **signal** : il établit un rapport de finalité. Il y a un code qui permet de signifier. Par exemple "prise de température, réflexes conditionnés, ... etc."
- Le **symbole**. Il y en a de deux sortes :
 1. Le symbole abstrait, comme un chiffre, une lettre, un symbole mathématique, sans aucun lien naturel avec le représenté ;

2. Et le symbole analogique, comme la balance de la justice, le lion comme symbole de force... Le symbole analogique concerne le langage d'un clan comme le clan médical !

La communication paradoxale : c'est une communication dans laquelle les codes utilisés sont contradictoires. Le langage contraint deux fois sans qu'il ne soit possible de donner de réponse. L'individu doit sans cesse choisir entre la réalité de ses désirs et la perte de quelque chose de primordial chez lui. C'est une communication qui ne peut avoir de réponse. Par exemple la mère offre une chemise verte et une autre rouge à son enfant. Il met la rouge. La mère lui dit : "*tu n'aimes donc pas la verte ?*". Le lendemain il met la verte. La mère lui dit : "*tu n'aimes déjà plus la rouge ?*".

Ou bien par le langage on peut dire certaines choses, mais par le gestuel on contredit carrément la parole. La communication paradoxale peut être positive (certains cas d'ironie, réponses à une impasse...) ou négative comme dans les familles psychotiques – La notion du double lien.

2. LANGUE, LANGAGE ET LINGUISTIQUE

Le langage est la fonction générale de communication. C'est le système des symboles verbaux et écrits sciemment créés. Le **langue** est le code lui-même correspondant à une culture donnée, apprise par l'éducation, extérieure à l'individu. L'individu ne peut modifier la langue comme il veut. Plus les langues sont vieilles, plus elles sont complexes. C'est la parole qui est la partie subjective de la langue. C'est l'acte de sélection individuelle. Ainsi :

- L'énoncé, c'est la parole.
- L'énonciation, c'est le fait de dire.

A. Le langage

Les centres du langage : le langage répond à une commande motrice volontaire. Il est dû à la contraction des muscles de la voie respiratoire. Ceci provoque un phénomène vibratoire, le "*son laryngé fondamental*", modulé pour former les mots. Les muscles n'entrent en activité que sous l'effet de l'influx nerveux.

L'ontogenèse du langage : ne peut s'effectuer que par la maturation du système nerveux. Le langage ne peut s'apprendre avant trois mois ni après deux ans. Le petit enfant doit avoir été plongé dans un bain sonore.

L'émission :

- La première émission de l'enfant est le cri indifférencié. Au cours du premier mois, il va se différencier en quatre sortes : le cri de colère, de faim, de frustration et de douleur.
- Dès la troisième semaine, l'enfant est capable d'émettre de faux cris de détresse.
- A partir de 2 mois, les cris se modulent – gazouillis - avec un jeu anarchique qui se stabilisera petit à petit, l'emploi de voyelles.
- A 5 mois, il y a emploi de consonnes. L'enfant relie gestes et mots.
- A 6 mois, il comprend des formules simples. Il y a émission de sons syllabiques, c'est le *babyl*.
- A 7 mois, apparaissent les syllabes dentales (te, de...);
- A 9 mois, c'est la prononciation du premier mot en tant qu'évocation. L'enfant entre dans la période linguistique. C'est le stade du mot-phrase.
- A 15 mois, le "*non*" est l'affirmation de son existence par opposition et par souci de différenciation.
- A 20 mois, viennent les mots associés.
- A 24 mois, il y a la découverte du verbe permettant les premières phrases. L'enfant apprend par analogie ("*assis*" au lieu de "*asseoir*").

A partir de cet âge, l'enfant utilise le "*je*". C'est le début de la conjugaison et l'enfant a acquis la structure grammaticale. Ceci recouvre, en référence à la stadologie freudienne, la période de stade anal avec l'apprentissage de la propreté et l'accession au symbolique.

B. La linguistique

C'est l'étude scientifique du langage, une science a été créée au XIX siècle par Ferdinand de Saussure (1857-1913), linguiste Suisse.

Le signe est composé de 2 éléments : le "*signifiant*" et le "*signifié*". C'est l'union d'une image acoustique et d'un concept.

1. *Sa*, le signifiant est un élément matériel sensible ;
2. *Se*, le signifié est un élément non-matériel non-sensible.

L'étude du signifiant est la morphologie, étude des formes.

L'étude du signifié est la sémantique, étude du sens.

Plus tard, a été ajouté un troisième concept, le "*réfèrent*", soit la chose dont on parle, la réalité concrète ou abstraite, l'objet du discours, ce à quoi on se réfère par exemple le contexte médical, l'environnement hospitalier.

Tout langage est arbitraire, y compris dans le milieu hospitalier psychiatrique. Il n'existe pas de lien naturel entre le signifiant et le signifié. Le signifiant n'imité pas le réel, le rapport est un rapport de signification. Le mot met à distance la chose signifiée.

Tout langage est linéaire : il se construit dans le temps de manière irréversible.

Les unités de la langue sont dites "*discrètes*". Elles sont isolables les unes des autres. C'est matérialisé par le blanc dans l'écriture, ou la pause dans la parole comme quand on annonce quelque chose de grave au patient.

Zoom sur la connotation : c'est un surplus de sens qui n'est pas contenu explicitement dans le signifié. C'est un complément linguistique extra-lexical. La connotation nous renseigne sur le locuteur, sur le langage lui-même, sur la situation, l'intention et l'état affectif, sur la provenance géographique, la couche sociale. C'est un rectificatif de l'erreur. Ainsi dans l'ironie, c'est le ton du locuteur qui nous renseigne sur le message exact. La connotation peut infirmer ou confirmer. On trouve la connotation dans le débit, l'intonation, la ponctuation, le timbre, l'accent, la construction syntaxique, le niveau de langue, le style, ...

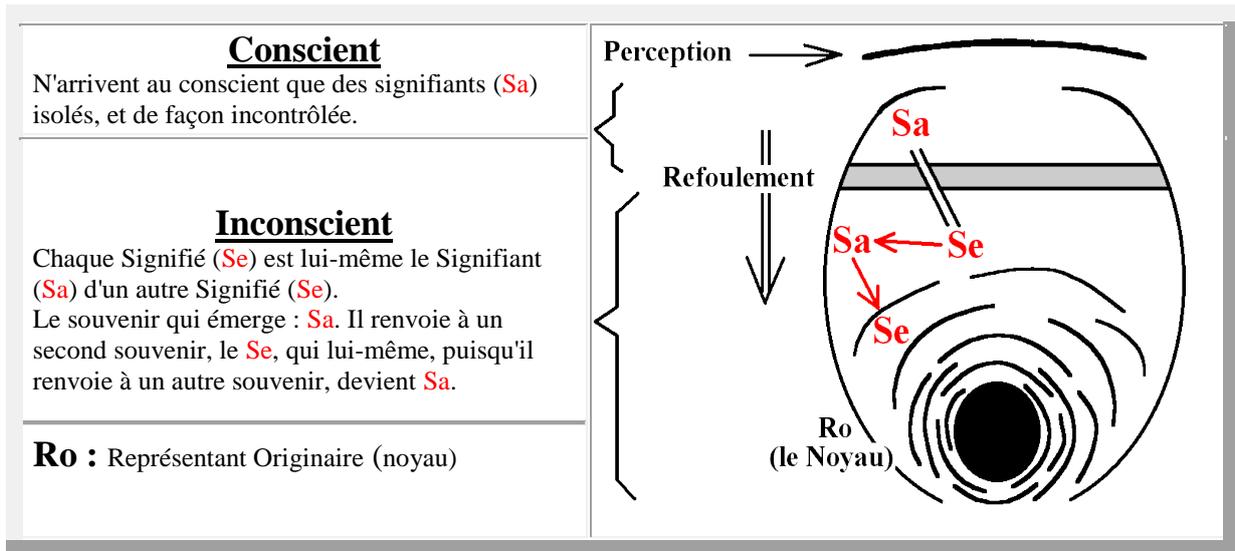
Exemples de connotations possibles pour une information à transmettre :

1. "*Bientôt mourrait - il, sans soins ?!*"
2. Ou "*Il en arrivera à vite crever si l'on n'y prend garde !*"
3. Ou encore "*Il mourra bientôt s'il ne se soigne !*"

3. LANGAGE ET INCONSCIENT

"*L'inconscient est structuré comme un langage*" – J. LACAN (1901-1981)

Comme dans le langage on aura affaire à un système de signifiants et de signifiés. Nous allons cependant faire quelques distinctions : le signifiant linguistique est un son, une graphie. Le signifiant psychanalytique est une trace dans l'inconscient. Cela peut être une odeur, une image, une cicatrice qui va renvoyer à un signifié. Ce signifié est le fait décrit dans le souvenir. Le conscient est formé de représentations de mots. L'inconscient est formé de représentations de phonèmes et de choses. Ce sont des choses qui concernent notre corps, et qui souvent furent vécues avant la parole.



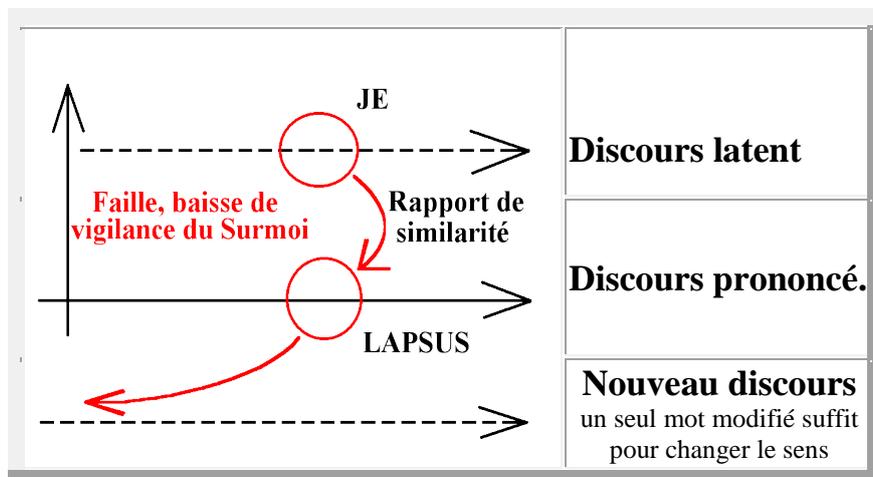
Ainsi :

- Sa, le Signifiant, est du domaine du symbolique. C'est la trace porteuse de sens.
- Se, le Signifié, est du domaine de l'imaginaire. C'est ce à quoi la trace renvoie (agressivité envers ... , amour pour ...).
- Le Référent est du domaine du réel. C'est ce qui s'est passé en fait.

Par exemple, après une chute de vélo, il y a formation d'une cicatrice. La cicatrice/Signifiant est une trace, au sens propre du terme, porteuse de sens au niveau symbolique. Le Signifié sera ce qui reste dans l'imaginaire, par exemple l'agressivité envers un camarade trop brutal et responsable de la chute. Le Référent est ce qui s'est passé en réalité, c'est à dire la chute de vélo.

Autre exemple, la phobie des chiens: au niveau réel, il y a le chien -le référent. Au niveau imaginaire, il y a la pensée d'être mordu - le Signifié. Et au niveau symbolique, il y a l'angoisse d'être agressé par son père -le Signifiant. Plutôt que d'avoir peur du père, sentiment refoulé, la personne craindra les chiens. Elle aura fait un déplacement entre "chien" et "père".

4. DESIR ET "JE" DE L'ENONCIATION



L'important est la façon dont on parle car la structure est plus importante que le contenu même du lapsus.

Le développement de la personnalité passe par l'acquisition du "Je". Beaucoup de malades mentaux ne sont pas sujet de leur discours.

Quand on parle, on affirme un "Je", c'est à dire que l'on se distingue de l'autre. Parler, c'est affirmer son individualité, c'est se poser comme sujet de son discours. Le discours véhicule à la fois le désir et la position du sujet face à son désir. Donc, le désir se matérialise dans le discours.

Ainsi pour la personne obsessionnelle par exemple: c'est quelqu'un de très méticuleux, qui ritualise, a peur de l'imprévu. Son discours sera caractérisé par des phrases très longues, infinies, où tous les mots cherchent à préciser un peu plus le sens, mais en fait ne font que mélanger de plus en plus la signification. Son discours est très neutre, et souvent désaffectué.

I. B – La communication en psychiatrie

1. RELATION, COMMUNICATION, INFORMATION

Ces termes méritent d'être précisés. Ils recouvrent des réalités voisines mais différentes :

- La relation entre le soignant et son malade est une situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques, affectives ; procédant d'une subtile alchimie elle s'accommode mal d'une contractualisation par la loi.
- La communication, elle comme nous l'avons vu, est un échange de messages entre les personnes. Elle suppose l'existence d'émetteurs et de récepteurs — ce sont les soignants et les soignés — ainsi qu'un système de transport de messages par vecteurs verbaux, écrits ou comportementaux dans un espace d'expansion défini.

La communication est un des aspects de la relation, élément essentiel car de sa qualité dépend celle de la relation. Aussi joue-t-elle un rôle décisif à toutes les phases de l'exercice médical : c'est elle qui donne à l'accueil sa tonalité, à l'ambiance sa couleur, à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité, à condition qu'on ne la réduise pas au statut de marchandise, objet d'enjeux économiques.

- Quant à l'information, elle est à la fois le produit de la communication et le ciment de la relation.

C'est du jeu harmonieux de ces différentes composantes que naît un climat de confiance réciproque.

2. LES MALADIES ACTUELLES DE LA COMMUNICATION

Un constat s'impose : d'une façon générale et sauf exception la communication des malades ou de leurs familles avec le personnel soignant se fait mal, que ce soit lors de la prise de rendez-vous, à l'accueil, en salle d'attente, en consultation ou en milieu hospitalier.

Quelles sont les causes de cette carence ?

- L'asymétrie de la relation entre le professionnalisme d'un praticien formé et l'*amateurisme* d'un patient dépendant.
- Le manque d'écoute et de parole.

« Le médecin est par excellence un être de communication, c'est à dire d'écoute et de discours, ces voies qui font pénétrer au cœur de la dignité des hommes qui se confient à lui » - D. WOLTON (2005). La plupart des malentendus, des litiges, voire des conflits qui surviennent entre soignants et

soignés sont liés à une carence de communication : manque d'écoute privant le soignant d'informations sur les symptômes ressentis par le malade et sur son état d'esprit, son inquiétude. Le malade reste aux prises avec ses questions, ses doutes, ses angoisses.

Les causes varient en fonction des particularités de chaque malade, de l'âge, de la personnalité de chacun (les soignants n'échappent pas au poids de la fatigue), du type de pathologie en cause (aigu ou chronique), du statut administratif (migrant, sans domicile fixe...) de l'environnement (familial, institutionnel...), des différents modes d'exercice de la médecine (libérale, hospitalière, générale, spécialisée, scolaire, carcérale...).

- L'influence des médias.

Internet par exemple, prodigieux moyen d'information, comporte de graves inconvénients dont on commence seulement à mesurer l'ampleur : l'utilisateur découvre d'innombrables informations qui ne sont ni triées, ni hiérarchisées, ni évaluées et qu'il a tendance à mettre en concurrence avec celles données par le soignant. Plus grave encore, Internet favorise l'automédication débridée offrant au patient la possibilité de puiser sans contrôle dans un éventail illimité de thérapeutiques plus ou moins valables.

Quant à la presse écrite ou télévisée, il convient de distinguer parmi les journalistes ceux qui visent le scoop, et ceux qui, souvent médecins eux-mêmes, se spécialisent dans les émissions médicales, contrôlent leurs sources et remplissent pleinement leur mission d'information.

Un remède légal : le dossier médical partagé (DMP), le dossier médical global (DMG)

Il constitue le support de la décision médicale partagée, nouvelle donne de la relation médecin-malade.

- Difficultés techniques : Quelles données faut-il inclure ? Les seuls faits avérés ? Les hypothèses ? Une trop grande exhaustivité des données rend l'utilisation du dossier difficile.
- Une surconsommation de temps administratif.
- Difficultés psychologiques : Résonance alarmante pour le malade de certains mots (Cancer, Sida, Alzheimer...) même s'ils ne sont mentionnés qu'à titre d'hypothèse ; problèmes médicaux intra-familiaux touchant à la vie privée de chacun des membres.
- Problèmes éthiques enfin concernant le respect de la confidentialité, compromis par la multiplicité des accès informatiques et des utilisateurs potentiels. Pour l'instant aucun mode de stockage de l'information ne garantit une sécurité absolue.

Les remèdes humains.

- L'empathie :

De tous les modèles (paternaliste, autonomiste, légaliste-contractuel) de relation médecin-malade qui ont été proposés, le modèle empathique est sans doute celui qui permet le mieux de situer les interlocuteurs, sans familiarité, respectueux l'un de l'autre sans condescendance ni apitoiement.

L'attitude empathique ne consiste pas seulement à « se mettre à la place de l'autre », mais aussi à s'intéresser à la personne du patient et à s'efforcer de percevoir ce qu'il ressent. Cette attitude d'attention s'apparente davantage à une alliance, à un compagnonnage qu'à un contrat.

Elle est particulièrement de mise dès les premiers contacts entre le patient anxieux et le monde des soins car de l'ambiance au secrétariat d'accueil, en consultation, en service hospitalier dépend le déroulement ultérieur, harmonieux ou chaotique, de la relation.

- La communication non verbale :

Elle est aussi facteur d'empathie. Il faut avoir été soi-même demandeur de soins pour connaître la valeur d'un geste amical, d'un regard complice, d'un sourire. Trop souvent l'écran d'un ordinateur est interposé entre le patient et le médecin.

- L'information du patient et de sa famille :

Elle est essentielle si vraie, claire, nuancée, ajustée au degré de compréhension de chacun, éventuellement réitérée, elle demande de la part du médecin une attention particulière car elle est chargée, pour le malade, de tous les espoirs et de toutes les appréhensions, qu'il s'agisse de la révélation d'un diagnostic, de la proposition d'un examen complémentaire ou du choix d'un traitement.

C'est un art difficile d'écouter patiemment, humblement, de conduire un dialogue, d'informer sans aller au-delà de ce que le malade veut savoir.

L'information doit être donnée en langage intelligible, en termes mesurés, sans jamais sous-estimer la résonance de certains mots dans l'esprit du patient anxieux et de sa famille. Une difficulté supplémentaire tient aux controverses épistémologiques au sujet de certaines maladies (autisme, schizophrénie, maladie d'Alzheimer) et aux divergences de vues concernant leur traitement.

L'annonce d'une maladie grave, à fortiori d'un pronostic fatal, ne doit en aucun cas être assénée mais délivrée progressivement, par touches successives, sans jamais tuer l'espoir.

- La gestion du temps :

Encore le soignant doit-il disposer du temps nécessaire pour accomplir cette mission : effectifs médicaux et paramédicaux suffisants, organisation interne efficace des services hospitaliers. Cela passe par la programmation rigoureuse des tâches de chacun et le refus de sacrifier aux tâches administratives le domaine de la relation (attention à la tentation du « transfert de compétences »). Ces préoccupations doivent être présentes à l'esprit des responsables d'unités de soins s'inscrivant dans la « gouvernance hospitalière ».

- La formation des soignants et des patients :

Actuellement la formation à la communication est quasi inexistante dans la plupart des établissements d'enseignement. Il est temps de l'assurer dans les Facultés de Médecine, les Ecoles d'infirmières, et autres paramédicaux. Ainsi l'objectif des études (para)médicales doit-il être placé sous le signe de l'harmonisation entre les acquisitions scientifiques et techniques d'une part, et relationnelles d'autre part : il faut tenir compte de cette dimension humaine de la médecine. L'évaluation de ces formations devrait inclure une épreuve « clinique » passée en fin d'études et permettant d'observer le comportement effectif du candidat en présence du malade.

Ainsi, les **enseignants** eux-mêmes sont au cœur du problème. Ce sont eux qui, à l'amphithéâtre, au cours des stages, au lit du malade, forment l'étudiant par l'exemplarité de leur discours et de leur comportement. Mais aussi les **infirmiers**, les **aides-soignants**, les **kinésithérapeutes**, les **éducateurs** passent plus de temps que les médecins auprès des malades et recueillent bien souvent leurs confidences. Le **personnel administratif** ne peut pas être dispensé de ces préoccupations et devrait bénéficier, lui aussi, d'une formation spécifique.

Le **patient** doit également être formé : les droits qui lui sont justement reconnus, la prise de conscience des choix restrictifs qu'imposent souvent les contraintes économiques; conscience aussi de ses responsabilités à la fois médicales et civiques, l'amenant à éviter la surconsommation médicale et à s'impliquer directement dans la prise en charge de sa maladie, surtout si elle a tendance à la chronicité. Là, le médecin-conseil serait alors perçu par le patient non seulement comme un contrôleur mais aussi - son titre même l'indique - comme un conseiller.

- Les médias :

Ces intermédiaires jouent un rôle considérable dans la façon dont le public perçoit la médecine. Un dialogue fructueux entre médecins et journalistes est possible et mérite d'être poursuivi si l'on veut concilier le droit légitime des citoyens à l'information et le nécessaire respect des valeurs éthiques.

3. ZOOM SUR LA PSYCHIATRIE

Avec le Pr H. LÔO, Consultant des hôpitaux, Hôpital Sainte-Anne SHU, Paris

La communication en psychiatrie est reconnue, depuis les aliénistes du siècle dernier, comme un problème majeur de la relation autant avec le malade mental caractérisé qu'avec les sujets présentant des difficultés psychologiques, même atténuées qui n'ont pas l'ampleur d'une véritable maladie psychiatrique.

Les manuels de psychiatrie classiques recommandaient dans la relation une attitude de « neutralité bienveillante » propos contradictoires puisque la neutralité n'est pas la bienveillance et la bienveillance n'est pas neutre. Les traités plus modernes évoquent une « juste distance » dans la relation lors d'un entretien psychiatrique. La contradiction de la première recommandation et le flou volontaire de la seconde constituent l'aveu explicite des difficultés de la communication avec les sujets atteints de perturbations psychopathologiques. La communication en psychiatrie est nécessairement modulée, adaptée, ajustée en fonction de l'entretien, de l'attitude du sujet et de ses réactions, qui dans le domaine de la pathologie mentale peuvent être particulièrement excessives et/ou inattendues et/ou disproportionnées voire déstabilisantes.

C'est la personnalité du sujet et la nature de la pathologie telles qu'elles seront perçues pendant l'entretien qui viendront sculpter les particularités de la communication qui peuvent s'illustrer dans quelques exemples.

Les traits infantiles, immatures, séducteurs, émotionnellement labiles de la **personnalité hystérique** viendront inciter à une communication relativement distante, évitant des implications et des opinions personnelles qui seraient immédiatement utilisées par l'interlocuteur dans une dynamique de rapprochement avec le thérapeute ou de rejet, dynamique marquée par une grande instabilité ou une versatilité.

Le ralentissement psychomoteur, l'inhibition, la gêne, la honte qui prend souvent l'ampleur d'une culpabilité chez le **déprimé** incite le thérapeute au rapprochement, à l'encouragement, à une plus chaleureuse empathie pour obtenir des réponses, et en particulier dans cette pathologie, l'aveu des intentions suicidaires. Une certaine cordialité peut s'avérer nécessaire et féconde.

Le **schizophrène** froid, ésotérique, étrange, aux propos inadaptés et délirants ne doit pas désarçonner. Le thérapeute doit savoir s'impliquer pour obtenir le plus d'éclaircissements sur les impressions ressenties, la nature du vécu souvent indicible. Une trop grande réserve peut stopper la communication ou approvisionner de vagues idées de malveillance.

Avec l'**obsessionnel**, méthodique, pointilleux, très soucieux du détail, il faut être extrêmement prudent dans ses interventions car la valeur du mot est surinvestie par ces sujets qui sauront rappeler ultérieurement, voire reprocher, ce qui a été énoncé.

De la même façon la susceptibilité, la méfiance pathologique du **paranoïaque** doit inciter à une communication, toute empreinte de prudence avec une bonne distance relationnelle, sans rejet, ni jugement de valeur sur les propos souvent délirants car pour le paranoïaque : celui qui n'est pas avec lui est contre lui ; mais à l'inverse il ne faut pas formuler des approbations qui viendraient renforcer les convictions : « le psychiatre m'a fait comprendre qu'il est d'accord avec moi ».

Les exemples pourraient être multipliés.

La communication en psychiatrie est particulière, originale, difficile ; il existe une permanente adaptation au sujet, à ses manifestations émotionnelles et à la nature de la pathologie. C'est en quelque

sorte une négociation, un ajustement, une adaptation relationnelle qui peut déboucher sur un rapport qui sera authentique mais qui doit rester prudent et non pathogène.

Bien évidemment la communication dans le cadre des psychothérapies structurées, qu'elle soit analytique ou cognitivo-comportementale est bien codifiée : neutralité et non intervention dans les approches psychanalytiques, dirigisme pédagogique et implication plus personnelle dans les thérapies cognitivo-comportementales.

En résumé, il n'y a pas une particularité ni une spécificité de la communication ou de la relation en psychiatrie, sinon la nécessaire adaptabilité ; mais il y a une infinie palette de situations, de comportements, de pathologies qui conditionnent implicitement et nécessairement la nature de la communication et de la relation.

I. C – Le soin relationnel infirmier en psychiatrie

1. INTRODUCTION AU SOIN INFIRMIER

Parce qu'elle s'inspire fondamentalement des théories freudiennes et lacaniennes, l'approche relationnelle infirmière pose en préalable la singularité de la personne soignée, et sa capacité à s'exprimer en tant qu'être humain. Le soin relationnel infirmier s'appuie sur l'échange verbal, la discussion thérapeutique et l'ouverture à l'autre. Il préserve ainsi l'aspect humain d'un soin psychiatrique du quotidien.

Pierre DELION (2001) - *"la psychiatrie est une branche de la médecine qui prend la responsabilité de traiter les maladies mentales. Mais dans cette discipline, plus encore que dans les autres, la personne qui porte les symptômes psychiatriques doit être prise en considération et accueillie avec la plus grande attention: il s'agit donc d'une médecine de l'humain.*

L'importance de l'humain est en rapport direct avec le fait que souvent la rencontre avec le malade mental se produit au moment le moins propice à sa reconnaissance en tant qu'autrui, puisqu'il vient au contact du psychiatre et de son équipe à un moment de décompensation (dépression, suicide, délire, passage à l'acte, manifestations inhabituelles, bizarres, étranges, retrait). Il y a donc lieu de travailler une fonction d'accueil qui permette une rencontre avec cet autrui en déshérence psychopathologique. Cette ambiance accueillante sera déterminante pour approcher le patient, pour entrer en contact et faire connaissance avec lui dans le temps et dans l'espace".

Maintien du lien et mise à distance

En maintenant le contact, la parole autorise la mise à distance. Elle participe ainsi à la reconnaissance de la personne en tant que sujet autonome, apte à entretenir des relations avec son entourage.

La parole a aussi un pouvoir contenant et de pare-excitation. En créant et en enrichissant les échanges entre les individus, elle autorise l'expression du ressenti et des élans pulsionnels. Dans le même temps, elle permet à l'auditeur de les recevoir.

Ces aspects de la parole trouvent, dans le soin infirmier hospitalier et extrahospitalier une incidence directe tant au niveau des instances particulières de la thérapie (entretiens ou activités) qu'au niveau de la vie quotidienne, partagée par l'équipe soignante et les patients (accueil, discussions, accompagnements, repas...).

La parole participe pleinement au soin des patients

Quand l'infirmier reconnaît la possibilité profondément soignante de la parole, qu'elle soit parole échangée, donnée, reçue, ou simplement permise... quand il lui re-connaît son pouvoir thérapeutique,

alors la parole re-devient soignante. Elle acquiert un sens. C'est cet outil relationnel qui fait de l'infirmier psychiatrique un 'soignant de la relation'.

R. MENAHEM (1986) - "*La fonction essentielle de cet instrument qu'est une langue est celle de communication. Toutefois les langues ont également deux fonctions secondaires, l'une de servir de support à la pensée, et l'autre d'être un moyen d'expression... Mais, bien avant de servir à communiquer, le langage sert à vivre*".

2. PRATIQUE SOIGNANTE

- La parole permet de contenir

L'hôpital doit être vécu par le patient hospitalisé comme un lieu sécurisant, capable de lui donner les moyens de 'vivre-avec' (et non 'vivre-par') son handicap, son problème de santé. L'infirmier psychiatrique devra établir ici, au niveau verbal, des relations de soin propices à l'établissement d'une 'aire sécurisante' et rester disponible, à l'écoute du discours des patients, les rassurant ainsi par sa présence et sa disponibilité. Notons qu'écouter le patient c'est le reconnaître en tant que sujet de son discours. Un écueil menace en effet toute approche trop 'maternante'.

M. SASSOLAS (1982) - "*Un fonctionnement trop maternant qui, en protégeant sans cesse le patient contre toute émergence de conflit et d'angoisse (au niveau de la vie quotidienne par exemple) ne lui permet pas de s'exprimer en tant que sujet désirant et conflictuel en face des soignants, des autres patients et du monde extérieur... le disqualifie en tant que sujet*".

Remarquons qu'au quotidien, l'infirmier exerçant en psychiatrie pourra participer à la reconnaissance du patient en tant que sujet à travers par exemple des remarques telles que "Avez-vous bien mangé ? Avez-vous bien dormi ? Qu'avez-vous pensé de ce film ?" ...

- Fonction de pare-excitation

Un objectif de soin sera de faire reconnaître au patient les angoisses qui l'assaillent en les lui nommant. Savoir soi-même gérer l'angoisse que le patient provoque est thérapeutique car on lui communique, par la parole, à la fois le calme et la manière d'y parvenir. Aussi l'équipe devra t'elle préserver sa capacité d'écouter l'agressivité, de recevoir en elle-même les violences et les expressions des angoisses. Cet aspect de pare-excitation permet au patient de se 'vider' de ses transports agressifs, de communiquer et de recevoir en retour une élaboration de ses affects.

- Repères dans l'espace et le temps

La parole sert à la localisation dans l'**espace**. Elle permet en effet de préciser l'emplacement des différents lieux usuels auprès des personnes démentes, désorientées ou tout simplement nouvelles dans la structure.

La parole sert aussi à se situer dans le **temps**: on retiendra ainsi son aspect de repères dans le quotidien, que ce soit au niveau des entretiens infirmiers, des informations transmises, des rappels de l'heure pour les activités ou simplement du "*bonjour*" du matin.

- Décharge des pulsions

Notons qu'un des aspects essentiels du langage est la décharge des pulsions. "*Le langage permet d'exprimer les mouvements pulsionnels. Dans ma perspective, cela correspond à la fonction primordiale du langage...*" - R. MENAHEM (1986).

- La parole sert de tiers

Afin d'éviter toute relation de fascination ou de rejet, l'équipe pluridisciplinaire a un rôle de référence à tenir, en tant que tiers, face aux relations duelles soignant/soigné que les prises en charge peuvent par ailleurs fortement induire.

M. SASSOLAS (1982) - *"En effet, tout ce qui est fait en commun par les soignants et les patients risque toujours, si l'on n'y prend garde, d'être l'occasion pour eux de dénier ce qui fait problème entre eux et nous, c'est-à-dire justement cette spécificité, cette différence. L'objectif est de créer une situation de soins rendant tolérable et dynamisant cette différence, non de l'escamoter. La nier serait s'engager sur le chemin dangereux d'une illusion qu'un jour ou l'autre la vie viendrait douloureusement démentir : nous ne sommes ni les parents, ni les frères, ni les conjoints de nos patients. Illusion d'autant plus nocive qu'elle fait écho à cet autre déni présent dans la tête de ces patients, celui de la double pierre angulaire de toute réalité humaine : la différence des générations et la différence des sexes"*.

La parole sera ici un des vecteurs séparateurs, et donc réparateurs, autant par les questions et remarques posées à l'infirmier sur sa prise en charge, que par les réponses fournies par lui à l'équipe.

M. MANNONI (1986) - *"L'autre, le tiers, vient offrir quelque chose qui n'a rien à voir avec l'action du moment et fait rupture, ce qui est le contraire de faire arbitrage. L'issue est toujours dans le tiers, dans quelque chose d'extérieur, dans la parole..."*

Il y a en effet dans le 'rendre-compte' une distanciation par rapport à l'objet du discours, en l'occurrence le patient. M. SASSOLAS (1982) - *"ce tiers a pour effet de transformer radicalement une situation à deux en une situation à trois, et constitue le meilleur garant contre l'omnipotence réciproque du patient et du soignant, source fréquente d'enlèvement fusionnel de la situation thérapeutique"*.

- Participation aux entretiens :

Au niveau des entretiens, *"les mots sont l'instrument essentiel du traitement psychique"* dit S. FREUD (1905) - *"Un profane trouvera sans doute qu'il est difficile de comprendre comment des troubles pathologiques du corps et de l'âme peuvent être éliminés par de simples mots. Il aura l'impression qu'on lui demande de croire en la magie. Il n'aura d'ailleurs pas tout à fait tort, car les mots que nous utilisons dans notre langage de tous les jours ne sont rien d'autre que de la magie édulcorée. Mais il nous faudra suivre un chemin détourné afin d'expliquer comment la science entreprend de restaurer les mots pour leur rendre au moins une partie de leur ancien pouvoir magique"*.

L'infirmier référent devra à ce niveau assurer au patient un support soignant qui l'aidera à prendre en charge son évolution psychique et les conflits qui en découlent. Parallèlement, l'infirmier a ici à transmettre les informations au sein de l'équipe.

- Pertinence lors des ateliers :

Notons l'intérêt des ateliers où la parole pourra remplir des rôles de médiation, de mentalisation, de contenance, d'échange, de contact... (groupe parole, atelier conte, photolangage, ...), mais aussi pour apporter la réassurance, la revalorisation (travail d'expression avec les personnes âgées, bistrot-mémoire, ...).

- Aide à la mentalisation

Faire accéder le patient à la mentalisation, c'est lui fournir une parole pour verbaliser, pour canaliser ses pulsions plutôt que les subir uniquement. A long terme, cela fournit au sujet souffrant, une fois sorti de l'hôpital, de la structure de soin ou de la prise en charge, la possibilité d'exprimer verbalement ses souffrances. Il s'agira alors pour le soignant d'assurer un suivi dans le soin, et pour le malade dans une situation critique, d'avoir l'assurance – qui lui aura été verbalisée – qu'il peut compter sur une

équipe soignante disponible.

3. LES MOYENS INSTITUTIONNELS UTILISES PAR L'INFIRMIER

- L'équipe pluridisciplinaire

Le soignant ne peut pas travailler seul, face et avec des patients psychotiques, état-limite ou gravement névrosés. La notion d'équipe prend ici toute sa dimension. On notera à ce niveau l'importance de la communication verbale pour transmettre les informations entre les membres de l'équipe soignante, pour faciliter la compréhension de l'acte thérapeutique. L'équipe évite ainsi les manipulations et pourra jouer son rôle de tiers et de référent.

Le rôle infirmier est défini par une présence rassurante, 'contenante' dans le service, sur la structure extérieure ou en soin à domicile, une écoute disponible, une capacité à déceler et gérer l'angoisse envahissante, une aptitude à calmer l'excitation ou au contraire stimuler tel ou tel patient. La verbalisation est à développer avec les patients et avec la famille autant pour prévenir que pour guérir.

Pour éviter la chronicité et l'enlisement dans le travail soignant, l'équipe devra rester vigilante à réactualiser régulièrement tout projet de soin. Notons que le contact par la parole, et le rapprochement à l'autre que cela permet, facilitent un investissement constant, ce qui ne peut que dynamiser l'ensemble des individus soignants et soignés.

La parole participe aux soins, particulièrement lors des entretiens où elle sert à l'approche investigatrice du médecin, du psychologue...

- Le travail de secteur / à domicile

Le travail de secteur facilite le contact entre les personnes et renforce la relation de soin. La parole prend ici une dimension supplémentaire du fait même qu'elle est transmise et échangée dans l'habitat même du patient, et sur son lieu de vie. Le soignant, dans cette plus grande intimité, aura besoin de toute la fonction 'tiers' du langage.

Notons à ce niveau que la parole infirmière demeure le lien qui rapproche le patient de la réalité, soit qu'elle 're-signifie' les termes du contrat de soins, soit qu'elle fait prendre conscience de tel ou tel problème personnel ou relationnel, soit encore qu'elle renvoie le patient à tel vécu ou à telle réalité.

À un autre niveau et dans une large mesure, c'est encore par le 'dire' infirmier que s'articulent les liens au sein même de l'équipe pluridisciplinaire, puis entre celle-ci et le patient à son domicile, ainsi qu'avec son entourage familial, les intervenants médico-sociaux mis à contribution sur le secteur, les divers professionnels sollicités, ...

S. FREUD, "*Le traitement psychique*" (1905, étude).

M. MANNONI, "*Réunions des stagiaires de Bonneuil*" (Paris, 1986)

M. SASSOLAS, "*Les frères orphelins*" (1982, 'Transitions', supplément n°9)

M. SASSOLAS, "*Réunions du vendredi*" (Villeurbanne, 1986)

II. Attitudes et communication face au patient psychiatrique

Ici, l'objectif se centre sur les attitudes susceptibles d'améliorer la communication mais aussi la relation entre le soignant et le patient psychiatrique.

L'erreur

A bout de souffle

19 heures aux urgences d'un hôpital général. Une femme de 30 ans est allongée sur une civière. Elle a des antécédents psychiatriques, vraisemblablement schizophréniques. Son entourage a parlé de troubles du comportement : elle ne sort plus de chez elle et s'enferme dans sa chambre depuis plusieurs mois. Le médecin des urgences appelé au domicile déclare qu'il ne lui a rien trouvé d'organique. La patiente, étiquetée psychiatrique, verra le médecin de garde dans la soirée, après son repas.

Un psychiatre traverse les urgences au-delà des heures qui sont habituellement les siennes. Pourquoi ne verrait-il pas la patiente ? Une infirmière le lui demande, il s'exécute. Il constate que cette femme, très anxieuse, a des difficultés respiratoires manifestes. L'entretien est forcément bref car elle est haletante et légèrement obnubilée.

Sa conviction médicale est suffisante pour ne rien prescrire qui, tout en calmant l'angoisse, risquerait d'aggraver la condition respiratoire et les troubles de la conscience. Le réconfort qu'il peut apporter à la malade lui paraît secondaire par rapport à la détresse pulmonaire. Il demande à ce que la malade soit vue aussitôt par le médecin de garde.

Mais les paroles du premier praticien : « je n'ai rien entendu, elle n'a rien d'organique » ont scellé pour cette femme, désormais enrobée de cellophane psychiatrique, une trajectoire irréversible.

Les infirmières s'interrogent sur le zèle médical du psychiatre. N'interprète-t-il pas la réalité ? La patiente paraît calme. Elle peut attendre. On ne fait pas appel au médecin de garde, on ne le fera que vers 20 heures, en raison d'une aggravation brutale. Les gestes réanimatoires habituels ne parviennent pas à la sauver.

1. ZOOM SUR L'ADMISSION D'UN PATIENT PSYCHIATRISABLE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

S'interroger sur la conduite à tenir et les attitudes à développer...

SYMPTOMATOLOGIE — CONDUITE A TENIR

— LE SUJET CONFUS

Délaissée, le premier, a individualisé la confusion mentale. Chaslin l'a ensuite décrite avec précision. C'est à Régis que l'on doit la notion, dans cette affection d'allure psychiatrique, d'une **étiologie médicale** impliquant la possibilité d'un traitement et d'une guérison.

Il s'agit du type même de patient à transférer d'urgence à l'hôpital général ; il y est généralement conduit par un membre de son entourage ou par la police.

Définition

Dissolution plus ou moins rapide de la conscience avec :

- altération variable de la vigilance,
- désorientation temporo-spatiale,
- troubles de la mémoire.

Les troubles de l'attention rendent le patient incapable d'une conduite coordonnée. Un onirisme plus ou moins intense complète le tableau clinique.

Clinique

- **Formes typiques.** — Le diagnostic est aisé. Il repose sur l'observation du patient,
 - l'air égaré et absent;
 - la stupeur ou, à tout le moins, l'inertie très marquée,
 - l'indifférence à sa propre image, en particulier à son habillement (vêtements sales, aspect désordonné);
 - amnésie commune à tous les états confusionnels. C'est une amnésie de fixation avec oubli au fur et à mesure que se déroule l'examen. Le malade a perdu tout souvenir de ce qui lui est arrivé.

Les perturbations de son comportement gestuel et verbal sont évidentes :

- lenteur et maladresse des mouvements, parole à peine perceptible, articulation défectueuse attirant l'attention de l'examineur;
- dans certains cas, au contraire, agitation bruyante et désordonnée, anxiété paroxysmique, hallucinations visuelles et auditives, délire onirique dominant le tableau.

L'examen clinique et l'interrogatoire de l'accompagnateur complètent ces premières observations :

- les troubles sont apparus en quelques jours parfois en quelques heures;
- une insomnie rebelle les a précédés, véritable symptôme prémonitoire;
- une désorientation temporo-spatiale;
- le patient a été interpellé dans la rue, sans pouvoir donner d'explication sur son vagabondage;
- l'état somatique est altéré.

□ **Formes mineures ou intermittentes.** - Le diagnostic peut être plus difficile dans certaines formes mineures ou intermittentes. Il est pourtant capital de ne pas « passer à côté » de cette sémologie. Il faudra alors minutieusement explorer les fonctions cognitives :

- l'attention (dessin),
- raisonnement, jugement (histoires incohérentes, proverbes),
- mémoire immédiate (épreuve des trois mots),
- calcul mental simple.

Des facteurs d'erreur doivent être connus : malades sourds ou durs d'oreille, par exemple.

Lorsque le patient est incapable de réaliser que sa conscience a été perturbée, une amnésie lacunaire permet d'affirmer le diagnostic *a posteriori*.

Conduite à tenir

1. Le médecin aborde le malade en s'efforçant :
 - de se faire reconnaître comme tel;
 - d'écouter sans poser trop de questions précises qui risqueraient d'augmenter l'anxiété;
 - de rassurer : l'examen physique, rituel, culturellement bien établi, reste une des meilleures façons d'engager le contact, fut-il superficiel;
 - de saisir :
 - . l'état de dissolution de la conscience entrecoupé de quelques secondes de perplexité anxieuse quand le sujet réalise en partie son trouble,
 - . les vagues de production oniriques visuelles et auditives que le malade vit sous nos yeux, sans prendre la moindre distance par rapport à elles, et que l'on devine à sa mimique ou à ses gesticulations,
 - . l'ébauche de thèmes délirants variés où prédominent les sentiments de menace, de frayeur, d'emprisonnement, de fuite; ces thèmes sont parfois suggestionnables.
2. L'interrogatoire minutieux de l'entourage est indispensable. Il permettra de définir :
 - les conditions de l'apparition de l'état confusionnel,
 - l'installation plus ou moins rapide des symptômes,
 - les antécédents,
 - un syndrome confusionnel aigu, cas le plus fréquent, ou subaigu.

3. Le diagnostic étant posé, le transport à l'hôpital général s'impose, dans de bonnes conditions : éviter toute contention, conserver une présence sécurisante.

On évitera d'instaurer d'emblée un traitement qui, perturbant davantage l'état de conscience, entraînerait une méconnaissance ultérieure de l'intensité des troubles.

4. Une fois le malade hospitalisé, il faut lui assurer calme et sécurité : ne pas utiliser la contention, le placer dans un endroit éclairé, sans isolement strict mais avec une surveillance attentive et étroite. Cette surveillance est une mesure de sécurité pour le malade et son entourage en cas de changement brutal d'humeur ou de comportement. Elle est également clinique évaluant régulièrement l'état physique, la vigilance et les troubles majeurs du syndrome confusionnel.

5. Il faut tenir compte enfin :

- d'une altération de l'état général (déshydratation...);
- d'une agitation qui peut, dans certains cas, être due à des produits psychotropes susceptibles de majorer d'une façon paradoxale l'un ou l'autre des éléments du syndrome confusionnel (Benzodiazépines à demi-vies courtes et produits à effets atropiniques).

Étiologie

□ **Les alcooliques** - Ils fournissent le principal contingent des confus.

• Les ivresses aiguës. Certaines ivresses aiguës réalisent parfois des états confusionnels transitoires, régressifs en quelques heures, suivis d'amnésie.

• **Les délires subaigus et les états de prédelirium tremens.** Sous le terme de délire subaigu alcoolique (Lasègue) a été décrit un état pathologique plus fréquent que le délirium tremens :

- début généralement nocturne, le sujet se réveille terrorisé et menaçant : il vit son rêve ou adhère à son délire;
- hallucinations visuelles : scènes terrifiantes, zoopsies, onirisme professionnel ou familial;
- l'onirisme est vécu, mobile, kaléidoscopique;
- cet état se déroule dans une atmosphère d'anxiété avec de très brefs épisodes de lucidité;
- le syndrome somatique — sueurs, tremblement — est discret par rapport à celui observé dans le délirium tremens;
- l'évolution vers la guérison se fait en quelques jours, sous traitement, avec parfois persistance d'idées fixes post-oniriques, auxquelles le patient peut adhérer plusieurs semaines.

C'est une complication fréquente de l'alcoolisme chronique qui mérite une surveillance et un traitement continus en raison des risques de passage à l'acte. Ce risque implique, de façon impérative, **une surveillance particulièrement vigilante** afin d'éviter un geste suicidaire ou un acte violent, parfois dramatique. Ces actes entrent dans la logique de l'onirisme de ces sujets

terrorisés par leurs hallucinations visuelles. Les recrudescences oniriques sont à craindre lors de l'endormissement ou lors de réveils nocturnes.

Le diagnostic est étayé par la notion d'un éthylisme notoire et parfois de circonstances favorables (hospitalisation ayant entraîné un sevrage brutal : infection, traumatisme) : L'hypoglycémie ou une hémorragie méningée peuvent entraîner un tableau très voisin.

Le traitement est actuellement bien codifié et se déroule en milieu hospitalier. Il doit être poursuivi au-delà du temps nécessaire à la disparition de l'onirisme et du délire hallucinatoire.

- ☐ **Autres étiologies.** — De nombreuses autres étiologies peuvent être mises en cause, au premier plan desquelles il convient de mentionner :
 - les hémorragies méningées,
 - les hypoglycémies.

Confusion due à des affections endocriniennes ou métaboliques

- Crise aiguë basedowienne,
- Myxœdème,
- Hypocorticisme,
- Hyperparathyroïdie,
- Porphyrie aiguë,
- Insuffisance respiratoire ou hypercapnie.

Les tableaux qui suivent tiennent compte d'une classification schématique, selon qu'il existe des tremblements, des sueurs, ou l'absence de ces deux symptômes. Ils font ressortir l'importance des intoxications responsables d'un syndrome confusionnel.

Confusion avec tremblements sans sueurs

<ul style="list-style-type: none"> — Hypocalcémie, — Barbituriques, — Lithium, — Atropine, — Belladone, — Sevrage des benzodiazépines. 	<ul style="list-style-type: none"> — Intoxication chronique rarement observée
<ul style="list-style-type: none"> — Antiparkinsoniens 	<ul style="list-style-type: none"> — Tableau de délire subaigu chez un sujet exempt d'éthylisme chronique, avec <i>euphorie</i>
<ul style="list-style-type: none"> — Ambilhar (<i>Niridazole</i>) 	

Confusion avec tremblements et sueurs

<ul style="list-style-type: none"> — Hypoglycémie — Prédélirium tremens et delirium tremens (DT) — Fièvre infectieuse — Hyperthyroïdie — Sevrage toxicomanique — Bromure de méthyle — Plomb tétraéthyle 	<ul style="list-style-type: none"> — Hypothermie — Hyperthermie — Apyrexie
--	---

Confusion sans tremblements ni sueurs

<ul style="list-style-type: none"> — Hyponatrémie — Insuffisance rénale chronique — Insuffisance surrénale subaiguë — Accidents des corticoïdes..... — Hypercalcémie — LSD, haschisch, cocaïne, opium — Épilepsie post-critique — Hypertension intracrânienne — Hydrocéphalie — Tumeurs cérébrales — Encéphalites — CO — Tricycliques..... — Solvants chlorés..... — Benzol — Organophosphorés..... — Corticoïdes, INH, Aminophylline — Pancréatites aiguës — Toutes les causes de collapsus..... — Épisodes post-opératoires..... 	<p>Moins fréquentes dans les formes aiguës</p> <p>Addition insuffisamment traitée, à l'occasion d'un stress ou d'une infection</p> <p>Existant chez le malade âgé et l'alcoolique</p> <p>Éthylène glycol dans les antigels.</p> <p>Syndrome de Korsakoff aigu</p> <p>(dans les insecticides)</p> <p>Notamment infarctus du myocarde à forme confuse et à douleur décapitée</p> <p>Épisodes confusionnels d'étiologie parfois complexe et mixte.</p>
--	---

Psychiatrie, psychologie et pseudo-confusion

Il n'est pas exceptionnel de constater au cours de diverses affections psychiatriques l'émergence de manifestations d'allure confusionnelle. Il ne s'agit pas alors de confusion mentale au sens organique et étiologique du terme mais de signes de désorganisation plus classique.

Parmi les principales affections :

- les fugues, les amnésies, les états secondaires dissociatifs transitoires et les troubles de l'identité de l'hystérie;
- la schizophrénie;
- les psychoses puerpérales;
- les affections psychiatriques chez le sujet âgé;
- les bouffées délirantes;
- les accès mélancoliques ou maniaques (où la symptomatologie onirique peut être révélatrice).

Notons également que :

- certains états où la conscience est qualifiée de « crépusculaire » sont susceptibles d'évoquer un syndrome confusionnel;
- chez certains sujets indemnes de toute pathologie organique ou psychiatrique, l'épuisement et l'insomnie peuvent être seuls incriminés. L'apparition de certains troubles assez analogues à ceux qui sont observés dans la confusion doit conduire à un interrogatoire et à un examen approfondis.

En conclusion, on ne saurait trop insister sur le fait que l'existence d'un état confusionnel doit inciter à un examen clinique approfondi, à la recherche d'une pathologie organique, cause de la confusion ou symptôme associé.

Le syndrome confusionnel

- Signes négatifs (troubles de la conscience) :
 - air égaré,
 - désorientation dans :
 - . le temps,
 - . l'espace,
 - troubles de la mémoire.
 - Intensité variable d'un moment à l'autre.
 - Si léger, risque de passer inaperçu.
 - Conduite :
 - rechercher l'origine organique,
 - diriger vers un milieu hospitalier général.
- Signes positifs (Inconstants) :
 - perplexité anxieuse,
 - hallucinations,
 - onirisme,
 - délire non systématisé,
 - réactions imprévisibles.

L'examen du patient amnésique

L'examen clinique et bien sûr neurologique est indispensable. Il importe de noter avec soin les circonstances d'arrivée du patient aux urgences, les accompagnants éventuels, les vêtements et la présentation.

L'examen psychiatrique proprement dit est parfois difficile chez un sujet qui dit ne se rappeler de rien. On s'attachera à préciser le degré d'anxiété, l'état rythmique, la participation affective ou émotionnelle, la conscience du trouble. La recherche de troubles du cours de la pensée, d'éléments dissociatifs parfois *à minima*, d'un trouble du contact est également importante.

L'examen permettra également de caractériser le type de trouble mnésique :

- amnésie de fixation ou amnésie antérograde avec impossibilité de se rappeler les événements récents mais aussi une liste de noms ou d'objets, une consigne... après 3 à 5 minutes au moins (la capacité de rappel immédiat dépend surtout de l'attention et des capacités intellectuelles du sujet et n'est pas un bon reflet de l'état mnésique);
- amnésie d'évocation ou amnésie rétrograde. Le sujet ne peut évoquer des souvenirs anciens, est incapable de donner par exemple les principales dates de son existence.

Orientations diagnostiques

Amnésies d'origine organique

Les amnésies lacunaires surviennent à la suite d'un traumatisme crânien sont d'observation courante. Le sujet ne conserve ici aucun souvenir d'une période donnée, en général brève (quelques heures) mais il ne présente ni oubli à mesure ni amnésie rétrograde étendue. Rarement, il peut persister un déficit mnésique systématisé (amnésie verbale, avec perte de vocabulaire, amnésie d'un certain type d'apprentissage...).

On rapproche de ces amnésies les amnésies lacunaires observées après une crise comitiale ou dans le cadre de certaines intoxications (ivresses pathologiques par exemple, ou amnésie iatrogène, en général aux benzodiazépines). Le sujet peut parfois pendant la crise conserver une conscience et une vigilance quasiment normales et reste capable d'effectuer de manière adaptée des tâches parfois compliquées mais n'en garde aucune trace mnésique. Dans ce type de troubles peuvent survenir des troubles du comportement aux conséquences médico-légales parfois importantes, posant de difficiles problèmes d'expertise. L'amnésie et les circonstances de survenue de ces amnésies permettent souvent le diagnostic.

L'ictus amnésique est un trouble massif de la mémoire, de survenue et de fin brutales, de durée brève en général (six heures en moyenne). Le trouble concerne la mémoire antérograde avec incapacité totale de rétention de l'information constituant un véritable oubli à mesure. Le patient reste capable d'une activité élaborée, sa conscience et sa vigilance sont normales, il n'existe ni élément confusionnel ni trouble du langage. Il est inquiet, perplexe, posant sans cesse les mêmes questions. L'ictus amnésique survient en général chez un sujet âgé de 50 à 70 ans et ne récidive que rarement. Son étiopathogénie reste confuse. Durant l'accès, examen neurologique et EEG sont normaux.

LE PATIENT AMNÉSIQUE

Peu de patients suscitent autant que l'amnésique l'intérêt aussi bien de leur entourage que des équipes soignantes. Derrière un symptôme qui constitue en lui-même tout un mythe culturel, littéraire ou cinématographique, se retrouvent des tableaux cliniques et des étiologies très diverses.

L'**amnésie transitoire** symptomatique d'une pathologie vasculaire comporte en général des éléments confusionnels et s'étend sur une plus longue durée. Sa régression est progressive. L'examen neurologique et les autres fonctions intellectuelles peuvent en être perturbés.

L'**amnésie du syndrome de Korsakoff** répond à une séméiologie précise, aisément identifiable avec un cortège de fabulations et de fausses reconnaissances. Le contexte étiologique est évocateur (alcoolisme, malnutrition). Le début peut en être rapide. La vitaminothérapie par voie parentérale est de règle, permettant une amélioration inconstante.

Il est donc extrêmement rare qu'une amnésie d'origine organique prenne la forme d'une amnésie globale avec oubli de tout le passé et des événements récents. Cet état apparaît en effet plus fréquent dans la littérature et la mythologie populaire que dans la clinique. Lorsque de tels tableaux existent, il s'agit alors plus d'une dysmnésie que d'une amnésie vraie, le sujet éprouvant des difficultés à retrouver des souvenirs au demeurant présents.

Annésies d'origine psychiatrique ou psychologique

L'**amnésie sélective**, avec parfois faux souvenir ou souvenir-écran, est fréquente dans le cadre de la psychopathologie névrotique et répond à des mécanismes de défense particuliers (déli, refoulement). Elle est bien connue des psychothérapeutes mais ne conduit en général pas le patient aux urgences sauf dans certains contextes de traumatismes psychiques intenses (deuil, agression, catastrophe naturelle, attentats...). Les circonstances de survenue, l'angoisse du sujet, la note confusionnelle font alors le diagnostic.

Beaucoup plus frappante et démonstrative est l'**amnésie antérograde** avec oubli de l'identité et de tout souvenir personnel (ou presque) chez un patient au demeurant conscient et bien orienté. Le patient peut être capable de fournir des informations diverses (situation politique, langue étrangère parlée par exemple) mais ne connaît rien de sa personne propre. Il n'a souvent sur lui aucun élément susceptible de l'identifier (papiers, carnets d'adresses). Il est en règle amené aux urgences par des tiers (pompiers, passants...) l'ayant retrouvé errant ou plus ou moins inconscient.

Ces patients ont un niveau d'anxiété étonnamment bas compte tenu de leur situation. Leur contact est en général bon, leur comportement en groupe très adapté. L'engouement des équipes soignantes voire même des autres patients pour ce type d'amnésiques est particulièrement frappant, les uns et les autres se lançant bientôt dans un véritable jeu de piste afin de retrouver l'identité de l'inconnu qui livre en général peu à peu des indices.

La pathogénie de ce type de troubles reste souvent hésitante, oscillant entre un trouble névrotique (avec éventuellement réaction à une situation éprouvante ou à un choc émotionnel) et une simulation visant à obtenir divers bénéfices secondaires. Une étiologie mixte est probablement la plus fréquente avec peut-être surstimulation d'un trouble mnésique initial faisant suite à un état dissociatif ou crépusculaire hystérique. La conduite à tenir devant ces patients amnésiques passe en général par l'hospitalisation en milieu psychiatrique. On proposera au sujet une écoute attentive, tout en évitant l'écueil du « jeu de piste » précédemment cité. Il

importe d'être réceptif à la détresse en règle à la base de ces comportements en limitant autant que possible les bénéfices secondaires du patient.

Les troubles mnésiques des états dissociatifs d'origine psychotique ne sont pas isolés; bizarrerie du contact, discordance et éléments délirants éventuels permettent le diagnostic.

Rappelons pour conclure qu'un bilan médical, complété en général par une imagerie cérébrale, ne devra pas être négligé même lorsque l'origine psychiatrique est probable.

LE SUJET ANGOISSÉ

Définition

Au sens littéral du terme (angere = opprimer), l'angoisse est un sentiment lié à une sensation de resserrement au niveau de la région rétrosternale.

Nous ne nous étendrons pas ici sur les discussions concernant la différence entre l'anxiété et l'angoisse. Notons simplement que dans la plupart des langues (en allemand « angst », en anglais « anxiety » il n'existe qu'un seul mot pour les désigner. Littéré écrit dans son dictionnaire de médecine « inquiétude, anxiété et angoisse sont trois degrés du même état ».

L'anxiété banale (sujet anxieux parce qu'il a peur de rater son train) ne peut être considérée comme un état pathologique.

Une angoisse « existe donc, virtuellement au moins, en tout être; la maladie ne la crée pas mais la révèle en désorganisant la personnalité » (Kammerer).

En dehors de toute conception pathogénique, et quelle que soit son origine, l'angoisse est un symptôme dont l'expression linguistique et somatique est particulièrement riche.

En ce qui concerne l'urgence, on distingue trois degrés d'intensité dans les crises d'angoisse.

Crise majeure

Elle comporte à des degrés divers :

- *Sentiment de danger ou de catastrophe imminente et indescriptible.*
- *Impression d'anéantissement, absence de réaction vis-à-vis de menaces et d'événements tragiques évoqués sans détail précis : ce qui est ressenti est sans cohésion. On parle de sensation de morcellement de la pensée, d'éclatement, de décomposition. Une comparaison : la dissolution d'un cristal dans un liquide; tous les éléments constitutionnels du cristal restent présents mais dispersés au sein du liquide.*
- *Intensité des manifestations observées. Leur importance est telle que l'examineur peut être en quelque sorte contaminé et cela d'autant plus que le sujet ne profère pratiquement aucune parole.*

Conduite à tenir

Une telle symptomatologie signe presque toujours un état psychotique aigu. Un transfert immédiat vers un service spécialisé est indispensable, au besoin précédé de l'administration d'un neuroleptique sédatif.

Des causes organiques peuvent néanmoins provoquer un tableau clinique similaire. Elles sont indiquées dans le tableau suivant.

Causes organiques de la crise d'angoisse majeure

- Hypoglycémie
- Toxiques :
 - . alcool,
 - . haschisch,
 - . LSD (diéthylamide de l'acide lysergique),
 - . cocaïne,
 - . éther,
 - . monoxyde de carbone (Co),
 - . solvants chlorés d'usage professionnel, domestique.
- *Sevrage toxicomaniaque au début* (diagnostic souvent difficile car le malade, dominé par son angoisse, est incapable de donner les détails utiles).
- *Prédelirium tremens* (qui peut être considéré comme un sevrage toxique).
- *Éphédrine*.
- *Corticoides*.
- *Encéphalites virales*.
- CS₂ (avec sensation de froid au niveau du scrotum et des grandes lèvres, ce qui peut en imposer pour une origine délirante).
- *Hypertension intracrânienne*.
- *Hypertension artérielle maligne*.
- *Syndrome de Meynière*.
- *Hypotensions* : hémorragies internes indolores (la crise peut, dans ces cas, précéder le choc et le coma avant les signes caractéristiques de l'affection).
- *Phencyclidine (PCP)*.

• Crise d'anxiété généralisée

Le patient réclame une consultation d'urgence. Il donne à l'entretien une connotation assez spéciale qui, surtout la nuit, peut être contagieuse.

Le patient est incapable de décrire avec précision le sentiment de peur intense qui l'opresse. Il reste évasif, ne peut donner aucun détail, sinon pour répéter que ce qu'il ressent ne lui laisse aucun répit.

L'intensité du danger qu'il perçoit est intolérable, cela se traduit par un sentiment d'anéantissement paralysant.

Il peut s'agir :

- soit de sensations physiques :
 - . étouffement,

- . évanouissement,
- . mort imminente,
- . etc.
- soit de manifestations psychiques, toutes centrées sur l'impression d'inadaptation au monde extérieur, de folie qui le guette.

Ses plaintes sont aussi variées que multiples :

- palpitations,
- sensations de striction au niveau de la gorge et de l'estomac,
- douleur dans la région précordiale.

Il a peur de perdre son identité, sa personnalité, sa conscience. Il est obsédé par la crainte de ne plus se contrôler, de ne plus rien comprendre.

Il demande souvent avec insistance des examens cliniques ou paracliniques : de la simple prise de tension artérielle, les analyses sanguines ou urinaires, l'ECC jusqu'aux explorations les plus sophistiquées : scanner, Doppler et même des techniques encore au stade expérimental dont il a lu la description dans la presse.

Le malade pour décrire son état parlera volontiers avec une certaine précision de vertiges, de perte de connaissance, de douleurs, mais il peut aussi dissimuler son angoisse et abuser son entourage.

Il est intarissable et c'est là un des meilleurs arguments en faveur de l'origine psychologique des troubles.

Étiologie

Toutes les affections organiques aiguës, subaiguës et chroniques sont génératrices d'angoisse.

Un examen clinique doit être pratiqué. Son importance dépend des signes observés mais aussi de la répétition des crises. Une réponse purement technique, examen physique et multiplication des explorations paracliniques peut avoir un effet curatif à court terme mais enfonce le malade dans son impasse.

Il importe, une fois éliminée l'organocité, de chercher avec le patient à relier cette angoisse à une situation actuelle.

□ **Situations conflictuelles.** - Le fait de mettre en évidence ce lien pourra être utile pour calmer l'angoisse et éventuellement résoudre ce conflit, *mais cela est loin d'être la règle*.

Il s'agit souvent de problèmes de rivalité et de compétition volontairement masqués ou partiellement niés. Effrayé par son agressivité, le patient se sent incapable d'agir.

Dans le domaine sentimental et affectif, les patients s'expriment en général avec plus de clarté. Encore faut-il les y aider.

Il ne faut rien négliger : problèmes propres à l'adolescence ; aux aléas de la vie de couple, à la sexualité mais aussi départ d'un enfant, anniversaire d'un deuil, rupture d'une amitié, etc.

□ Surmenage et épuiement

Le caractère contraignant du travail peut entraîner une fatigue intense confinante à l'épuisement. Réelle ou invoquée, l'évolution des relations interhumaines n'est pas à négliger dans l'apparition d'un sentiment quasi permanent d'exaspération chez certains hommes à l'approche de l'âge de la retraite.

□ Accidents, catastrophes, traumatismes physiques

Ils sont fréquemment à l'origine de crises d'angoisse. Chez les sujets anxieux, elles peuvent survenir après une période de latence.

□ Crises d'angoisse survenant après la cinquantaine

La plus grande prudence s'impose, car on sait l'intrication fréquente de l'agitation et de l'angoisse avec des affections organiques, telles qu'une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, la perforation d'un ulcère, etc. Un examen clinique doit être pratiqué, cependant que le dialogue se poursuit. Le cas échéant, des mesures sont à prendre rapidement sans s'attarder sur le vécu...

□ Crises d'angoisse iatrogènes

- Certains médicaments peuvent être anxiogènes : corticoïdes, amphétamines, certains tuberculostatiques, antidépresseurs non anxiolytiques, neuroleptiques, surtout les incisifs...
- Ailleurs, le médecin lui-même est à l'origine de cette angoisse par des soupçons diagnostiques ou l'évocation d'une éventuelle intervention chirurgicale ou encore d'une hospitalisation sans la moindre préparation.
- Des crises d'angoisse surviennent au cours d'affections somatiques graves ou chroniques. Elles peuvent être liées à la peur de la mort mais aussi à la peur d'être abandonné surtout si le patient sent qu'entre lui et son médecin règne un malaise mal défini. Il s'agit parfois de phantasmes paradoxaux, c'est-à-dire renforcés par les déclarations du médecin qui annonce, à contretemps au patient qu'il n'a rien, précisément à un moment où celui-ci en est persuadé et n'a pas besoin de se l'entendre dire. Le patient interprète la nouvelle comme l'annonce d'une maladie incurable sur laquelle on ne veut pas lui dire la vérité.
- Il faut connaître aussi l'existence d'une symptomatologie anxieuse lors de l'arrêt brutal d'un traitement aux benzodiazépines. Ces décompensations sont d'autant plus marquées que la demi-vie du produit est plus courte.

On assiste à un rebond de l'anxiété ou à de nouveaux symptômes : insomnie, agitation, tremblement. Ils sont bénins mais les sevrages aux benzodiazépines doivent, comme avec les barbituriques, être graduels.

□ Décompensations névrotiques

- Les troubles phobiques dans lesquels l'angoisse est liée à un type de situation ou à une personne précise, mais n'existe plus en son absence... Bon nombre de crises d'angoisse à l'hôtel, dans la rue, le train, l'avion sont de ce type... Phobies sociales ou de lieu, elles sont souvent associées ou soulagées par de faibles doses d'alcool.

• *Le comportement obsessionnel* peut ne pas revêtir la forme classique des troubles à type d'obsessions (idées ou pensées stupides ou immorales) ou de compulsions (actes rejetés après d'inépuisables et pénibles luttes intérieures vécues dans l'ambivalence). Chez certains sujets, l'angoisse est canalisée grâce à un mode de vie organisé, sans imprévu et toute dérogation à ce style de vie déclenche la crise d'angoisse. Ainsi en est-il de certaines crises d'angoisse dues au repos forcé, à un changement d'habitude professionnelle ou à un déménagement.

• *Le comportement dépendant* : le patient se défend contre son angoisse en la contournant grâce à une relation d'allure infantile avec une personne qui partage parfois sa névrose et y trouve un bénéfice quelconque. Cette personne menace-t-elle de s'éloigner ou s'absente-t-elle, les crises d'angoisse se déclenchent.

Conduite à tenir

1 - Dans l'immédiat :

- Écarter l'entourage pour limiter la dramatisation.
- Contrairement à d'autres situations aiguës, essayer de limiter le temps de l'examen physique pour en consacrer davantage à l'entretien.
- Prévenir le malade du temps approximatif dont on dispose afin de ne pas créer de rupture brusque et inattendue.
- L'entretien est, en effet, vécu à lui seul comme un soulagement : parler, parler seulement, peut avoir un résultat rapide, rassurant, le médecin doit inviter le malade, une fois ses troubles décrits, parfois longuement, à dégager une signification à cet état d'angoisse, le silence relatif peut avoir ici un effet incitatif en montrant au patient qu'on s'intéresse à autre chose qu'à ses symptômes. On essaie de le placer sur une autre piste.
- une intervention discrète est nécessaire pour fournir au patient des indices et l'orienter : histoire récente ou contexte plus ancien et répétitif, ne pas céder au prurit interprétatif (inceste, castration, homosexualité latente, et autres) qui, dans l'immédiat, constitue plus une barrière qu'un accès à la spontanéité.
- Un retour au calme relatif est ainsi obtenu par l'exposé et la mise à plat des difficultés les plus criantes. Ce résultat brillant ne doit cependant pas faire illusion : rien n'est modifié en profondeur.
- L'entretien unique peut cependant suffire dans l'immédiat, accompagné parfois par la prescription d'un traitement anxiolytique.

2. Un projet doit être envisagé avec le patient : entretiens au cabinet du médecin. Un traitement ponctuel, purement symptomatique, ne ferait qu'entériner un type de réponse artificielle et créer l'amorce d'une escalade symptomatique.

3. *Quand adresser le malade au psychiatre ?* Après élimination d'organicité et dans certaines circonstances :

- Le médecin se sent incapable de faire face à la situation, il préfère d'emblée, à juste titre souvent, confier le patient à un collègue. Le patient peut flairer le « danger », il importe d'agir avec beaucoup de doigté, surtout en situation d'urgence...

- En raison de la répétition des crises :

- malgré la résolution du conflit apparemment générateur, l'angoisse persiste, le patient est entraîné dans de nouvelles difficultés. Peu à peu se révèle une personnalité pathologique;
- ailleurs, la réparation de la décompensation aiguë ne se fait pas;
- savoir attendre pour parler du psychiatre à ces malades qui somatisent leur angoisse et choisissent en quelque sorte de ne pas voir le lien entre leur situation actuelle et leurs troubles fonctionnels. Il est parfois souhaitable de respecter quelque temps la répétition des crises et la demande d'examen physiques, sans précipiter le patient par un refus systématique dans la fiction du langage corporel.

La survenue d'un mouvement dépressif peut être le signe d'une approche plus psychologique.

- Parce que l'angoisse survient sur un terrain manifestement psychotique dont la symptomatologie s'intensifie de jour en jour : dépression majeure, poussée schizophrénique ou psychose aiguë. Dans ces cas, il est préférable de faire appel sans tarder au psychiatre ou envisager une hospitalisation.
- Parce qu'on a l'impression que cette angoisse peut être le début d'un processus schizophrénique : angoisse mal motivée, s'accompagnant chez l'examineur d'un sentiment d'étrangeté, voire du phénomène dit d'angoisse transmise : le patient, pour en faire l'économie, parviendrait à transmettre sa propre angoisse jusqu'à en perdre, lui, le sentiment. Face aux paroles et au comportement d'un tel sujet, parler de discordance d'ambivalence, de pauvreté affective ou à l'inverse de violence sur le point de se réaliser affine la description.

Attaque de panique

Entité clinique récente, distincte des autres manifestations d'anxiété.

Critères diagnostiques

L'élément central chez ces patients consiste en attaques d'anxiété récurrentes, sans événement déclenchant, survenant de façon spontanée, accompagnées de sentiments de panique et de terreur. Des symptômes peuvent y être associés tels que dyspnée, palpitations, douleurs thoraciques et inconfort, vertige, déréalisation, paresthésie, bouffées de chaleur et de froid, transpiration, impression d'évanouissement, tremblements ou secousses musculaires, peur de mourir, de devenir fou ou de commettre un acte non contrôlé.

Les symptômes se présentent en crescendo pour atteindre un sommet après une dizaine de minutes.

Diagnostic différentiel

- Hyperthyroïdie, hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, prolapsus de la valve mitrale, arythmie cardiaque, insuffisance coronarienne, phéochromocytome, hypoglycémie, vertige vrai, sevrage à certaines drogues et sevrage alcoolique.
- Anxiété généralisée, troubles dépressifs, schizophrénie, dépersonnalisation, etc.

Conduite à tenir

1. Quand le patient est examiné en urgence à la première attaque de panique, la crise est souvent déjà dissipée. Le patient confirme son apparition soudaine et sa durée limitée, entre 20 à 30 minutes. Il tente de convaincre de l'extrême acuité du problème médical qu'il a vécu. Même si le plus souvent cette entité survient chez des jeunes femmes, apparemment en bonne santé, l'omnipraticien éliminera un problème cardiaque et constatera que les examens de laboratoire s'avèrent normaux.
2. Le diagnostic est rarement établi après un premier épisode. Lors d'une deuxième attaque, encore une fois, les différents examens cliniques et de laboratoire restent normaux.
3. Il est préférable alors d'utiliser une benzodiazépine à action rapide comme l'alphazolam *per os* à raison d'une dose de 2 à 4 mg. Cela aura pour effet de faire cesser la crise mais sans pour autant prévenir l'apparition d'autres attaques. Il est donc important de penser à ce diagnostic à ce stade et de référer le patient à une consultation externe pour investigation et traitement. Malheureusement, ce diagnostic est encore trop souvent négligé et différentes approches inadéquates sont encore suggérées : psychothérapies variées et autres suggestions telles que conseils au patient de prendre des vacances ou de faire du sport...
4. Une fois le patient référé à la consultation externe et les investigations pour élimination des autres diagnostics terminées, on pourra envisager un traitement pharmacologique utilisant d'abord l'aprazolam (Xanax) qui aura pour effet de prévenir d'autres attaques de panique éventuelles. Les patients ne répondant pas à cette médication pourront être traités avec un antidépresseur tel que l'imipramine ou un IMAO (inhibiteur de la mono-amine-oxydase).

Spasmophilie

Cet ensemble symptomatique n'existe qu'en France où il semble assez fréquemment retrouvé dans la pratique médicale courante. Le terme de **spasmophilie est absent du vocabulaire médical anglo-saxon**.

Il existe une tétanie post-chirurgicale (parathyroéoprive) avec des crises de tétanie typique : paresthésies, signe de Chvostek, main d'accoucheur, calcémie effondrée.

Rappel clinique

Elle accompagne une angoisse plus ou moins intense où prédominent les symptômes respiratoires : oppression, boule dans la gorge...

La « crise » aiguë associe :

- paresthésies des extrémités,
- manifestations hypertoniques débutant aux mains,

On retrouve :

- crispation du visage, bouche en museau de carpe...
- des manifestations variées (42 symptômes dénombrés) d'hyperexcitabilité neuro-musculaire,

Symptomatologie — Conduite à tenir

- le signe de Chvostek,
- la manœuvre de Trouseau rarement positive ou à peine ébauchée,
- une personnalité anxieuse.

Ces signes n'ont aucune spécificité.

Les examens biologiques ne sont pas significatifs et surtout ne débouchent sur aucun traitement particulier.

Conduite à tenir

On ne peut se contenter de dire que cet ensemble clinique n'existe pas. Savoir cependant que les examens biologiques, même réduits au minimum, s'ils rassurent parfois peuvent aussi renforcer les symptômes et éloigner le malade d'une issue thérapeutique appropriée.

En pratique :

- il faut dédramatiser et calmer la situation dans sa phase aiguë;
- dans les cas relevant d'une névrose d'angoisse, on peut utiliser les benzodiazépines mais pas en cure continue;
- l'approche psychothérapeutique n'a de chances d'aboutir que lorsque la demande est exprimée par le malade, ce qui est rare;
- une relaxation psychologique peut être efficace et bénéfique, à plus court terme.

A la notion d'un état morbide complexe, bien que surtout fonctionnel, la plupart des auteurs — et à leur tête les neuropsychiatres — préfèrent substituer celle d'affection non spécifique survenant dans le cadre des manifestations anxieuses névrotiques.

Névroses traumatiques

Ce sont des états assez durables pour être individualisés. Ils ont quelques traits communs.

- **Facteurs favorisants :**
 - liés aux événements : insécurité, violence, guerre, transplantation, attentats,
 - liés parfois au sujet : appréhension, pessimisme.
- **Temps de latence :** de quelques heures à plus d'un an.
- **Traumatisme psychique :**
 - frayeur intense (accident, séquestration, menaces, agressions, viol...),
 - sensation de mort imminente,
 - sans lésion organique (dans les formes pures).
- **Symptomatologie :**
 - rêves, cauchemars répétés,
 - insomnie, peur du sommeil,
 - comportements phobiques intenses et répétés,

Le sujet déprimé et non suicidaire

- frigidité, impuissance,
- reviviscence obsédante (visages dans la rue, peurs, sursauts...),
- parfois état anxio-dépressif permanent.

• Conduite à tenir

- résultat incomplet ou paradoxal des chimiothérapies sédatives,
- méthodes réactives : faire revivre au sujet l'événement, véritable « désinfection mentale » (P. Janet).
- **Un risque particulier : passage à la sinistrose.**

— LE SUJET DÉPRIMÉ ET NON SUICIDAIRE

Les troubles dépressifs de l'humeur sont-ils abordés avec tout le volontarisme thérapeutique qu'ils méritent ?

Le risque suicidaire ne résume pas l'urgence de la dépression. Certains mélancoliques dénutris et insomniaques mettant en jeu leur santé physique, l'urgence peut devenir somatique.

L'urgence tient surtout à la nécessité de soulager une douleur morale. On sait que l'action des antidépresseurs est décalée dans le temps de quinze jours en moyenne et souvent plus. On doit, en attendant, aider le malade par une approche psychologique et pharmacologique.

A propos de ces patients, vus parfois en urgence, rappelons que :

- **La dépression peut être symptomatique d'affections organiques,** heureusement rarement de véritables urgences médicales. Le risque demeure cependant, qu'elles soient négligées ou méconnues : mononucléose, hépatite, syndrome de fatigue chronique, etc.
- De véritables dépressions d'allure mélancolique peuvent se voir dans les encéphalites virales. Signalons encore les dépressions graves observées dans l'hypertension intracrânienne, l'insuffisance thyroïdienne, le bromure de méthyle, l'avitaminose PP.

Certains patients présentent des états où s'associent dépression, angoisse et fatigue. Ils sont suivis depuis plusieurs semaines ou mois et traités exclusivement par benzodiazépines, souvent associées ! Le simple fait de stopper ou de diminuer ces traitements améliore la fatigue, la somnolence diurne et stimule le dynamisme intellectuel et la mémoire. Le trouble de l'humeur n'en est alors que plus manifeste quand il persiste et un traitement peut être institué dans la clarté.

Il est impératif de reconnaître la dépression chez :

- ceux que la douleur morale submerge et que le désespoir peut saisir à tout instant, surtout si, en un effort souvent surhumain, ils sauvent la face et restent souriants;
- ceux qui ne reçoivent que des tranquillisants pour leur insomnie et leur angoisse;
- ceux que ligotent leurs préjugés ou ceux de leur entourage : « pas de ça dans la famille »;

- ceux qui parviennent à convaincre leur médecin du bien-fondé de leur état et qu'on abandonne à leur sort au nom de la fatigue, de la vieillesse, d'un trouble caractériel quelconque;
- tous les alcooliques, les « paniqués », les violents, les phobiques, tous ceux qui notent leurs symptômes sans les surmonter et masquent leur état en le faisant payer fort cher autour d'eux;
- ceux qui, sous le couvert d'organicité, multiplient les examens et s'enfoncent, entourés de nombreux bilans tous normaux et souvent coûteux.

Conduite à tenir

Il est urgent de sortir de ces impasses et de dénouer le traitement : chaque jour perdu est un jour de souffrance inutile.

Dans l'immédiat, des décisions sont parfois à prendre : hospitalisation, arrêt de travail, sevrage, séparation transitoire...

Un soulagement partiel rapide peut être obtenu en quelques heures par l'usage de médicaments de confort, un sevrage, la simple prise en charge et parfois la perspective d'une hospitalisation. Ces éléments de temporisation permettent de clarifier bien des situations et d'éviter d'entreprendre à l'aveugle des chimiothérapies longues et inutiles.

Il faut être particulièrement vigilant auprès des vieillards dénutris, des sujets isolés, des malades chroniques ou en rupture de traitement, des sujets ayant des antécédents suicidaires.

La mobilisation et le volontarisme du médecin permettent, dans tous ces cas, de remonter la pente du fatalisme ambiant, souvent sécrété par le malade lui-même et communiqué à l'entourage. Dans la famille d'un déprimé, le symptôme participe au maintien d'un équilibre, d'une homéostasie et le système familial fonctionne avec le malade, péniblement, mais il fonctionne.

Comment, dans ces conditions, faire admettre la nécessité des soins? N'est-ce pas cependant une urgence?

LE SUJET DÉLIRANT

On regroupe ici :

- les bouffées délirantes dites aussi **psychoses aiguës**;
- les **phases aiguës** des psychoses chroniques, qualifiées parfois de « moments féconds ».

Clinique

□ Bouffée délirante

- Les faits suivants mettent sur la voie de ce diagnostic :
- le début est étalé sur quelques jours à quelques semaines.
 - Les troubles sont variables d'un moment à l'autre.
 - L'affectivité est particulièrement instable : accablement et angoisse succèdent sans transition à des phases particulièrement d'exaltation et de rire inimitable.

- Face au médecin, l'attitude est contradictoire, traduisant à la fois des sentiments de sympathie, de méfiance et parfois d'hostilité.
- Le sujet paraît plongé dans une vie imaginaire sans pourtant être coupé du monde.
- Aucun thème délirant n'émerge de façon stable et cependant, si on considère que le patient délire, on dirait de son délire qu'il n'est pas systématisé.
- C'est une expérience ineffable non une histoire à raconter. Le patient y adhère d'ailleurs de façon variable, passant de la conviction la plus intense à la perplexité interrogative et désarmée.
- En fait, il ne donne guère de détail précis. Cette expérience étrange ne fait cependant aucun doute et, pour lui, n'est pas du domaine de la pathologie.
- Les hallucinations psychiques ou sensorielles traduites par des attitudes d'écoute sont fréquentes mais souvent éclipsées par divers sentiments. Le sujet est fasciné par sa propre pensée qui lui paraît devenue celle d'un autre tout en restant aussi la sienne.

□ Schizophrénie. — On l'évoque sur des nuances cliniques.

- Le début est progressif, étalé sur plusieurs semaines ou mois.
- Le contact est aussi difficile mais il semble plus en rapport avec l'incohérence de la pensée.
- Des troubles de l'affectivité, l'indifférence semble l'emporter sur tous les autres.
- Les propos sont contradictoires, émaillés de sourires inexplicables (par le sujet lui-même) ou d'une froideur particulière.
- Le discours est flou, abstrait, sans signification, sans pertinence et sans référent actif.
- L'anamnèse est évocatrice, surtout si l'on retrouve un ou plusieurs épisodes identiques, sans rémission intermédiaire.

Diagnostic différentiel

Il se pose surtout avec un *état confusional ou confuso-onirique* et son importance tient au fait que ceux-ci relèvent le plus souvent d'étiologies organiques et curables à court terme.

- Dans ces psychoses aiguës non confusionnelles, le sujet n'est pas désorienté, ni dans le temps, ni dans l'espace, mais :

- ses bizarreries,
- son manque d'attention,
- son mutisme intermittent,

rendent difficile l'appréciation de ce trait sémiologique pourtant majeur.

- En fait, chez certains délirants aigus, la lenteur des réponses, l'absence de synthèse mentale peuvent en imposer pour un état confusionnel ou permettent de parler de formes intermédiaires, le malade manifestant avant tout sa « désorganisation » mentale.
- Dans les cas psychiatriques, il n'existe pas de trouble organique important d'accompagnement.

Conduite à tenir

Dans l'expérience psychotique aiguë, on peut proposer le commentaire suivant. La propre solution du patient lui paraît la meilleure et notre effort thérapeutique dangereux. Pourquoi le médecin est-il alors parfois mieux accepté que le psychiatre ? Le médecin, passant au large du délire, est moins inquiétant que le psychiatre qui, lui, mobilise en quelque sorte le foyer de la fracture psychique que le patient réduit par le procédé primaire du délire. Le malade se défend de l'approche directe comme le fracturé redoute tout déplacement de sa blessure. Les questions du psychiatre touchent en effet trop près l'essentiel pour ne pas donner à penser au malade que les soins peuvent détruire le fragile équilibre qu'il a trouvé. Il faut aborder ces malades avec prudence, avec des questions simples, des termes familiers qui les amènent lentement à considérer que notre action peut comporter des éléments rassurants.

L'approche traditionnelle médecin-malade, où s'entremêlent technique et compassion est cependant tout à fait hors du contexte psychologique des états délirants aigus. Comprendre la logique du danger que constitue pour le patient tout effort trop clairement thérapeutique, retirer à la situation une partie de son irrecevabilité. Déchargé d'une partie du poids de cet irritant comportement que constitue le refus de soin, le médecin doit aborder le patient avec des attitudes plus adaptées. Il est difficile pour le médecin d'admettre que le malade a non seulement ses raisons mais qu'il a raison d'avoir peur. C'est pourtant la seule façon d'envisager de l'aider sans prétendre l'extraire brutalement de sa vision du monde et de lui-même.

Traitement intensif des psychoses naissantes

Il n'existe pas de prévention de l'entrée en psychose, c'est-à-dire de la première bouffée délirante survenant chez l'adolescent ou l'adulte jeune. On intervient sur ces psychoses naissantes en considérant que l'affection est déjà entrée dans une phase d'irréversibilité et d'incohérence. Il faut dépasser cette impression sémiologique et pronostique. L'expérience initiale de la psychose est en effet dominée par :

1. **des troubles de la subjectivité** : le patient ne sait qui, de lui ou des autres, est à l'origine des actes qu'il exécute et des pensées qui l'animent, ce qui est à l'origine de perplexité et d'angoisse ;
2. **un sentiment singulier de centralité** : le patient est le centre de l'espèce humaine, ne sait pas pourquoi et n'a pas de recours possible auprès de quiconque. L'unanimité semblant se faire autour de lui, il peut en tirer les conclusions les plus variées et les plus extrêmes.

L'approche directe du sentiment de **concernement** et des mécanismes de sa **généralisation** (centralité) permet d'accompagner cette première phase dans ces deux aspects. On doit tenter de ramener le trouble à des causes naturelles, le dérèglement des connexions interindividuelles automatiques. Il faut aussi s'efforcer d'explicitier avec le patient l'**expérience de centralité**, comme la conclusion plausible du trouble sous-jacent de l'intersubjectivité. En ne restant pas sans réponse face à ses incertitudes et à ses affirmations on

Étiologie organique

Certaines causes organiques peuvent être incriminées dans la genèse d'états semblables ou proches.

Il s'agit le plus fréquemment de causes toxiques (qu'elles soient dues à une administration volontaire ou accidentelle), mais aussi d'affections neurologiques.

Les tableaux ci-contre donnent la liste des principales causes non psychiatriques de phénomènes délirants aigus.

Causes toxiques

- **Alcool.**
- **Haschisch** à doses massives.
- **LSD** (diéthylamide de l'acide lysergique) et **PCP** (phenylclidine).
- Amphétamines.
- Encéphalites.
- Abscès du cerveau sans fièvre.
- **Surdosages médicamenteux** :
 - . insuline,
 - . antidépresseurs tricycliques,
 - . corticoïdes,
 - . isoniazide,
 - . antiparkinsoniens,
 - . cimétidine,
 - . surdosage en thyroxine.

Causes neurologiques

- Épilepsie temporale à dominante hallucinatoire.
- Toutes les hyperthermies graves, surtout les personnes âgées et les sujets très jeunes (diagnostic aisé).
- Hémorragies méningées.
- Méningites.
- Fractures du crâne à distance du trauma crânien.
- Toutes les hypertensions intracrâniennes.
- Porphyrie aiguë intermittente.
- Insolation (y penser en l'absence de témoin !).
- Toxiques professionnels :
 - . plomb tétraéthyle,
 - . organomercurels,
 - . bromure de méthyle (riche production hallucinatoire),
 - . sulfure de carbone (s'il s'agit d'une intoxication grave).

En guise de conclusion : ne jamais poser le diagnostic d'affections psychiatriques pures dans lesquelles — qu'il s'agisse de confusion ou de délire — les troubles somatiques sont absents ou très discrets, avant d'avoir recherché la possibilité d'une étiologie organique.

s'oppose au développement d'idées délirantes plus stables et systématisées. Un travail psychothérapeutique **volontariste** est ainsi mis en route dès le premier entretien et lors d'entretiens pluriquotidiens.

Un usage modéré des neuroleptiques, un travail sur l'entourage et sur la reconstitution du lien social sont également mis en place.

LE SUJET STUPEUR

Les états d'inhibition ou de stupeur constituent un groupe d'affections dont le caractère symptomatique commun est une **indifférence du patient vis-à-vis de son environnement**.

Le médecin peut être appelé au chevet de tels patients. L'urgence se pose ici en termes mixtes car, en dehors même des étiologies organiques, ces états peuvent affecter les grandes fonctions vitales, surtout chez les sujets fragiles (vieillard, alcoolique) et nécessiter des soins médicaux et psychiatriques d'emblée.

Clinique

On individualise :

Lenteur et rareté des mouvements avec, dans les cas extrêmes, une inertie totale, le sujet s'exprime peu, même si on le sollicite.

- *Le ralentissement de l'idéation* avec baisse de l'attention (spontanée ou provoquée) qui caractérise la *bradypsychie*. L'expression des idées est atteinte : le sujet n'émet que de rares paroles espacées les unes des autres, faisant preuve, dans les cas extrêmes, d'un mutisme difficile à dépasser.

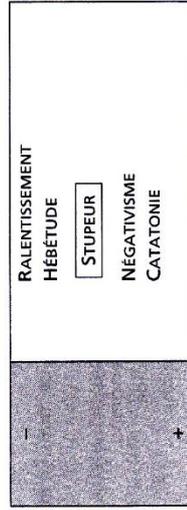
- *L'hébétude* qui rend le malade incapable d'utiliser ses facultés intellectuelles. Les yeux sont à demi fermés, le malade ne répond aux questions que par signes, émettant rarement quelques mots mais il faut y mettre beaucoup d'insistance.

- *La stupeur*, suspension quasi complète d'activité physique ou psychique. *Le faciès* est inexpressif, figé, le regard ne traduit aucune expression si ce n'est l'étonnement ou l'indifférence. *L'immobilité absolue*, le silence total et le refus de toute nourriture sont fréquents. Le gâtisme est rare.

Un certain degré de catalepsie peut s'y associer (flexibilité cireuse). Lors des tentatives de mobilisation des membres la résistance opposée est moins marquée que dans la catatonie.

- *Le négativisme*, « une tendance permanente et instinctive à se raidir contre toute sollicitation venue du monde extérieur ». Le sujet ne réagit plus aux ordres et aux consignes qu'on lui donne et oppose une résistance obstinée à toute tentative de mobilisation. Une rétention, urinaire et fécale, complète éventuellement le tableau clinique.

Ces états cliniques ne forment pas une entité pathologique mais ils présentent entre eux de nombreux points communs. Leur intensité et leur association les distinguent. Par ordre d'intensité croissante :



Diagnostic différentiel

Il comprend :

- Troubles de la vigilance où le sujet répond aux stimulations extérieures.
- Comas à l'extrême...
- Obnubilation, torpeur et stupeur peuvent faire partie du tableau de la confusion mentale.

Étiologie

- **Psychiatrique** : à des degrés divers, ces états s'observent dans les dépressions majeures, surtout dans les mélancolies dont il existe une forme stuporeuse.

Ils peuvent apparaître au cours de l'évolution des délires chroniques surtout schizophréniques.

- **Organique**.

Le syndrome catatonique

☐ **Clinique**. — *La catatonie* est classée à part. Elle se caractérise par l'alternance de tableaux cliniques différents.

- *La phase négativiste* est très rare de nos jours. Figé, littéralement pétrifié, le malade paraît indifférent à ce qui se passe autour de lui. Le négativisme est plus ou moins intense. Il est impossible de mobiliser les membres. Le mutisme est invincible, les rétentions sphinctériennes fréquentes, le refus de s'alimenter absolu.

- *Dans une autre phase, la passivité* domine le tableau. La résistance aux tentatives de mobilisation est atténuée (flexibilité cireuse), les attitudes provoquées restent telles quelles sans que apparemment se manifeste de fatigue musculaire.

Causes organiques des états d'inhibition ou de stupeur

- Hypoglycémie.
- Neuroleptiques.
- Hypercalcémie hyperparathyroïdienne.
- Intoxication au monoxyde de carbone (Co).
- Insuffisance thyroïdienne.
- Maladies infectieuses.
- Hypertension intracrânienne.
- Certaines tumeurs cérébrales.
- Encéphalopathie pancréatique.
- Avitaminose B₁.
- Accompagnée d'hypothermie.
- Lorsqu'un correcteur n'a pas été administré.
- États de mutisme et de bradykinésie.
- Lorsque le traitement substitutif est interrompu.
- Typhoïde.
- Brucellose.
- Plus spécialement :
 - . craniopharyngiome,
 - . tumeurs du troisième ventricule,
 - . tumeurs frontales.
- Dissociée de la crise douloureuse.
- Syndrome de Gayet-Wernicke avec torpeur alternant avec l'agitation.
- Troubles oculaires quasi constants (95 %) des cas avec :
 - . atteinte uni- ou bilatérale (3^e, 4^e et 6^e paires),
 - . paralysie des mouvements conjugués des yeux et nystagmus.
- Nécessitant une vitaminothérapie B₁, B₆, PP d'urgence.

On note parfois un mimétisme de la parole et des gestes de l'interlocuteur, tout cela sans coordination véritable. La suggestibilité est intense : ordres exécutés sans la moindre réaction personnelle, réponses immédiates aux questions posées.

• Une troisième phase dite « expressive » peut survenir dans l'intervalle qui sépare la passivité et le négativisme. Se produisent alors des stéréotypies d'attitudes et des gestes artificiels, non vécus, parfois automatiques.

Ces trois phases se succèdent.

La catatonie se distingue des autres états d'inhibition par des *décharges psychomotrices* atteignant leur maximum lors d'épisodes de fureur suraiguë avec cris, violences de toutes sortes pouvant mettre l'entourage en danger « comme si un barrage céda brusquement » (Kamerer).

Ces alternances montrent qu'il existe chez ces sujets une activité psychique intense, s'extériorisant par des exacerbations ou des déblocages intermittents.

- **Diagnostic différentiel.** - Se pose rarement mais peut s'avérer difficile car la catatonie se présente généralement au sein d'un syndrome neurovégétatif :
 - troubles respiratoires,
 - hypertension artérielle,

- rétention d'urine,
- fièvre, etc.

Notons pour mémoire les catatonies dites hystériques dont l'existence et l'individualisation ont fait l'objet de nombreuses controverses. Leurs manifestations sont nombreuses et variées. Mentionnons :

- les crises cataleptiques,
- le sommeil cataleptique,
- la catalepsie hypnotique.

On est souvent, dans ces cas, en présence de syndromes où les facteurs névrotiques et les signes d'organicités sont intriqués.

- **Étiologie.** - En fonction de l'anamnèse, la catatonie évoque avant tout la schizophrénie mais entre également dans le tableau de certaines mélancolies. La catatonie peut en fait relever d'étiologies non psychiatriques.

□ **Conduite à tenir**

1. Dans l'immédiat, il importe de savoir que ces sujets sont très vulnérables, sur le qui-vive, sensibles aux paroles comme aux comportements. Les attitudes autoritaires ou les paroles susceptibles de les heurter risquent de majorer leur négativisme.
2. Une fois reconnue la catatonie, il importe de signaler le malade à une équipe psychiatrique ou de l'orienter vers un cadre hospitalier en précisant aux ambulanciers la nature et les risques de la pathologie.

LE SUJET RÉTICENT ET MUTIQUE

Le **mutisme**, trouble de la communication d'origine psychique ou psychiatrique, est l'absence de réponse ou même de contact, alors que le message de l'examinateur tendant à établir un dialogue est perçu par le patient.

Au mutisme, on associe la réticence ou la méfiance obligeant à un dialogue insistant, véritable interrogatoire progressant pas à pas.

Il convient :

- De consacrer à l'entretien un temps suffisant pour évaluer la situation et tenter de la dépasser : simplement rompre la glace d'une timidité, d'une gêne, voire d'une honte justifiée par les circonstances, le caractère imprévu de l'examen médical et plus encore psychiatrique. Le mutisme peut être provoqué par une attitude maladroite ou pressée de l'examinateur.
- De s'assurer que le niveau de conscience n'est pas altéré : dans un état confusionnel, le patient est égaré et pratiquement aucun message ne passe. Une fausse allure de réticence peut témoigner d'une altération de la présence à la situation d'examen infectieux.
- D'éliminer les états de torpeur infectieux ou toxiques (barbituriques, opiacés...), où les gestes sont automatiques, facies figé, inexpressif ou inadapts, regard flou et lointain, attention inexistante, véritable absence à l'ambiance.

L'établissement d'une communication verbale demande, dans certains cas, beaucoup de patience et de subtilité.

- On peut diminuer la distance et, tout en se présentant comme médecin, donner à l'entretien un caractère quasiment confidentiel. On encouragera les ébauches de démarrage de la mimique et des expressions gestuelles par un mot ou une phrase qu'il ne faut pas hésiter à répéter.

Le mutisme peut ainsi facilement être levé dans les cas d'éthylisme, dans la plupart des troubles de la personnalité et chez les adolescents.

Dans la mélancolie, le mutisme peut se rompre, d'une façon paradoxale, même sans sollicitation, lorsque l'on prend congé du malade pour mettre fin à ce qui précisément a été une absence de dialogue.

Le mutisme peut par contre être difficile à vaincre et peut prendre un caractère opiniâtre et apparemment invincible dans certains états à tonalité persécutive prédominante où il devient une stratégie s'opposant aux efforts de rapprochement déployés par l'examinateur.

- Mieux vaut prendre son temps, respecter et supporter le silence, même s'il dure. A plus long terme, que le médecin des urgences se rassure, son attitude faite de réserve et de discrétion, favorisera la prise en charge psychologique ultérieure.

Le mutisme ou la réticence peuvent, en effet, pendant un certain temps, être sélectifs. Le patient parlera parfois d'autant mieux avec un second interlocuteur qu'il aura gardé un silence total avec le premier. Ceci est relativement fréquent chez les patients psychotiques.

LE SUJET AGITÉ

— L'agitation pure constitue essentiellement une perturbation du comportement moteur, gesticulation plus ou moins importante. On peut en distinguer **plusieurs degrés**, au maximum les mouvements ne sont plus coordonnés : on observe alors des ébauches de mouvements, survenant les uns à la suite des autres, sans lien concret.

— **Agitation n'est pas synonyme de violence.** Celle-ci peut succéder à une période d'agitation ou apparaître brutalement. Nous étudierons donc séparément le sujet agité et le sujet agressif en signalant les risques de passage à l'acte lors des principales agitations psychiatriques.

— Les attitudes menaçantes ne sont pas à proprement parler des agitations mais plus que tout autre font craindre le passage à l'acte.

Conduite à tenir devant une agitation pure

L'agitation est l'un des états pathologiques qui perturbe le plus l'acte médical.

1. Éviter

- De se laisser gagner par le sentiment de peur. On serait tenté d'emblée par un traitement sédatif symptomatique ou une contention aboutissant au ficelage du malade, précédé souvent d'un véritable corps à corps.

Une telle atmosphère de drame peut rapidement aggraver l'état du malade, apportant à certains la justification de leur état de panique.

2. Respecter

— Certaines agitations constituent des témoignages. Elles ont alors un rôle cathartique et, à ce titre, quasi fonctionnel. Elles peuvent s'éteindre spontanément de façon rituelle, surtout si elles sont bien canalisées.

— Le premier geste est de dramatiser la situation en ne gardant au début de l'entrevue que le proche le plus apte à donner des renseignements sur les conditions d'apparition de la conduite actuelle et, si possible, les antécédents. Ce premier temps est essentiel, il procure à l'entourage un apaisement dont le malade bénéficie.

3. Le médecin doit s'efforcer :

- de se faire reconnaître comme tel;
- de préciser son intention qui est avant tout de remettre les choses en ordre, de procurer un apaisement, un comportement attentif et rassurant.

Ce n'est pas au médecin de maîtriser physiquement un malade agité; il doit bien faire comprendre que là n'est pas son rôle. Il doit donc faire appel aux personnes les moins troublées de l'entourage pour — s'il le juge indispensable — administrer une médication sédatrice, au besoin en utilisant un moyen de contention provisoire qui ne soit pas trop contraignant. Il ne faut pas oublier que, malgré son agitation évidente, le sujet n'est le plus souvent pas agressif.

Il peut le devenir et avoir un comportement dangereux précisément au moment où on essaye de mettre fin à son agitation.

Le sang-froid et la détermination du médecin et de l'entourage sont souvent bien perçus par le patient.

4. Examen

L'examinateur doit profiter de ce calme précaire pour :

- observer le comportement du patient,
 - écouter ce qu'il dit en orientant discrètement ses propos,
 - lui montrer que sa conduite actuelle ne l'étonne pas, lui semble à tout le moins explicable, qu'il peut tout dire mais non tout faire.
- Il importe, en même temps, d'essayer d'apprécier :
- le contact, l'humeur et l'affectivité,
 - le degré de lucidité, d'attention, de mémorisation,
 - l'existence possible d'un vécu délirant, oniroïde ou onirique.

Ne pas oublier que des phénomènes hallucinatoires peuvent se manifester dans le comportement; il s'agit d'hallucinations visuelles, coenesthésiques et surtout auditives : attitudes d'écoute, marmottement, le sujet se croit influencé ou même envoûté et possédé.

L'examen physique permet et améliore souvent le contact.

Une étioLOGIE peut alors être suspectée.

Rappelons qu'au cours de cet examen, qui ne peut être trop prolongé, certains symptômes doivent être systématiquement recherchés ou confirmés :

- troubles de la marche, de la coordination,
- dysarthrie, dystonie,
- asymétrie faciale, palpébrale,

Symptomatologie — Conduite à tenir

- asymétrie pupillaire, strabisme,
- tremblement,
- sueurs profuses,
- raideur de la nuque,
- glycémie capillaire, etc.

Étiologie

Étiologie organique ou mixte

Au cours de l'examen, même bref, certains éléments ont orienté le diagnostic vers une étiologie organique :

- l'absence d'antécédents psychiatriques (qui a d'autant plus de valeur que le sujet est plus âgé),
- la brutalité du début,
- l'existence d'une intoxication,
- l'interruption d'un traitement,
- l'association avec une confusion : dans ce cas, l'agitation peut constituer un des éléments du syndrome confusionnel.

Les principales étiologies organiques ou mixtes sont indiquées dans les tableaux suivants.

Alcoolisme

- Ivresses aiguës (excitomotrices).
- Délires confuso-oniriques :
 - . délire subaigu,
 - . delirium tremens.
- Syndrome de Korsakoff.
- Encéphalopathie porto-cave (l'agitation peut dominer le syndrome confusionnel).
- Crises caractérielles de l'alcoolisme (indépendamment de l'ivresse ou de la détérioration).

Intoxications

- LSD.
- THC (tétrahydro-cannabinol) en cas de consommation prolongée et importante).
- CO.
- Corticoïdes.
- Amphétamines.
- Certains antituberculeux.

Le sujet agité

Affections générales et métaboliques

- Hypoglycémie (libère l'agressivité, ce qui peut conférer au sujet une attitude très violente).
- Troubles ioniques (hypercalcémie surtout).
- Porphyrie aiguë.
- Défaillance cardiaque.
- Infarctus du myocarde.
- Hyperthyroïdie.
- États infectieux.

Affections cérébrales

- Syndrome méningé (agitation sans agressivité des hémorragies méningées).
- Épilepsie :
 - . agitation confusionnelle postcritique,
 - . états crépusculaires.
- Accidents vasculaires cérébraux.
- Fracture du crâne.
- Tumeurs cérébrales :
 - . surtout tumeurs frontales avec agitation caractéristique ou « moria »,
 - . mais aussi tumeurs touchant le système limbique ou les amygdales.
- Encéphalopathies pancréatiques.

Associations

- Exemple pour mémoire :
- hémiplégie;
 - hémorragie méningée;
 - hypoglycémie chez un alcoolique.

Étiologie psychiatrique pure

En faveur d'une agitation psychiatrique pure, il faut retenir :

- l'existence d'antécédents psychiatriques ou psychopathologiques parfois du même type;
- un examen physique normal quand il est possible,
- les caractères spécifiques de certaines agitations.

- **Agitation maniaque.** - C'est une turbulence stérile (va et vient, gesticule, change les objets de place, parfois chante et danse...) dont un des traits dominants est le jeu. La tenue est désordonnée, souvent extravagante. La conversation est rapide, décousue, témoignant de la fuite des idées, parfois avec plaisanteries, jeux de mots, très imaginative, souvent d'allure délirante. Ces malades s'efforcent de paraître drôles et communiquent à l'entourage une

sorte de gaieté inhabituelle mais transitoire. L'humeur est expansive, euphorique, volontiers ironique, caustique et surtout versatile passant de la joie aux larmes, des lamentations à la colère, association à propos de laquelle on parle d'état mixte. Par moment l'humeur est apparemment adaptée à la situation.

Le diagnostic est en général aisé surtout si on a la notion d'antécédents personnels et parfois familiaux. Rechercher un facteur déclenchant qui paradoxalement peut être une émotion triste (deuil récent), la prise de certains médicaments : corticoïdes, antidépresseurs, tuberculostatiques...

Dans la plupart des cas, l'état maniaque nécessite l'hospitalisation en milieu spécialisé pour mettre le malade au calme, le traiter et éviter les conséquences qui pourraient résulter de ses troubles du comportement : démarches inopportunes, scandales, dilapidation des biens, etc.

Plus le malade est vu précocement, plus on a de chances de lui faire accepter les soins. Il n'est pas rare cependant qu'il oppose un refus brutal à une attitude thérapeutique. La crainte panique de devoir mettre un terme à son agitation lui sert d'écran, d'ultime et paradoxale défense contre ce qu'il redoute par-dessus tout, la chute dans la souffrance et l'aneantissement. Dans cette logique, il lutte désespérément pour échapper à toute approche psychiatrique.

Ces patients sont souvent épuisants mais ils peuvent en outre devenir menaçants, violents et s'opposeront avec l'énergie du désespoir à toute idée de soins et, à plus forte raison, d'hospitalisation. Ils **sont d'un manquement difficile** mais l'urgence de la situation et l'impassé où ils nous placent, par la force même de leur verbalisation, exigent parfois des interventions para- ou extramédicales : infirmiers, ambulanciers, voire police.

Il faut savoir que des symptômes en tout point semblables peuvent être provoqués par l'hypoglycémie, l'alcool, les amphétamines, le LSD, le haschisch (crise de rire incoercible), le saturnisme, les tumeurs frontales, l'hypocalcémie, l'avitaminose B6.

□ Agitation caractérielle

Elle survient chez des sujets de type border-line, hystériques ou psychopathes. Elle est facilement évoquée devant le comportement théâtral, les accusations intempestives et inadaptées, mettant en jeu la responsabilité de l'interlocuteur, ici le médecin ou tout autre intervenant.

Une attitude neutre est nécessaire car pour peu que le médecin pris à parti cherche à se défendre ou à répondre de la même façon, il est piégé et, aux yeux du malade, appelle les actes. Cet affrontement risque de mal tourner. Il ne reste plus alors que le choix désastreux entre l'action répressive ou la fuite. Mais la provocation est souvent telle que ces conditions sont atteintes dès le premier mot. De tels comportements ne sont pas attribuables systématiquement à un trouble mental (Code V du DSM IV).

□ Agitation « délirante »

• **Bouffée délirante.** Le diagnostic est fait devant le début assez rapide de l'accès et souvent l'absence d'antécédents chez un sujet jeune; le caractère

variable et volontiers angoissé de cette agitation, le malade passe de l'exaltation à la prostration; l'ambivalence envers le médecin, la lucidité, l'attitude fascinée par l'expérience qu'il vit.

Son adhésion est à la fois irrécusable et ineffable. Les attitudes d'écoute ou l'air absent témoignent d'hallucinations psychiques et psychosensorielles. Cet ensemble symptomatique peut parfois en imposer pour une véritable confusion,

• **Schizophrénie.** Évoquée devant le début moins brutal, la discordance, les sourires immotivés, le mauvais contact entrecoupé de barrages idéiques, le délire flou et les rationalisations abstraites. Le diagnostic de schizophrénie repose aussi sur l'anamnèse et sur l'évolution.

Les passages à l'acte bizarres ou hétéro-agressifs sont moins rares au cours de la schizophrénie que lors des bouffées délirantes. Parfois inauguraux, véritables formes d'entrée, ils témoignent de sentiments ambivalents : haine ou attachements intenses et brefs. Le patient, jusque-là calme, tourné vers sa vie intérieure, est amené à frapper, voire à tuer, surtout dans sa propre famille où il est de plus en plus isolé.

Chez certains patients indifférents en apparence parfois même figés et catatoniques mais sujets à des hallucinations, on peut assister à l'apparition inattendue d'un raptus furieux.

Même lorsque l'affection est traitée, on doit aussi redouter, dans la schizophrénie, des suicides graves.

Au cours d'un examen médical ou d'une consultation psychiatrique, un malade discordant peut présenter des changements brusques et aberrants du comportement.

□ Agitation anxieuse

- De certaines mélancolies, imposant une recrudescence de la surveillance en milieu spécialisé.
- De certaines dépressions névrotiques.
- De toxicomanes en état de manque explicite, en général, par le sujet lui-même.
- Des déments séniles enfin.

LE SUJET VIOLENT

Il faut noter en premier lieu que **la violence occupe dans les médias une place sans rapport avec sa fréquence réelle. Le fait qu'on demande leur avis aux psychiatres à tout propos ne permet pas de conclure que les manifestations de violence sont le propre de la pathologie mentale.** Observée chez certains patients elle témoigne directement de leur affection. Ces manifestations sont cependant suffisamment rares pour que l'assimilation de la folie à la dangerosité relève de la désinformation et de jugements sommaires.

Symptomatologie — Conduite à tenir

L'examen médical d'un sujet agité, agressif et susceptible de frapper est difficile et éprouvant (il l'est aussi pour le psychiatre). Le médecin, pas plus que le psychiaïtre, n'a cependant à faire preuve alors d'une bravoure intertemporelle pour laquelle il n'a reçu aucune formation.

Il est important de réfléchir à ces questions, de penser ces situations, d'en connaître les circonstances pour en reconnaître l'imminence.

Dans la majorité des cas, il n'existe pas de cause unique et **plusieurs facteurs s'ajoutent les uns aux autres, déterminant la dangerosité**. Exemple : on est appelé auprès d'un homme, sa personnalité est à l'évidence revendicatrice, il est jaloux et il est en état d'ivresse. Ces facteurs isolés ne le rendraient probablement pas dangereux mais leur association — qui n'est pas inopinée — justifie qu'on fasse preuve à son égard d'une extrême prudence.

Reconnaître l'imminence de la violence

Il existe trois sortes d'indices :

- diagnostiques;
- anamnesticques;
- comportementaux.

□ Diagnostic

L'étiologie fait parfois envisager la violence, mais elle manque en urgence ou reste incertaine. Ce point est relativement secondaire par rapport aux deux autres indices.

□ Anamnèse

Elle renseigne sur une **potentialité individuelle** :

- Des antécédents de violence impulsive à répétition, dans le cadre de pathologies identifiées, doivent inciter à la prudence.
- Une évolution de plusieurs années sans violence, sinon verbale, est statistiquement rassurante. Un psychotique (schizophrène ou maniacodépressif) au 8^e ou 10^e épisode aigu, même agité et effrayé, ne frappera pas s'il n'a jamais frappé personne auparavant.

- En ce domaine cependant, il faut savoir que :

- des provocations répétées de l'entourage,
- des années d'alcoolisation,
- une évolution délirante sur le mode paranoïaque à bas bruit, peuvent précipiter un passage à l'acte chez un sujet jusqu'alors calme et même inhibé.
- Enfin, c'est précisément en situation d'urgence que ces renseignements font défaut. Chez les sujets jeunes, ou lors de premiers épisodes, ils n'existent pas.

□ Comportement

Il fournit les données essentielles sur **l'imminence d'un acte agressif**. Que le sujet à examiner soit calme ou agité, mutique ou proférant des propos menaçants, on se repêtera sur les points suivants.

• **Activité psychomotrice**

- refus de s'asseoir;
- incapacité à rester en place;
- déambulation anxieuse ou exploratrice;
- sursauts et immobilisations, ébauches de gestes de menace ou de défense;
- changements brutaux et inexplicables d'activité.

• **Langage**

- Il faut tenir compte du *contenu* du discours mais aussi du *timbre* déformé, de plus en plus aigu ou criard, du *rythme* et de la *force* de la voix et de leur progression;
- au cours de l'entretien, le patient peut parler de plus en plus fort et de façon précipitée;

- le patient peut ne pas supporter la moindre interruption ou renvoyer, déformées ou hostiles, des paroles d'apaisement;

- la grossièreté du vocabulaire est à prendre en considération comme un symptôme.

• **Posture**

Le patient peut accepter un siège sans s'y installer restant au bord, crispé, tendu et prêt à bondir. Il peut s'immobiliser près d'une porte.

• **Tension musculaire**

On pourrait multiplier les indices de ce genre au niveau du regard des gestes qui ponctuent l'entretien et bien entendu du tour pris par l'entretien, retour au calme ou, au contraire, hostilité croissante.

• **En pratique**

- une catégorie diagnostique,
 - un passé de violence,
 - la présence d'indices comportementaux,
- doivent entraîner une intervention d'urgence.

Conduite à tenir

Face à :

- l'agitation,
- l'agressivité,
- la violence,

nous donnons ici un certain nombre de conseils pratiques qui s'ordonnent suivant un ordre séquentiel :

- contact,
- entretien,
- médication,
- contention physique le cas échéant,

en rappelant que l'entretien à lui seul a, dans la majorité des cas, un rôle diagnostique et thérapeutique qui facilite la médication ou la rend même inutile. La contention physique est réservée à des cas précis.

Prise de contact et entretien

L'examen d'un sujet agité et agressif est difficile et éprouvant pour le médecin, il l'est aussi, rappelons-le, pour le psychiatre...

Autant que faire se peut, on évitera de montrer sa peur ou sa réticence devant cet examen. Le désir de fuir et d'éviter le contact aussi justifié soit-il, s'il est perçu par le patient, peut renforcer certaines craintes délirantes.

1. Ne pas imposer l'immobilité de la position assise et encore moins couchée, à un sujet très angoissé. On peut commencer à parler en restant comme lui, debout, en ne lui proposant de s'asseoir que dans un second temps, après avoir amorcé le dialogue. Le patient peut d'ailleurs se lever ensuite, à plusieurs reprises, sans interrompre l'entretien.

2. Se présenter clairement comme médecin le cas échéant, même si le patient paraît confus.

3. Appeler le patient par son nom plutôt que par son prénom (très fréquent en Amérique du Nord).

4. Lui demander, de façon directe, « Comment puis-je vous aider ? »

5. Commencer par aborder des sujets anodins, non ou peu conflictuels (temps, emploi du temps des dernières heures) et savoir changer rapidement de sujet si le thème choisi provoque des réactions intempestives.

6. Attendre que s'installe un minimum de confiance et de détente avant d'explorer trop clairement le champ de la pathologie.

7. Si le patient parle fort, parler doucement, ne jamais essayer de parler plus fort.

8. Éviter les questions auxquelles on peut se contenter de répondre trop vite par « oui » ou par « non ».

9. Choisir des questions courtes, concises, directes : « Dites-moi exactement ce qui s'est passé. »

10. Aider le patient à définir son trouble et à y mettre de l'ordre : histoire, causes, conséquences, déroulement précis, etc.

11. Si le discours perd de sa cohérence, éviter de dire « ce que vous dites n'a pas de sens » mais plutôt « je ne suis pas sûr de comprendre » ou encore « est-ce que vous voulez dire que... ? »

12. Montrer que l'on est vraiment intéressé à lui et qu'on a l'intention de prendre le temps nécessaire pour l'écouter.

13. Si l'on ne peut établir un contact avec le patient, une autre personne présente (membre de la famille, infirmier, etc.) peut parfois aider à le calmer :

- obtenir quelques précisions sur son état;
- lui faire accepter une médication.

14. On peut aussi offrir au patient de la nourriture ou à boire.

15. L'examen médical peut avoir, dans certains cas, un rôle rassurant à ne pas négliger et qui peut alterner avec le dialogue : palpation abdominale douce, prise de TA, réflexes OT, etc.

Médications

En cas d'échec de cette première étape purement clinique et psychologique, il faut penser aux médicaments.

1. Tenir le patient informé de ce qu'on a l'intention de faire.
2. Éviter certains mots : tranquillisants, calmants, neuroleptiques, etc.
3. Il faut lui dire qu'on ne cherche pas à l'endormir mais à tout faire, au contraire, pour l'aider à poursuivre l'entretien dans de bonnes conditions. Lui dire aussi qu'on ne cherche pas à changer ses idées — délire, hallucinations — mais à contrôler son agitation.
4. Il est préférable de donner les médicaments *per os*
5. Il faut savoir passer du temps à convaincre un sujet réticent ou apeuré. La médiation d'une infirmière entraînée à ce type de situation peut être d'un grand secours. Donné par elle, le médicament est souvent mieux accepté que des mains d'un médecin.
6. Un entretien peut reprendre après une ou deux prises espacées de trente minutes à une heure.
7. En situation d'urgence, on peut être amené à recourir d'emblée à la voie intramusculaire, surtout en cas de refus de traitement. Cette dernière solution n'est cependant pas d'efficacité beaucoup plus rapide et est souvent refusée avec encore plus d'énergie. Elle n'est alors utilisable que par un médecin assisté ou en milieu hospitalier et réservée à des situations où le dialogue est impossible.

Dissuasion et persuasion

A elle seule la démonstration de force peut avoir d'excellents résultats, ne serait-ce qu'à titre préventif. Il s'agit de montrer au patient qu'on a les moyens et la détermination de s'opposer à la réalisation de certains de ses projets voire de ses menaces. Elle n'est en fait utilisable qu'en milieu hospitalier avec un personnel entraîné.

Contention physique

Cette mesure d'ordre technique doit être réalisée comme telle et non comme une réponse agressive à un comportement agressif. Aussi exceptionnelle soit-elle, elle ne saurait être improvisée. Il vaut mieux la retarder de quelques minutes que de prendre le risque d'un échec et d'une fuite. Décision extrême, c'est une intervention à exécuter sans hésitation lorsqu'elle est prise et sans plus négocier avec le patient. Rappelons que c'est une mesure de sécurité qui rassure d'emblée certains sujets.

Précautions élémentaires

1. Dans une pièce, ne pas s'asseoir de façon à ce qu'un siège bloque la porte. Cela est important pour la sécurité du médecin, pour le patient qui peut avoir le sentiment d'être emprisonné.
2. Le cas échéant, il est prudent parfois de laisser la porte ouverte ou entrouverte ou encore, en milieu hospitalier, de demander à ce que quelqu'un vienne de façon rapprochée (10 minutes) constater que la situation ne se dégrade pas.
3. Garder une distance d'au moins la longueur d'un bras et éviter de tourner le dos au malade.

4. Situation très rare, mais malheureusement possible : le patient est armé.
- Utiliser et inventer tous les arguments pour convaincre le patient d'abandonner son arme;
 - même si le patient est d'accord, ne jamais prendre l'arme de ses mains. Il est démontré, en effet, s'il est tendu et anxieux, qu'il peut alors brutalement changer d'avis, se paniquer et appuyer sur la gâchette;
 - il faut lui demander de déposer son arme sur une table ou le plancher. Le médecin, ou quelqu'un d'autre, ira la chercher après l'entrevue.

Étiologie

Un sujet agité, nous l'avons vu, est potentiellement un sujet violent. Nous tenons cependant à insister sur certaines étiologies plus fréquentes ou plus spécifiques.

Cas mixtes avec participation organique

Il apparaît clair d'emblée qu'il y a rupture dans la vie habituelle du sujet, même si ses antécédents peuvent laisser prévoir l'état dans lequel il se présente :

- la communication est difficile,
- les troubles de la conscience sont plus ou moins nets,
- l'examen clinique, dans la mesure du possible, est prioritaire,
- l'hospitalisation s'impose.

Alcoolisme

Le plus fort contingent de malades dangereux est fourni par l'alcoolisme.

L'imprégnation alcoolique efface un certain nombre d'interdits, de conventions qui régissent la vie en société : des pulsions sont alors brutalement libérées.

Mais n'importe quel alcoolique n'est pas dangereux. Pour évaluer le risque de déchaînement subit de violence, on s'efforcera de connaître la personnalité du patient : ce point est ici fondamental.

Chez l'alcoolique chronique

Le sujet présente parfois, après un certain temps d'imprégnation, des symptômes de détérioration morale et intellectuelle. Tout amour-propre a disparu. Indifférent à sa propre dégradation psychique, qu'elle soit morale ou affective, il présente des troubles de l'humeur et du caractère (accès de colère et de jalousie, abandon de sa famille, attentat aux mœurs, etc.). Ces cas posent des problèmes médico-légaux.

Certains ivresses à début brutal

Le malade est subitement en proie à une fureur suraiguë. Dans certains cas, cette décharge explosive se calme peu à peu, la régression se produit en l'espace de quelques heures.

Mais il faut se méfier de l'apparition progressive d'idées délirantes qui peuvent être responsables de réactions agressives brutales, poussant le sujet à des tentatives de meurtre ou de suicide. Elles apparaissent, en général, lors de l'endormissement.

• **Délires confusio-oniriques** . Ces sujets sont déjà dangereux à cause de leurs troubles du caractère, leurs conflits conjugaux, leur impulsivité. L'apparition d'un délire subaigu (Lasègue) fait qu'ils deviennent menaçants, mettent leur entourage en péril.

• **Certains ivresses rituelles**. Elles surviennent dans des circonstances précises, à peu près toujours les mêmes. C'est l'ivresse du samedi soir ou des jours de paye. L'entourage les tolère. Elles sont susceptibles d'être traitées à domicile.

Conduite à tenir :

En dehors de ces ivresses rituelles, tous ces sujets doivent, d'urgence, être conduits vers un hôpital général, dans une ambulance, ayant un personnel habitué à ce genre de malades

□ **Toxicomanies**. — L'intoxication par le PCP (phéncyclidine) évoque un processus schizophrénique. Le rôle anesthésiant de ce produit rend compte de la violence de certaines réactions.

Les substances sympatho-mimétiques potentialisent l'hypertension artérielle induite par le PCP. L'emploi de phénothiazines est donc déconseillé. Les benzodiazépines et surtout l'halopéridol donnent les meilleurs résultats.

Les autres *hallucinogènes* utilisés actuellement sont rarement à l'origine d'agitations violentes.

On a signalé l'existence de réaction de rage paradoxale aux benzodiazépines, particulièrement aux faibles doses et sur certaines personnalités.

□ **Épilepsie**. — L'épileptique présente souvent des particularités caractérielles qui de doivent pas être négligées pour évaluer une dangerosité.

L'éventualité de la survenue d'une crise est une menace perpétuelle et donne à sa vie quotidienne un caractère de discontinuité.

Les détériorations mentales et les troubles du caractère sont plus graves dans les formes temporales, moins marquées dans les autres formes.

Ce sont :

— soit des accès d'automatismes redoutables avec impulsions clastiques :

- . suicidaires,
- . sexuelles,
- . meurtrières;

— soit des états crépusculaires avec difficultés de compréhension, lenteur de l'idéation et diminution plus ou moins marquée de la perméabilité mentale.

Cette rupture dans la structure de la conscience se produit par phases successives : alternance de phases oniroïdes, ou même franchement délirantes, et de phases plus lucides.

L'affectivité est gravement perturbée. Elle est sans référence à la situation vécue ni aux normes dans lesquelles elle se maintenait.

L'apparition de phantasmes peut faire rompre la retenue habituelle et provoquer des conduites agressives, parfois dramatiques, voire sauvages. Le fait qu'il s'agisse d'un épiléptique connu ayant déjà fait des crises souvent temporales facilite le diagnostic.

Conduite à tenir

Un isolement du malade s'impose, ne serait-ce que pour une courte durée. Des difficultés peuvent survenir : l'abord du malade ne facilite pas les choses, il est souvent réticent, pour ne pas dire plus, devant la perspective d'un transport en ambulance.

La première chose à faire est cependant de le séparer de son entourage, parfois en proie à une frayeur intense.

Le médecin doit faire accepter au patient l'isolement un certain temps et l'administration immédiate d'un produit sédatif. C'est au *Valium* IV, que l'on fera appel si la voie veineuse est possible; sinon au *Droleptan* IM (une ou deux ampoules) ou au *Rivotril* IM ou IV spécifiquement anticonvulsivant.

Cas d'étiologie psychologique et psychiatrique pure

Nous renvoyons ici le lecteur :

- aux agitations d'origine psychiatrique
- aux sujets menaçants

Du passage à l'acte aux conduites agies

Les médecins voient peu les adolescents et les jeunes adultes. Ils sont en bonne santé par définition. En dehors de cas psychiatriques nettement structurés (psychose) ou de passages à l'acte dramatiques (suicide grave), la psychopathologie des jeunes reste souvent intrafamiliale, à distance des circuits de soins où elle ne pénètre que de façon transitoire bien que répétitive.

Cependant, à côté de la violence classique, parfois clastique, décrite dans les manuels et les traités, toute une série de modes d'expressions bruyantes, par dégradation ou dramatisation successives, sortent et rentrent dans la psychopathologie.

C'est à leur propos qu'on peut parler d'une pathologie selon la tolérance du milieu, entraînant la fuite ou le déclenchement de l'appel à l'aide. L'entrée dans le contexte de l'urgence signe l'abandon de responsabilité, le découragement, la peur de l'entourage mais tout autant sa prise de conscience.

Il ne faut pas confondre violence et véhémence ou même colère. La violence verbale a une signification, elle peut avoir un rôle d'échange, être cathartique. On peut même la laisser se dérouler à condition qu'elle soit entendue et orientée vers un dialogue. L'intervention extérieure (médicale, psychiatrique ou policière) témoigne d'une incapacité de l'entourage à rétablir ce contact, à agir de façon autonome.

- Plutôt que de passage à l'acte, on utilise le terme de conduite agie :
- troubles du comportement alimentaire (boulimie...),

- conduite toxicomane, conduite d'addiction
- conduite suicidaire (première cause de mort chez les adolescents).
La théâtralité semble s'effacer pour faire place à une violence différente, plus cachée, moins transparente.

• Les praticiens confrontés à ces réactions le plus souvent chez des sujets jeunes, se réfèrent parfois à un corpus théorique et métapsychologique. On invoque un dysfonctionnement mental.

• Ces conduites quoiqu'il en soit peuvent relever de l'urgence médicale. Pour illustrer ce recours à l'agir et son rôle, nous décrivons rapidement le cas d'une adolescence diabétique :

Pascale a 16 ans, abandonnée tôt par sa mère, élevée par sa grand-mère, vient de retrouver depuis six mois son beau-père et sa mère. Ceux-ci s'entendent difficilement, font mener à Pascale une vie difficile. Elle souffre d'un diabète « instable » et passe de nombreuses semaines en diabétologie. Elle semble alors détendue, bien insérée. Après un grave malaise hypoglycémique, elle explique le lendemain qu'« ayant senti arriver » ce malaise, elle n'a rien fait, le laissant s'installer. C'est sa façon à elle de prendre la parole. Pourquoi? Elle répond : « Depuis plusieurs soirs, ils refusent que je sorte, car ils ont peur de mes fréquentations, que j'aillie me piquer ou fumer. Ils n'entendent pas ce que je peux dire, j'ai la solution de rien dire ou d'aller fumer une cigarette sur le balcon. Je ne suis pas entendue. Alors comme je n'en pouvais plus, que j'essayais de leur parler et qu'ils ne m'entendaient pas, j'ai fait un coma, comme cela ils ont bien été obligés de m'entendre. Là, ils se sont occupés de moi mais ils n'ont pas encore compris. »

Cet exemple semble caricatural : la conduite agie s'est trouvée la solution pour cette jeune fille.

Les exemples pourraient être pris à l'infini, que ce soit des conduites de fugues, des prises aiguës de toxiques ou un retrait. *En urgence, il semble important de déchiffrer ces messages afin d'essayer de recréer un dialogue, c'est-à-dire un espace psychique.*

• Dans notre chapitre sur les manifestations psychopathologiques de la violence, nous abordons l'alcoolique, le paranoïaque, le psychopathe antisocial, l'épileptique, etc.

On parle davantage, dans les conduites agies, de structures ou d'organisations limites, narcissiques, immatures. Le symptôme majeur est à rattacher à la violence, mais plus que de symptôme, il est pertinent de parler d'attitudes ou de provocation mais surtout de stratégie relationnelle.

Conduite à tenir

1. Après de la famille ou de l'entourage, il faut :

- temporiser certes mais sans dramatiser ni banaliser à l'extrême;
- rendre à la famille son rôle de contenant (pour le patient), sa conscience d'exister, son autonomie, sa confiance, en un mot sa réalité.

2. Pour le patient, cette famille manque souvent. On tente alors de :
- rétablir un cadre ou tout au moins des limites en énonçant des interdits, des obligations, des règles. Peut-être est-ce là, en urgence, un premier moyen simple de recréer un espace psychique limité, colmatage nécessaire avant même d'envisager un travail psychothérapeutique;
 - sortir le sujet de ses compulsions à transgresser;
 - rétablir un dialogue avec lui-même, véritable espace psychique intérieur.

Les médecins doivent savoir que les psychiatres sont comme eux désarmés mais peut-être moins pessimistes devant de tels faits et leur répétition.

LE SUJET MENAÇANT

Contrairement aux cas précédents, le patient est ici en mesure de s'expliquer. Il ne présente pas de troubles de la conscience; un dialogue peut donc s'établir mais il est parfois clairement et volontairement refusé.

Paranoïa

La surestimation pathologique de soi et l'extravagante conception de sa propre personnalité peuvent entraîner des actes dangereux pour l'entourage.

A son paroxysme, un état délirant chronique peut mener à une revendication sans support réel et être à l'origine de menaces. Cela est d'autant plus dangereux que le patient construit des raisonnements parfois cohérents pour ses proches et ne s'accepte jamais comme malade.

Le danger est plus grand pour les personnes proches et identifiées à des persécuteurs.

Diverses catégories de délits sont possibles dans les moments d'exaltation : scandales publics, menace de mort, homicide. Le désir d'attirer l'attention sur soi peut également aboutir à une tentative de suicide spectaculaire.

Il est bien sûr difficile de prendre une décision au sujet de l'internement de tels sujets, l'affection ne présentant pas de dangerosité permanente. Tout au plus, certains patients apparaissent bizarres, renfermés, mais sans propos inquiétants ou actes extravagants. Le développement implacablement logique de leur raisonnement, puis de leur comportement peut poser au médecin, témoin, voire confidant, un problème de conscience difficile, sur la pertinence d'une intervention autoritaire et le choix de sa date.

Conduite à tenir

1. Si on le pense justifié, on est en droit dans les situations extrêmes de faire appel à la gendarmerie ou à la police. La plus typique de ces interventions médico-légales peut être réclamée par le médecin face aux propos menaçants de certains sujets. Les actes sont souvent déclenchés, chez un individu jaloux par le départ réel ou imaginaire de l'épouse. Il a

souvent tout prévu et même tout annoncé à son entourage, y compris au médecin. Cette fois, il agit : enfants pris en otage, incendie, destruction, vengeances insolites et parfois meurtre suivi de suicide.

Certains états dépressifs peuvent se manifester par des actes en tout point identiques, surtout chez l'éthylrique, sans que l'on puisse parler de paranoïa ni même de structure paranoïaque au sens systématisé du terme. Il s'agit alors de situations psychologiquement négligées, abandonnées à leur sort par l'entourage et parfois par le médecin. Actes de désespoir, ultimes appels, ils constituent au même titre que le suicide une urgence psychiatrique.

2. On peut aussi essayer de prendre contact avec l'équipe psychiatrique du secteur.

3. Dans des cas moins extrêmes, il ne faut jamais oublier la dangerosité potentielle de ces sujets et, malgré leurs dénégations, leur capacité de passage à l'acte, surtout chez les alcooliques. Il importe alors d'évaluer avec soin tous les facteurs actuels aggravants et, en particulier, les incitations élaborées par l'entourage lui-même dans le cadre d'un système familial perturbé.

Schizophrénie

Des actes violents surviennent parfois au début ou au cours de cette affection. Ils n'ont jamais les caractères de rationalité et de systématisation observés dans la paranoïa.

Psychopathie antisociale

Ces personnalités sont dominées par l'impulsivité et le caractère vindicatif envers l'entourage quel qu'il soit. Le risque de violence est surtout le fait des sujets présentant des organisations de caractère dites paranoïaques : méfiance, susceptibilité, jalousie, revendication, rigidité. Mais leur attitude de ressentiment perpétuel finit par ne plus être prise au sérieux.

Il est rare que l'on soit amené à une hospitalisation en urgence. Elle est même à déconseiller. Si elle s'avère nécessaire pour une raison médicale, une attitude calme et ferme peut suffire à faire accepter un traitement sédatif.

La jeunesse de ces sujets, leur passé hospitalier et pénal, leur instabilité professionnelle et affective font partie de l'anamnèse habituelle ainsi que les carences précoces et répétées.

Il est des cas où calme, patience et ferme décision restent sans effet. Certains caractères inimitables comme certains paranoïaques convaincus de leur bon droit doivent être signalés au dispensaire d'hygiène mentale du secteur et, en cas d'urgence, à la police.

Le médecin, comme le psychiatre, doivent limiter leur action et ne pas se substituer à la police dont un des rôles dans la cité est d'affronter ces problèmes, qu'ils soient pathologiques ou non.

LA CONTENTION PHYSIQUE

C'est une mesure d'urgence à laquelle médecins et psychiatres doivent parfois recourir.

Appelé à prendre la décision d'une contention transitoire, le médecin doit respecter certaines règles.

Règles éthiques

Les premières voire les plus importantes sont d'ordre éthique :

- le médecin doit agir en toute connaissance de cause et non se soumettre au jugement de certains membres de l'entourage;
- il doit s'assurer que les personnes appelées à l'aide agissent avec **humanité** et **respect** envers le malade;
- il doit assumer sa responsabilité et tenter d'**expliquer au patient** brièvement les raisons d'une telle mesure;
- il doit s'assurer que le transfert est ensuite réalisé dans des conditions correctes, rapides et vers un lieu approprié.

Règles pratiques

Certaines règles pratiques semblent fondamentales.

Pour réaliser une contention physique, cinq personnes sont nécessaires, une pour superviser et une pour chaque membre. Sans aller jusque-là, il devrait toujours y avoir au moins deux personnes.

En milieu hospitalier, s'il n'y a pas de personnel suffisant, il est souvent préférable de laisser partir le patient et de prévenir la police en cas de danger immédiat.

On peut demander à un patient non confus d'accepter volontairement la contrainte physique : il ne se contrôle plus, on veut éviter qu'il se blesse ou blesse d'autres personnes.

Il ne faut pas tenter de marchander. Une fois la décision prise, elle doit être appliquée.

S'il s'agit d'une patiente, mais aussi d'un patient (panique homosexuelle), il est souhaitable qu'une femme soit présente.

Un patient sous contention ne doit jamais être laissé seul. Un membre du personnel doit rester à proximité pour lui permettre d'appeler, de parler.

Toute contention doit être contrôlée toutes les quinze minutes afin d'assurer une bonne circulation sanguine au niveau des membres.

Enfin un patient sous contention constitue encore et toujours une urgence psychiatrique. L'utilisation d'autres moyens demeure évidemment le but thérapeutique à atteindre rapidement.

Il faut admettre qu'une contention de quelques heures sous surveillance peut être mieux supportée et moins traumatisante qu'une plongée incontrôlée dans un sommeil profond, véritable coma provoqué par une chimiothérapie aveugle dont les effets, avec certains produits peuvent ensuite s'étaler sur 48 heures.

C'est une décision qui signe l'échec de toute tentative de relation. Elle n'est pas facile à prendre. Son intérêt immédiat :

- retour au calme relatif,
- possibilité d'instituer une chimiothérapie,
- rétablissement de limites comportementales,
- retour à la réalité sous forme de contraintes physiques, identiques à celles utilisées tous les jours en chirurgie,
- sécurité pour le patient et l'entourage,
- examen clinique et paraclinique à nouveau réalisable.

Il faut cependant en mesurer les **conséquences à long terme** quant aux soins et à la relation si elle est prévue pour durer.

A vrai dire, le **médecin ne peut se dérober** au même titre qu'il doit retenir d'un geste ferme un enfant qui s'élançait au travers d'une rue alors que le feu vient de passer au vert.

Levée de contention

Une contention de fortune a parfois été installée par l'entourage ou **décidée hâtivement lors d'un transfert à l'hôpital**.

Aussi injustifiée soit-elle dans certaines indications et maladroite dans son exécution, il faut connaître les **dangers d'une levée intempestive de cette contention**. On n'a pas le droit de faire courir au malade, à son entourage ou à soi-même le risque d'un nouveau déchaînement de violence.

La prudence impose en effet avant toute manœuvre de libération d'analyser la situation et d'apprécier les possibilités d'explosion secondaire à l'immobilité imposée au patient. Le médecin doit aussi prendre connaissance de l'action menée antérieurement, action difficile et parfois périlleuse pour certains. Il n'est pas rare qu'il approuve alors les mesures prises par les premiers intervenants. La police reste heureusement à proximité de ceux dont le zèle ou l'insouciance peuvent entraîner des conséquences graves.

Cette contention n'a pas été mise en place pour pénaliser le patient mais, tout au plus par peur, paresse ou dans un but de sécurité, en attendant les médecins.

Quand il est trop tard pour annuler d'un geste une situation qui a secrété sa propre dégradation, il faut redescendre avec le malade, à son propre rythme, les degrés même de sa fureur ou de sa frayeur. Cela peut être réglé rapidement en quelques mots comme on règle un malentendu. Cela n'est pas toujours possible. La confusion, l'onirisme, le délire se sont aggravés au point que le malade ne peut reconnaître l'identité et la fonction des gens qui l'entourent.

La contention doit alors être maintenue jusqu'à l'effet du traitement chimiothérapie et levée ensuite progressivement après transfert en un lieu de sécurité assurant au patient protection physique et morale.

III. La communication en équipe pluridisciplinaire et dans les services

Ici l'objectif consiste à situer l'action du soignant dans la concertation avec l'équipe pluridisciplinaire en tenant compte de l'environnement organisationnel.

Dans les services à finalité soignante psychiatrique, certains réseaux de communication sont plus efficaces que d'autres. Chacun de ces réseaux a ses avantages et inconvénients, le soignant selon les circonstances va privilégier l'un plutôt que l'autre.

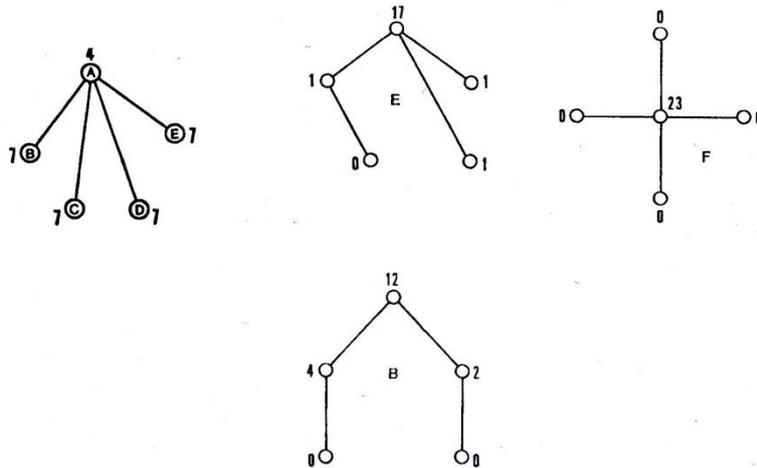
1. LE SYSTEME LINEAIRE :

$a \rightarrow b \rightarrow c \rightarrow d \rightarrow e$

"a" et "e" ne communiquent que par intermédiaire, le feed-back n'est pas possible : "a" et "e" sont frustrés.

Ici, le rendement n'est pas satisfaisant, "a" et "e" ne s'estiment pas → **mauvaise coordination**.
La solution des problèmes est **lente** à acquérir.

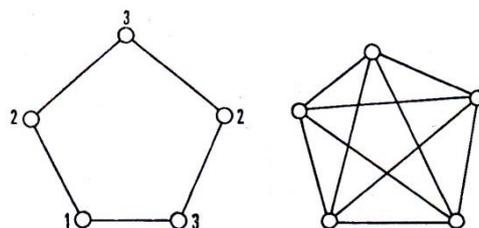
2. LE SYSTEME CENTRALISE : la croix.



"a", "17", "23" ou encore "12" :

- peut être le chef-infirmier qui centralise les informations → le feed-back est alors possible
- peut aussi être l'infirmier prenant en charge plusieurs patients → l'infirmier de référence.
- Peut être le chef-infirmier qui collecte les informations, auprès des infirmiers et/ou des patients, pour les transmettre ensuite à "b", par exemple au médecin psychiatre.

3. Le staff : système tour-circuit ou channel



"1" est le chef-infirmier qui tente de récolter de l'information lors d'un staff avec ses infirmiers. Toutes les connections sont autorisées.

Le point positif est que tous les participants sont satisfaits car plus actifs. Le point négatif, c'est que cela nécessite beaucoup de temps.

En conclusion :

- Le système centralisé permet le maintien d'une organisation stable.
- Le staff s'axe sur une organisation plus floue, sur le mode de la complémentarité et non de la hiérarchie. Le staff permet plus facilement l'obtention d'une solution à un problème compliqué et cela avec créativité.

4. AU SEIN DES SERVICES

On constate quelquefois une insuffisance et une qualité médiocre des communications au sein des services à finalité hospitalière psychiatrique.

Deux types de communications :

- ◆ Les communications informelles : ainsi, les propos tenus lors de la pause-café, les rumeurs, les bruits de couloir, ...
- ◆ Les communications formelles : communications officielles, à travers notamment les notes de service.

Trois axes de propagation des informations :

L'axe vertical :

Les informations suivent deux sens :

- ◆ **descendant** : lorsqu'elles proviennent de la direction, de la hiérarchie et descendent vers la base des soignants. Ainsi, les plus nombreuses sont les ordres, les informations générales, les notes de services, ...
- ◆ **ascendant** : lorsqu'elles proviennent de la base et remontent vers la hiérarchie. Ainsi, informer la direction sur la situation aux différents niveaux et hiérarchie.

L'axe horizontal :

Les « passerelles » entre les différents services ou les diverses équipes, de « service » à « service ».

→ problèmes de coordination : qui doit communiquer avec qui ?

L'axe oblique : peu fréquent mais terriblement efficace

Les informations ici sont transmises plus rapidement mais cela crée souvent des conflits hiérarchiques.

Ex : L'infirmier interpellé par la direction générale ou interpellant le directeur du département infirmier sans en informer son chef-infirmier.

Les causes des problèmes de communication :

La dimension de l'institution :

Pêle-mêle : le nombre des membres du personnel et de responsables directionnels, la distribution et la grandeur des locaux, l'architecture dispersée (structure pavillonnaire du milieu psychiatrique), ...

La non connaissance des membres du conseil d'administration de l'ASBL.

Le manque de supports écrits :

Trop d'informations restent sur le plan verbal, peu de traces subsistent sur le cahier de communication, les documents officiels et autres rapports....

La 'triple' structure de l'institution hospitalière :

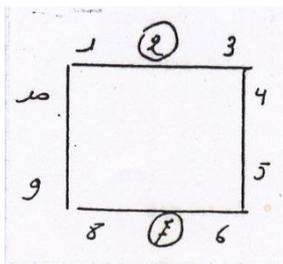
Les institutions à caractère éducatif comptent une **structure médicale**, une **structure de département infirmier** et une **structure administrative**. Leurs langages sont différents, peu compatibles, car leurs

objectifs sont souvent différents. Le langage administratif touche à l'organisationnel, à la rentabilité de l'institution en lien avec les moyens de subsidiation. Les langages -médical et de département infirmier- sont toutefois plus proches puisqu'ils véhiculent l'humain dans sa souffrance et sa recherche du bien-être.

Les réseaux de communication dans les moments de réunion :

C'est ici l'ensemble et la configuration des canaux de communication existant dans un groupe et donc dans un service. La disposition spatiale influence de manière majeure les communications et donc les échanges au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

Table carrée

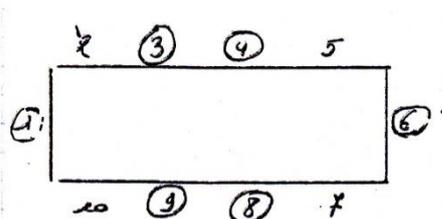


2 fait écran entre 1 et 3.

7 fait écran entre 6 et 8.

2 et 7 peuvent être en rivalité.

Table rectangulaire

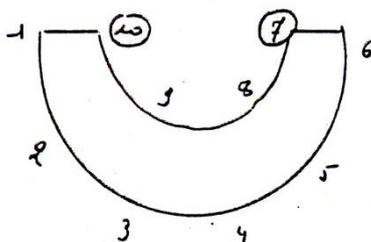


1 et 6 sont isolés et semblent occuper une position particulière face aux autres membres = "position de combat" (face à face).

3, 4, 9 et 8 forment un écran.

1 et 7 : il y a un vis-à-vis d'autorité. Sur un référent psychanalytique, c'est une position phallique = position de pouvoir.

Table en U

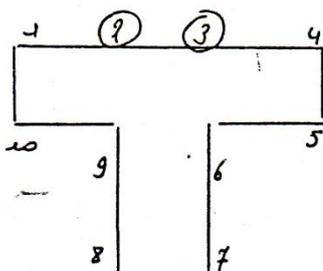


10 et 7 ou 9 et 8 se tournent le dos, et doivent faire des efforts pour se voir.

2 et 5 sont distants.

1 et 6 : distance + obstacles (10 et 7).

Table en T



10 et 5 doivent faire des efforts pour voir 9, 8, 6, 7, 1, 4.

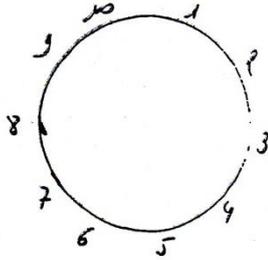
4 et 5 ou 1 et 10 sont en position de dialogue.

6 et 5 ou 10 et 9, sont dos à dos.

2 et 3 forment un écran.

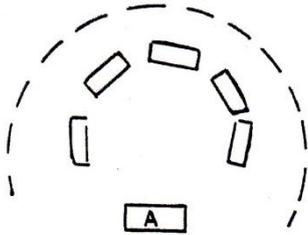
Ex. : réunion académique.

Table ronde



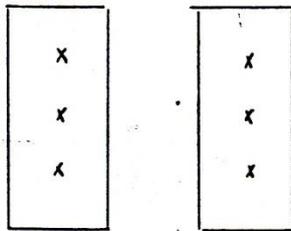
Les tables rondes ou ovales réalisent les conditions nécessaires au bon déroulement des réunions : bon réseau de communication, convivial.

Disposition 'auditoire'



Pour établir et favoriser de bons échanges, il faut disposer les tables en arc de cercle, avec au centre des cercles, l'animateur A.

Front à front



Les participants se font face dans une discussion d'intérêts opposés → ce qui suppose une confrontation. Cette disposition permet peu la communication et incite plus à l'affrontement comme par exemple lors des débats politiques télévisuels ou les réunions patron/syndicat.

En conclusion :

- ◆ Plus le réseau est centralisé, plus le nombre de communications diminue.
- ◆ La qualité et la rapidité du travail à exécuter, le rendement du groupe, le bien-être affectif des participants sont affectés par la configuration spatiale du réseau.
- ◆ Le cercle totalise un maximum de messages envoyés mais la résolution du problème se fait moins facilement. De plus, le nombre de messages envoyés étant plus important, cela peut être une source d'erreurs → surtout si le cercle est sans leader.

5. LES TYPES DE REUNION

Les types de réunion se distribuent souvent selon les phases d'un projet (lancement, avancement en lien avec un calendrier, sa clôture), mais surtout selon les **objectifs** poursuivis :

La coordination :

La réunion de service ou réunion de suivi : fonctionnement du service dans son quotidien, échanges sur l'évolution d'un patient, élaboration de plans de soins ou de projet de sortie, ...

La réunion de coordination : horaires, répartition des tâches, ...

La réunion de réseau : les intervenants externes (CPAS, centre de guidance, médecin généraliste, ...) sont conviés au sein de l'équipe institutionnelle.

La décision :

L'étude de cas ou réunion de synthèse : en vue d'une mise en autonomie, d'une sortie, etc...

La réunion d'admission : d'un patient.

L'information :

L'assemblée générale ou AG : ascendante / descendante.

La réunion de formation : poursuivre la formation continuée.

La créativité :

La réunion avec les bénéficiaires / résidents et les professionnels.

La communication :

Le conseil des médecins/des psychologues = réunion de corporation.

La réunion des soignants et de leur chef-infirmier, des assistants sociaux et de leur chef de service, ...

La négociation :

La réunion syndicale.

Zoom sur la typologie des participants aux réunions :

Selon P. MONGEAU & J. TREMBLAY (1994), une **première catégorie** réunit trois modes, le participant y joue un **rôle actif** : *impulsif*, *convaincant* et *analyste*.

- L'*impulsif* exprime promptement son avis, ses sentiments et ses opinions, quitte à les analyser par la suite. Il ne peut s'empêcher de laisser savoir ce qu'il pense. Ses interventions dynamisent le travail du groupe.
- Le *convaincant* tente de persuader, de vendre une idée ou un projet. Il cherche à convaincre tout le monde et profite de toutes les opportunités pour obtenir l'adhésion à ses propositions. Sa fonction au sein du groupe serait de rallier les diverses contributions des membres autour d'un même projet.
- L'*analyste* met en perspective l'ensemble des éléments, communique sa compréhension des enjeux, accorde une grande importance à bien établir où l'on va. Sa contribution principale est de clarifier les échanges et la production.

La **seconde catégorie** réunit les trois autres modes d'interaction où le participant joue un **rôle réactif** : *discret*, *sceptique* et *strict*.

- Le *discret* appuie plus souvent qu'il ne propose, reste silencieux lors de confrontations entre d'autres membres, est plutôt effacé et tend à noyer ses idées parmi celles des autres. Sa contribution se situe principalement au niveau de l'écoute et de l'appui aux autres membres du groupe.
- Le *sceptique* se fie peu aux autres. Il est aux aguets et cherche à savoir à qui profitera une décision. Face aux tensions, il tend à tout ramener à un conflit d'intérêts. Sa fonction est de surveiller et d'examiner les échanges.
- Le *strict* est préoccupé par le respect de l'horaire, des règles et des procédures. Il porte beaucoup d'attention à la structure et à la répartition équitable des tâches entre les membres. Sa contribution est de structurer les échanges et la production.

Plusieurs parallèles peuvent être établis : le *discret* /l'effacé/le passif/le silencieux/le tendre/...| le *sceptique*/le blâmeur/le critique/le chercheur-de-coupable/...| le *strict*/le programmé/le scrupuleux/le fignoleur/le perfectionniste/...| l'*analyste*/le clarificateur/le froid/l'analyste-raisonneur/...| le *convaincant*/le diplomate/l'encourageur/le manipulateur/le médiateur/...| l'*impulsif*/l'impératif/l'agressif/le dominateur/le dur/...

Ou bien encore...

- Le *timide* ne participe pas et est en retrait. Comment le gérer ? Il faut le regarder, le prendre à témoin, le valoriser, le soutenir pour peu à peu l'intégrer.
- Le *rebelle* conteste. Souvent c'est par manque de reconnaissance et par souci de se faire accepter. Il faut là encore lui montrer qu'on lui octroie un rôle et le faire basculer dans le positif en l'amenant à proposer des solutions
- La *diva* est l'employé qui sait tout, qui connaît tout, qui a tout vu. Dans le cadre d'une réunion, il s'agit de ne l'interroger qu'au final en ayant survalorisé l'avis des autres et légèrement sous valorisé le sien afin de lui faire comprendre que d'autres savent aussi bien ou mieux que lui.
- Le *bavard* mieux vaut ne pas lui poser de questions ouvertes. Mais au contraire canaliser son comportement et lui dire qu'on lui demandera son avis au final afin de l'aider à rester attentif.
- Le *tatillon* pourra être chargé du secrétariat de la réunion ce qui l'occupera.

Quelques repères autour des réunions de service :

- **Opportunité de la réunion** : Avant tout chose, la raison d'être de la tenue d'une réunion doit être

- **Périmètre de la réunion** :

- **Nombre et qualité des participants** : Il est souhaitable de réunir un nombre restreint de participants (entre 6 et 15), afin de ne pas risquer de rendre la réunion peu efficace. Il est également nécessaire d'harmoniser le profil des participants, en particulier en fonction du niveau technique.
- **Durée** : Idéalement, la durée de la réunion ne devrait jamais dépasser 2 heures.
- **Ordre du jour** : Il s'agit du découpage horaire du temps de travail en sujets bien formulés. Il est nécessaire de minuter correctement les différents sujets de l'ordre du jour.

- **Salle** : En fonction du nombre de participants, il est nécessaire de trouver une salle de réunion libre, à une heure où les participants sont disponibles - capacité de la salle (en termes de places assises)

- **Climat** : Afin de mettre à l'aise les participants, un café peut être servi en début de réunion ou bien de simples bouteilles d'eau peuvent être distribuées aux participants. Par ailleurs, une température adaptée permettra de rendre une réunion plus efficace.

- **Pendant la réunion : tour de table** - un « tour de table » permet à chacun de se présenter brièvement et ainsi de permettre aux nouveaux ou aux personnalités extérieures de situer la fonction de chaque intervenant. Le chef-infirmier désigne souvent « un volontaire » pour la rédaction du compte-rendu.

- **Le compte-rendu de la réunion** a plusieurs objectifs :

- Acter des décisions, garder une trace. Assurer une continuité dans les actions mises en place dans l'équipe, éviter la dispersion et donner au groupe la « contrainte » d'établir un lien entre chaque réunion.
- Formaliser le travail réalisé pour permettre par exemple aux personnes non présentes à la réunion de pouvoir en connaître le contenu.
- Capitaliser l'information, pour mémoire. Engager l'action : le compte rendu est une synthèse des décisions prises et des problèmes qu'il reste à résoudre. Chacun peut s'y référer pour contrôler les décisions, la définition des tâches et des engagements pris.

IV. Les actions visant l'autonomie de la personne souffrant mentalement

Ici, l'objectif s'axe sur les actions visant le maintien, la restauration et la promotion de l'autonomie de la personne souffrant mentalement.

1. ZOOM SUR LES GROUPES DE SELF-HELP

Pour une politique du self-help – Dr. Bradfer, *Education Santé* - Revue, 2015.

L'article ci-dessous reproduit l'intervention du Dr Bradfer à l'occasion du colloque "Promotion de la santé à Bruxelles"

Je suis heureux de m'entretenir aujourd'hui avec vous des rapports entre les professionnels de la santé et le mouvement du self-help.

Cet exposé nous conduira à citer plusieurs idées générales sur le self-help à travers les enseignements d'une expérience pratique d'un self-help professionnalisé: le Pélican.

Historique

Mes premiers contacts avec le self-help datent de ma rencontre avec les Alcooliques Anonymes comme jeune médecin, directeur du premier Centre spécialisé pour Alcooliques de Bruxelles.

Déjà à cette époque, j'orientai tous mes patients vers ces mêmes Alcooliques Anonymes, et 25 % d'entre eux y allèrent effectivement.

En tant que professionnel de la santé, j'ai apprécié l'opportunité de pouvoir leur proposer, en plus des soins médicaux que je leur prodiguais, de participer à un groupe de self-help spécifiquement centré sur leur maladie.

L'aide de professionnels de la santé envers le self-help

Plus tard, au cours de ma carrière, j'ai pu directement aider - en tant que professionnel de la santé extérieur - à la création même de nouveaux groupes de self-help, tels les Narcotiques Anonymes, en 1987, et les Emotifs Anonymes en 1988, et en 1995 les Joueurs Anonymes.

Ces groupes ont pu bénéficier grâce à notre soutien de facilités de démarrage comme la possibilité de disposer d'un local, une aide dans leurs relations avec les autorités publiques ou d'autres institutions de santé, un appui technique extérieur sous forme de conférences ou d'exposés d'informations.

Actuellement au Pélican nous avons mis sur pied une antenne de

soutien à la création et au démarrage de groupes de self-help. Après le forum du self-help de mars 1993, nous avons pu développer ce type de consultance pour plusieurs membres de groupes de self-help en formation.

Indication générale du self-help

Nous pensons ainsi de notre expérience que tout professionnel de la santé peut, complémentirement à ses soins, orienter ou tout au moins proposer à chacun de ses patients le groupe de self-help correspondant à sa maladie. De même au sein des cliniques, hôpitaux et lieux de consultations les plus divers, il serait opportun qu'une information circule, et qu'une sensibilisation au self-help puisse être donnée tant au corps médical qu'aux patients eux-mêmes par les membres des groupes de self-help existants.

L'U.N.M.S., Question Santé et nous-mêmes, au Pélican, avons produit divers documents et inventaires détaillés quant aux groupes déjà en place. L'équipe du Pélican a même publié un manuel d'aide à la création de groupes de self-help intitulé «Starter».

Les types de groupes de self-help

Il existe des groupes de self-help pour les maladies physiques les plus diverses, l'aphasie, le cancer du sein, les affections respiratoires, le Parkinson, etc., mais aussi pour des handicaps multiples - grands brûlés, handicapés visuels... ou pour des suites d'opérations - colostomie, ablation du larynx, etc...

Il en existe d'autres pour les dépendances - nous y reviendrons -. Mentionnons aussi des groupes d'entraide mutuelle pour divers types de situations particulières: veuvage, parents d'enfants décédés, homosexualité, compulsions sexuelles, etc.

Le 'Pélican', un exemple de self-help professionnalisé

L'Association du Pélican, on vous l'a expliqué, développe elle-même une forme de groupe de self-help professionnalisé - c'est-à-dire de méthodo-

logie de travail et de relations inspirée des mouvements de self-help (ici particulièrement des mouvements anonymes) pour toutes formes d'addiction ou de dépendances en voie de stabilisation, qu'elles soient alcoolique, toxicomane, médicamenteuse, au jeu ou aux aliments, mais aussi à des émotions excessives ou à des dépendances relationnelles ou affectives à des partenaires sentimentaux ou familiaux insatisfaisants.

Il n'est pas rare de trouver aux réunions du Pélican, assis ensemble à la même table, des alcooliques, des joueurs, et d'autres personnes traumatisées par l'existence, dépressives, co-dépendantes, ou frappées de profonds mal-être existentiels, toutes en recherche de sobriété émotionnelle et d'épanouissement personnel.

Un caractère commun à tous les groupes de self-help: leur protocole

Disons simplement, autant pour les professionnels de la santé que pour les membres des groupes de self-help ici présents combien nous paraît essentiel:

- de se conformer à un protocole - c.à.d. à des règles de déroulement d'une séance - bien clair et solide;
- de disposer d'animateurs de groupe prêts à faire respecter par eux et par le groupe ce protocole de réunion, afin que chacun puisse s'exprimer, écouter et vibrer à égalité de résonance et de vécu avec chacun des autres.

Le self-help: ouverture à un autre regard sur la santé

Une des richesses du Pélican, en ses transpositions professionnalisées de l'ensemble des mouvements anonymes et de leurs cibles particulières, c'est d'avoir porté un regard nouveau sur toutes formes de dépendance.

C'est au Pélican que nous avons pu le mieux saisir la complémentarité du self-help, même professionnalisé, avec les structures médicales classiques: sur 119 personnes ayant fré-

quanté le Pélican en 1987, on en compte à part égale environ 20 % ayant comme source d'envoi le bouche à oreille, 20 % le self-help, 25 % les instances médico-sociales et 35 % les médias ou d'autres formes d'information publiques extérieures (affiches, dépliants en salle d'attente, etc.).

Sur ces mêmes 119 personnes, on relève que la moitié de la population n'a point de suivi extérieur, alors que 25 % suit une psychothérapie, et 25 autres pour cent un groupe de self-help en dehors et complémentirement au Pélican.

La naissance et la diffusion d'un groupe de self-help

Notre expérience de professionnel du self-help et de professionnalisation d'un groupe de self-help, ici le Pélican, nous conduit à dire que la naissance d'un groupe de nécessite la convergence de nombreuses énergies personnelles et d'un grand esprit d'initiative, de persévérance et de coopération à chaque étape.

Cette énergie est nécessaire mais ne suffit pas. Notre expérience montre aussi que la pérennité d'un groupe de self-help est également largement tributaire d'un puissant effort et d'un vaste programme concomitant de diffusion - sensibilisation - et formation. Ceux-ci doivent être dirigés tant envers des publics-relais - les professionnels de la santé - nos collègues chez qui il n'est pas facile de se faire reconnaître et accepter - qu'envers les publics concernés et au-delà envers la presse et l'opinion publique en général.

La formation au self-help : une nécessité

Pour les professionnels de la santé, les objectifs d'une formation au self-help sont l'information et la sensibilisation aux dimensions théoriques du self-help et l'enseignement par une participation pratique à la mise sur pied, l'accompagnement et la conduite de groupes de self-help.

Les groupes du Pélican ont créé récemment une unité de formation au self-help destinée non seulement aux professionnels de la santé, mais aussi à toute personne motivée, désireuse de constituer elle-même un groupe de self-help ou d'en favoriser la création

(pour toute information, contacter P. Strens au Pélican asbl, 02/502.08.61).

L'opinion de professionnels de la santé envers le self-help

Les résultats alors peuvent être positifs. Le Pélican a de la sorte mené plusieurs campagnes de diffusion

et il poursuit avec constance sa politique d'information et de sensibilisation.

Nous avons ainsi, notamment au cours d'un programme, touché 350 généralistes, 128 psychiatres, 138 responsables d'organismes sociaux et 205 responsables du monde paroissial.

Les résultats saillants de notre évaluation montrent une bonne connaissance préalable du Pélican par les professionnels de la santé et leur intérêt pour l'information déjà reçue.

Si, avant la campagne, médecins généralistes et psychiatres n'ont pas souvent conseillé à leurs consultants la fréquentation du Pélican, 2/5ème des responsables sociaux et 1/3 des responsables paroissiaux l'ont déjà fait une ou plusieurs fois.

Par contre, grâce à cette campagne, de nombreux professionnels de la santé, responsables sociaux ou paroissiaux, toutes catégories confondues, se sont montrés ouverts à un changement de leur pratique professionnelle, c.à.d. à l'idée d'envoyer certains de leurs consultants vers le Pélican.

Les mêmes publics-relais attribuent essentiellement aux facteurs de convivialité et à la nature informelle des relations humaines qui s'y déroulent, l'efficacité du Pélican.

L'efficacité du self-help

Sur les 48 participants dépendants aux substances, et les 86 dépendants psychologiques qui ont fréquenté le Pélican en 1987 on compte - au-delà de 14 indéterminés quant à leur évolution - 27 erreurs d'orientation, 21 stagnations dans leur dépendance, 25 améliorations partielles (soit 20 %) et 47 (soit 35 %) évolutions franchement positives.

De l'ensemble de ces considérations relatives aux relations du monde professionnel de la santé et du self-help, professionnalisé ou non - c.à.d. tout à fait autonome et self-supporting quant

à ses réalisations, il m'apparaît clairement - comme à de nombreux auteurs et à tout le mouvement du self-help international - que celui-ci constitue un outil de santé informel tout à fait complémentaire et efficace à l'appareil de soins classiques pour un éventail très vaste de pathologies et de situations de vie problématiques.

Conclusions et perspectives d'avenir

Et pourtant, sur le territoire de notre Région de Bruxelles-Capitale, le mouvement de self-help est loin d'avoir pu réaliser toutes les promesses et toute l'extension en nombre de groupes qui devraient être siennes.

Pourquoi?

Sans doute parce que l'esprit d'initiative et d'entreprise qui caractérise les créateurs potentiels de groupes de self-help n'est pas encore assez présent, ni sollicité dans une société dont la vision de la santé reste encore culturellement mono-centrée sur la relation individuelle, le « colloque singulier » et non pas sur le paradigme du groupe, de la convivialité et de la solidarité plus habituelle au monde anglo-saxon. Cette difficulté n'est sans doute point absente au sein du monde professionnel de la santé quand il s'agit d'indiquer et d'orienter les consultants vers une pratique de groupe dont ils n'ont pas souvent connaissance.

Plus avant, il y a, je crois, le préjugé que les groupes de self-help n'ont pas besoin pour se développer d'importants moyens matériels, comme s'il était possible de développer une médecine vivante spontanée ou professionnalisée comme elle l'est à travers le courant du self-help sans moyens humains et financiers.

Il y a de nombreuses vocations possibles offertes tant aux professionnels de santé qu'aux patients eux-mêmes dans le champ du mouvement social d'entraide mutuelle ou self-help.

A l'issue de ce Colloque, il serait opportun que les organisateurs de cette rencontre et leurs promoteurs administratifs et politiques - nos Ministres régionaux et leurs Administrations - nous apportent leurs concours à nous, membres ou initiateurs de groupes de self-help en Région Bruxelloise.

Dr. G. Bradfer,
pour l'équipe du Pélican

2. QUELQUES ILLUSTRATIONS DE FICHES PRATIQUES

Les fiches du self-help

Découpez (ou photocopiez et collez sur un carton) ces fiches d'identité de groupes et organismes offrant, en Communauté française de Belgique, des possibilités pour les particuliers de se joindre à un "groupe d'entraide" ou d'y obtenir des informations et conseils. Plusieurs fiches ont déjà été publiées et d'autres le seront périodiquement.

SÉRIE D - FICHE 1

Aphasie

Le problème

Trop méconnue et donc souvent mal abordée, l'aphasie touche près de 20.000 personnes en Belgique et connaît une croissance de plus de 2.000 cas par an. Il s'agit d'une perturbation de la communication (non de l'intelligence) chez une personne maîtrisant jusque là le langage (*): l'expression et la compréhension orales ou écrites se troublent plus ou moins gravement... Beaucoup de causes peuvent être à l'origine de ce mal: accidents vasculaires cérébraux, chocs crâniens, tumeurs, etc. La personne atteinte et son entourage doivent apprendre à vivre autrement et surtout à garder le moral. De son côté, un patient travail de logopédie peut contribuer à une sensible récupération des capacités antérieures. Un support social élargi n'est évidemment pas négligeable non plus et c'est pourquoi la sensibilisation de tout un chacun est régulièrement mise à l'honneur par les associations spécialisées, notamment via la diffusion du film-témoignage "Les mots perdus" du Québécois Marcel Simard. Ne manquons pas la projection de cet excellent document et — pourquoi pas ? — suscitons si nous le pouvons des rencontres-débats à son sujet.

(*) A distinguer donc de la dysphasie, anomalie dans l'évolution du langage dès la prime enfance, avant la maîtrise de l'expression orale ou écrite. La dysphasie peut être corrigée en tout ou en partie par une méthode très particulière d'apprentissage scolaire (enseignements auprès de l'A.P.E.A.D.)

SÉRIE C - FICHE 1

Proches d'alcoolique

Le problème

L'alcoolisme, bien sûr, n'est pas seulement un problème individuel: c'est aussi un calvaire familial et un déchirement social. Les proches (parents, conjoint, enfants...) sont souvent bien malmenés dans l'aventure. Ils sont exposés non seulement à de possibles violences, mais également à des atteintes insidieuses à leur propre personnalité, notamment dans l'affrontement quotidien à l'échec ou à la promesse déçue et dans le rôle ingrat qui leur revient d'intercesseurs entre l'alcoolique, non fiable, et un monde extérieur peu enclin à tolérer sa déchéance ou ses frasques à répétition.

Se couper de ses relations "positives" habituelles pour éviter les jugements ou les esclandres; mentir à tout propos pour "couvrir" l'être aimé; se culpabiliser de n'être pas capable de le dissuader de boire; ne plus vivre que dans l'obsession du contrôle ou de la rechute: ce tableau ordinaire en déstabiliserait plus d'un. Depuis 1960, en Belgique, près de 90 groupes d'entraide se sont créés pour aider les familles d'une personne souffrant d'alcoolisme, pour réapprendre un relatif détachement et un travail de communication, par étapes.

FICHE D.1

Les services

■ **Coordonnées:** 1) Fédération belge des aphasiques francophones, Bd. Brand Whitlock, 105 - 1200 Bruxelles; tél.: 02/736.96.79., associé à "Ensemble - Groupe des cérébro-lésés de Liège et environs" (rue Naniot, 267 - 4000 Liège; tél.: 041/26.37.55) et à "Savoir revivre - Groupe des aphasiques de la région de Mons" (chemin de la Ferme, 117 - 7050 Jurbi-se; tél.: 065/22.50.45).

2) A.P.E.A.D. (Association des parents d'enfants aphasiques et dysphasiques) Av. H. Van Laer, 87 - 1070 Bruxelles; tél.: 02/522.77.79. (sections locales à Liège et Mouscron).

■ **Permanences:** 1) lundi, mardi, jeudi et vendredi, de 10 à 14h, au tél.: 02/242.36.48.;

2) en journée, au tél.: 02/425.12.72; après 17h: voir ci-dessus.

■ **Responsable(s):** 1) M. Raymond Bassem; 2) M. Eric Thille

■ **Publications:** 1) "Parole... Contact" (mensuel); 2) "APEAD-Info" (trimestriel)

■ **Autres activités principales:** aide aux personnes atteintes, dans tous les domaines; sensibilisation du monde médical, pédagogique et politique; formations pédagogiques.

N. B.: les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél.: 02/515.05.85.

FICHE C.1

Le service

■ **Coordonnées:** Groupes familiaux AL-ANON (pour adultes) et ALATEEN (pour enfants et adolescents), Rue Kessels, 4 - 1030 Bruxelles; tél.: 02/216.09.08. Plusieurs sections locales.

■ **Permanence:** 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (répondeur).

■ **Responsable(s):** sans objet (anonymat individuel respecté comme chez les Alcooliques Anonymes, où l'on s'appelle par son prénom).

■ **Publication:** —

■ **Autres activités principales:** —

N. B.: les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél.: 02/515.05.85.

Les fiches du self-help

Découpez (ou photocopiez et collez sur un carton) ces fiches d'identité de groupes et organismes offrant, en Communauté française de Belgique, des possibilités pour les particuliers de se joindre à un "groupe d'entraide" ou d'y obtenir des informations et conseils. Plusieurs fiches ont déjà été publiées et d'autres le seront périodiquement.

SÉRIE A- FICHE 2

Alzheimer (soutien aux proches)

Regard sur le problème

On estime que près de 100.000 personnes souffrent en Belgique de la maladie d'Alzheimer, forme la plus fréquente de démence, d'origine encore mal connue. Même si le fonctionnement des cellules cérébrales s'altère à un rythme différent selon les personnes, la dégradation est irréversible et son annonce a de quoi déstabiliser sérieusement l'individu concerné (s'il est suffisamment conscient) et en tout cas son entourage. Peu à peu, les questions se bousculent: comment le sujet atteint va-t-il évoluer ? deviendra-t-il bientôt totalement "absent", violent ? comment réagir à ses hallucinations ? comment le garder à la maison ? où pourrait-il être soigné ? etc.

Pour répondre aux questions les plus pratiques, pour soutenir moralement les familles, des associations d'entraide ont vu le jour et fonctionnent parfois depuis une dizaine d'années déjà. On peut y recevoir des conseils (problèmes de communication, de dépression, d'hygiène, d'agitation, d'agressivité...) ou des informations d'ordre pratique, scientifique, administratif, juridique, ainsi que divers tuyaux sur les formes de prise en charge ou d'aide professionnelle.

SÉRIE F- FICHE 2

Rupture conjugale

Regard sur le problème

Les séparations et les divorces touchent aujourd'hui, dans nos pays, environ un couple institué sur trois. Si toutes ces ruptures ne tournent pas forcément à l'aigre (heureusement !), nombreux sont néanmoins les cas où la période de dislocation conjugale accentuée, au moins pour un temps, l'animosité des anciens partenaires et multiplie les occasions de friction, les règlements de compte, les débordements violents et douloureux. A la crise émotionnelle, s'ajoutent en effet les bouleversements matériels, les crispations financières, les conseils parfois belliqueux d'avocats avant tout soucieux de "faire gagner" leur client(e). Parfois aussi — et c'est le pire — les enfants sont pris en otage par l'un ou l'autre, voire les deux parents: ils deviennent des "objets de représailles post-conjugales". Parfois enfin, un parent renonce à certains de ses droits élémentaires pour échapper à cette spirale destructrice...

A travers des rencontres, des échanges d'expérience, des conférences, des séminaires, des "médiations", certaines associations s'efforcent d'aborder les choses autrement et proposent aux "couples" en crises, avant ou après une séparation, des voies de règlement des différends plus respectueuses de chacun et plus soucieuses, le cas échéant, du bien de l'enfant.

FICHE A.2

Les services

■ **Coordonnées :** 1) Ligue Alzheimer, rue Langeveld, 151 - 1180 Bruxelles; tél.: 02/375.18.09. (sections locales);

2) Association Alzheimer Belgique, Clos Saint-Georges, Chaussée de Waterloo, 1321 d - 1180 Bruxelles; tél.: 02/375.71.18. ou 071/31.95.14 (section de la région de Charleroi). Réunions tous les deux mois à Bruxelles et Charleroi; selon la demande à Mons).

■ **Permanence :** 1) jours ouvrables de 10h30 à 15h;
2) 24h/24 (répondeur).

■ **Responsable(s) :** 1) Mme De Plaen (010/43.02.90);
2) Mme Westerman

■ **Publication :** 1) "Bloc Notes" (trimestriel);
2) "Alzheimer Belgique Info" (bimestriel).

■ **Autres activités principales :** 1) soutien à la recherche;
2) intervention auprès des responsables politiques.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.

FICHE F.2

Le service

■ **Coordonnées :** Parents pour toujours, Rue de Bordeaux, 62 a - 1060 Bruxelles. (D'autres groupes, associations et services existent dans d'autres villes, qui fonctionnent plus ou moins dans le même esprit; renseignez-vous au besoin à l'adresse ci-dessus).

■ **Permanences :** de 9 à 17h, du lundi au vendredi (tél.: 02/537.11.08) ou de 9 à 20h, 7 jours sur 7 (tél.: 02/537.34.15).

■ **Responsable(s) :** Philippe Piret, Hélène Van den Steen.

■ **Publications :** —

■ **Autres activités principales :** développement de la médiation familiale.

N. B. : les informations reprises ci-dessus sont susceptibles de connaître certains changements au fil du temps: interruption ou développement d'activités; nouveaux responsables; modification des heures de permanence; déménagement; etc.

En attendant d'éventuelles mises à jour, toute personne qui rencontrerait des difficultés dans ses tentatives de contact avec un groupe de self-help ou qui chercherait des informations complémentaires sur les groupes existants peut s'adresser au: Service Promotion de la santé, U.N.M.S., 32 rue Saint-Jean - 1000 Bruxelles; tél. 02/515.05.85.