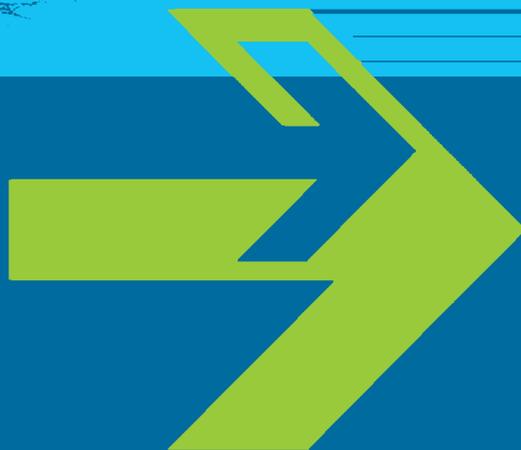


Santé Mentale : 01 42 77 52 77 / Réf : 241060862

Septembre 2008



LES CAHIERS **3** DU TUTORAT EN PSYCHIATRIE



Accueillir
la personne en
état maniaque

Auteurs : Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique (Gap), en collaboration avec Serge Rouvière, infirmier de secteur psychiatrique (Lyon).



SOMMAIRE

1	Introduction	7
2	Quelques repères sur la PMD, le trouble bipolaire et l'état maniaque	9
3	Accueillir un raz-de-marée	11
4	Assumer la mise en chambre d'isolement	21
5	Réguler et contenir le patient maniaque	29
6	Soutenir la famille	37
7	Au-delà de l'état maniaque : prévenir la récurrence	47

LES CAHIERS DU TUTORAT EN PSYCHIATRIE

Pour transmettre et faire fructifier le savoir infirmier

Le plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » renforce la formation des infirmiers novices exerçant en psychiatrie. Outre la consolidation des savoirs et des pratiques de soins initiée en 2004, ce plan instaure un tutorat qui prend la forme d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés (*). Les *Cahiers du Tutorat* sont le support de cette transmission des savoirs infirmiers.

■ Pourquoi une telle collection ?

→ Il existe peu d'ouvrages de référence traitant réellement du soin en psychiatrie. Le plus souvent il est abordé d'un point de vue médical qui se réfère à la maladie et donc à sa dimension curative. Le soin infirmier est d'un autre ordre. Il repose sur un quotidien fait certes d'actes techniques, mais surtout de rencontres, de petits moments d'échanges en apparence insignifiants qui constituent une clinique infirmière spécifique. Les *Cahiers du Tutorat* ont donc pour objectif de fixer ces savoirs pratiques que les infirmiers n'ont qu'exceptionnellement pris la peine de formaliser.

■ Comment se présente cette collection ?

→ Ces *Cahiers du Tutorat* d'une quarantaine de pages chacun sont conçus et rédigés par des infirmiers praticiens des soins en psychiatrie et formateurs expérimentés. Ils privilégient une pédagogie très interactive. Chaque chapitre propose par exemple une série de questions qui peut servir à introduire une réflexion entre le tuteur et le tuteur. Le savoir théorique se déroule toujours à partir d'exemples cliniques. Les éléments de synthèse sont clairement identifiés. Au fil des parutions, différentes thématiques sont abordées qui déclinent l'essentiel des savoirs infirmiers dans la psychiatrie.

(*) Circulaire DHOS/P2/02/DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

■ Ces Cahiers s'apparentent-ils à des guides de bonnes pratiques ?

→ Non, pas du tout. Les infirmiers expérimentés qui rédigent ces Cahiers rapportent des situations auxquelles ils ont été confrontés. Ils décrivent la façon dont ils y ont fait face. Mais plutôt que de transmettre des réponses stéréotypées, les auteurs proposent une manière de questionner les problématiques de soin à partir de différents éléments théoriques. L'essentiel n'est pas de proposer une théorie du soin mais une façon de penser les situations cliniques et de les remettre en question. Un guide de bonnes pratiques constituerait un outil « fermé ». Il s'agit davantage de développer le dialogue entre le tuteur et le tuteur, d'ouvrir la réflexion et, au-delà du contenu, d'imaginer d'autres réponses.

■ En quoi ces Cahiers peuvent-ils aider les tuteurs et les tutorants ?

→ Le tuteur est d'abord un clinicien, un praticien des soins, rarement un théoricien. De fait, il « sent » plutôt les situations, et a parfois du mal à les relier à des références théoriques qu'il a pourtant la plupart du temps intégrées. Les *Cahiers du Tutorat* proposent donc au tuteur une mise en forme de son savoir. Il peut y adhérer ou non, il peut s'en détacher. Peu importe, il a une référence possible. Tuteur ou tuteur ont ainsi un référentiel commun à partir duquel ils vont pouvoir échanger. À une histoire clinique rapportée dans un Cahier correspond toujours une situation familière pour le tuteur et des questions pour le tuteur. Le but des *Cahiers du Tutorat* est de permettre au tuteur de se « fabriquer » un répertoire de situations de soins qui lui servira de référence.

■ L'usage de ces Cahiers est-il réservé aux seuls tuteurs et aux tuteurs ?

→ Bien sûr que non. Les enseignants des Instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) peuvent bien évidemment les utiliser de plusieurs façons :

- pour servir de base à des cours,
- pour travailler en petits groupes sur les situations évoquées,
- pour préparer des travaux de fin d'études.

Enfin, les infirmiers sur le terrain y trouveront les éléments pour interroger leur pratique, la mettre en perspective sur un plan théorique et critique.

Ce troisième Cahier du Tutorat est consacré à l'accueil des personnes atteintes de trouble bipolaire en phase maniaque. Il est préférable d'avoir lu et travaillé les Cahiers n°1 et 2 consacrés à la schizophrénie (« Accueillir la personne souffrant de schizophrénie » et « Évaluer et gérer l'angoisse et l'agitation des personnes souffrant de schizophrénie ») car de nombreux points de la prise en charge sont communs à ces pathologies.

1

Introduction

« Ça sonne, ça cogne à ma porte, sans vergogne... Ça frappe, ça tape, ça traque contre ma porte. Ça crie, supplie ou psalmodie derrière ma porte. Ça braille, chamaille, pagaille sur le palier qu'isole ma porte... Un coup violent fait chanceler ma serrure alors qu'une armée à mille pieds piétine mon entrée, prend place sur mon échiquier. Le roi noir, face à moi sous les traits d'un pompier m'intime de ne pas résister. Mat en trois coups, quel déshonneur ! ... De la position verticale, sans transition, je bascule dans l'horizontalité la moins noble, maintenu par de vigoureuses poignes bien décidées à ce que tout ceci ne finisse pas en belle foire d'empoigne. S'approche alors une autre pièce ennemie, sans doute la tour, aussi massive qu'une citadelle espagnole, plus trapue qu'un trappeur canadien et qui lorgnant mes arrières, l'arme au poing, me perce le train. Le produit s'infiltré, embrume mon âme... dormir... enfin dormir. » (*La saignée des âmes*, J.-M. Truchot, Éd. des Écrivains, 2003).

Jean-Marie Truchot, infirmier de secteur psychiatrique, décrit ainsi du point de vue du patient, l'intervention des pompiers et des forces de l'ordre au domicile de Cham Mugant, qui, suite à une promotion professionnelle et à une série de nuits sans sommeil, bascule dans un état maniaque qui le conduit à vider dans la rue son appartement de ses meubles.

→ Le patient maniaque est souvent hospitalisé sous contrainte après une intervention à domicile et/ou un passage aux urgences. **Cette nécessité de lui imposer des soins laisse parfois des traces.**

→ **Avant la décompensation maniaque, ce patient a eu une vie professionnelle, sociale et affective qu'il retrouvera** après car il connaîtra une récupération complète ou quasi-complète. Il devra cependant faire face aux conséquences sociales et affectives des actes accomplis pendant la crise.



À RETENIR

Il faut faire en sorte que les soins imposés au patient n'hypothèquent pas le suivi nécessaire à la prévention des rechutes et à une bonne alliance thérapeutique.

C'est le jour et la nuit, quand il va mieux...

Je me souviens encore du premier patient bipolaire en état maniaque que j'ai rencontré. Il m'avait traité de « beatnik incompetent », refusait de parler à cette « graine de communiste » que je devais forcément être et avait même essayé de me chasser du bureau infirmier à coup de parapluie. À ma grande surprise les infirmiers chevronnés, habituellement prompts à recadrer les patients agités, faisaient preuve d'une patience étonnante vis-à-vis de lui. « *C'est un kiné qui a un cabinet, me disaient-ils, avec une nuance de respect dans la voix. Là, il est en crise. Quand il ira mieux, tu verras le chic type que c'est. Le jour et la nuit. Quand il prend son traitement, il est impeccable. Il faut attendre que le traitement fasse effet. Dès qu'il va retrouver le sommeil, ça ira mieux* ». De fait s'il « asticotait » l'étudiant que j'étais, il adoptait une attitude plus respectueuse avec les soignants plus anciens. Ceux-ci plaisantaient avec lui et le contrôlaient sans difficulté. Les régulateurs de l'humeur ont transformé la vie des patients qui ont cessé de connaître l'alternance état maniaque-mélancolie.

Commentaire : Comme le montre ce témoignage, les soignants expérimentés connaissaient l'avant et l'après de l'état maniaque et les alternances des phases maniaques et mélancoliques. La relative prévisibilité de l'évolution de l'état maniaque avait pour eux quelque chose de rassurant, de familier quels que soient par ailleurs les excès des patients.



À RETENIR

Le patient maniaque par son euphorie, son hyperactivité, sa fuite des idées, son mépris de l'autre, sa lutte contre le sommeil impressionne l'étudiant et le jeune infirmier qui ne savent comment contenir ce patient.

2

Quelques repères sur la PMD*, le trouble bipolaire et l'état maniaque

Si l'état maniaque est spectaculaire sur le plan de la symptomatologie, les soignants ont parfois du mal à l'intégrer à une pathologie spécifique. Dans les unités, les psychiatres parlent de PMD, de psychose ou de trouble bipolaire. Comment s'y repérer ?

→ **Le terme de Psychose Maniaco-Dépressive (PMD)** a été introduit en France en 1907 par Deny et Camus⁽¹⁾ qui ont repris les travaux de Kraepelin, publiés en 1899⁽²⁾. Ils définissent la PMD comme une « *psychose constitutionnelle, essentiellement héréditaire, caractérisée par la répétition, l'alternance, la juxtaposition ou la coexistence d'états d'excitation et de dépression* ». Ils précisent qu'elle « *comporte seulement trois groupes d'états différents, reliés, il est vrai, entre eux par de nombreuses formes intermédiaires : des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes* ». La PMD regroupait alors les pathologies de l'humeur à évolution cyclique.

→ **Par extension du spectre des troubles de l'humeur⁽³⁾, la PMD s'est dissoute sous l'appellation de trouble bipolaire** qui intègre dans une même entité toutes les variations qui sortent d'une certaine normalité thymique. Quatre types de bipolarité sont décrits dans la nouvelle nosographie :

- Le trouble bipolaire de type I est une affection chronique de l'humeur qui se manifeste par la succession à un rythme déterminé d'états thymiques maniaques et/ou dépressifs. Les patients qui présentent un ou plusieurs épisodes maniaques, corrélés ou non avec un épisode dépressif majeur ou mélancolique, souffrent d'un trouble bipolaire I, ce qui est le cas des patients présentés dans ce cahier.
- Le trouble bipolaire de type II est une forme clinique qui se manifeste essentiellement par des épisodes dépressifs mélancoliques mais avec présence cyclique d'épisodes d'hypomanie retrouvée au cours de l'interrogatoire.

(*) Psychose Maniaco-Dépressive

- Le trouble bipolaire de type III est une variante qui est constituée de mélancolies sans hypomanie spontanée mais induite par des traitements antidépresseurs.
- Le trouble bipolaire de type IV rassemble des traits hypomaniaques persistants ou intermittents sur un tempérament hyperthymique.

Commentaire : Si le concept de trouble bipolaire présente un intérêt en termes de diagnostic et de thérapeutique médicale, au niveau de la prise en charge infirmière de l'état maniaque, il ne nous permet pas de comprendre la dynamique psychique du patient et décrit des signes que rien ne vient relier entre eux. La "vieille" PMD de Kraepelin et les mécanismes de défense maniaque décrits par la psychanalyse (Cf. *Comprendre l'agitation maniaque* pages 33-34) continuent à guider une approche relationnelle qui ne se limite pas à la distribution de médicaments, au cadrage comportemental et à l'isolement du patient.

Nous nous intéresserons plus particulièrement dans ce cahier à l'épisode maniaque qui pose de nombreuses difficultés de prise en charge. Il se caractérise par cinq signes clés : euphorie, hyperactivité désordonnée, fuite des idées, réduction du besoin de sommeil et levée des inhibitions.



À RETENIR

L'état maniaque est une manifestation d'un trouble de l'humeur caractéristique de la PMD, pathologie psychiatrique qui comporte trois groupes d'états différents : des états maniaques, dépressifs ou mélancoliques et mixtes. Il correspond, pour le DSM IV R au trouble bipolaire de type I.

(1) Deny G., Camus P., Les folies intermittentes. La Psychose maniaque dépressive, J.-B. Baillière, Paris, 1907).

(2) Kraepelin E., La Folie maniaque-dépressive. Trad. Fr., 1913, rééd. J. Million, Grenoble, 1913).

(3) Akiskal H.S., The Bipolar Spectrum : New Concepts in Classification and Diagnosis. In *Psychiatrie Update*, L. Grinspoon, vol. II, American Psychiatry Press, Washington D.C., p. 271-292, 1983.

Akiskal H.S., Diagnosis and classification of affective disorders : News insight from Clinical and Laboratory Approaches. *Psychiatr. Dev.*, 2, p. 123-160, 1983.

Akiskal H.S. Dysthymic and cyclothymic disorders : A Paradigm for High-Risk Research in Psychiatry. In *The Affective Disorders*, J.-M. Davis, J.W Maas, American Psychiatry Press, Washington D.C., p. 211-231, 1983.

3

Accueillir un raz-de-marée

L'arrivée d'un patient en état maniaque dans une unité de soin est toujours un événement. Un feu d'artifice de coqs à l'âne, de jeux de mots tous aussi farfelus les uns que les autres. Les soignants sont confrontés à un patient ivre de toute puissance.



- « Bonjour M. Larose, je suis Dominique Lemoine, infirmier*
- *Lemoine excellent, franciscain ou dominicain ? Laissez-moi deviner. Cette ton-sure, cette façon de s'habiller à la va-comme-je-te-pousse, un ordre mendiant c'est ça, dominicain comme votre prénom l'indique.*
 - *Je suis chargé de vous accueillir et de vous présenter l'unité.*
 - *Vous avez vraiment l'air constipé. L'air et la chanson. « Une chanson douce que me chantait ma maman ». Non, Lemoine ce serait plutôt « la bonne du curé ».*
 - *« J'voudrais bien mais j'peux point ». Qu'est-ce que je fous là d'abord ?*
 - *Vous êtes hospitalisé sur demande d'un tiers parce que...*
 - *Vous avez vraiment une voix de gonzesse. Moi, j'ai une voix de ténor, écoutez ça : « O sole mio ». Il faudrait repeindre tout ça. Ça manque de couleur. C'est sinistre. Vous savez que je danse merveilleusement. Regardez. (il esquisse quelques pas de danse) Saturday night fever. Le roi du disco c'est moi. C'est samedi aujourd'hui. Et j'ai la fièvre. Dépêchez-vous que je puisse aller me changer pour la teuf.*
 - *Vous êtes à l'hôpital de...*
 - *Je sais que je suis à l'hôpital. Tu me prends pour un benêt ou quoi ? Méfie-toi, Larose a des épines.*
 - *Voilà votre chambre.*
 - *Un lit à deux places, il me faut un lit à deux places. J'ai repéré une petite blonde à blouse blanche et à forte poitrine. Je suis sûr qu'elle est bonne.*
 - *Vous n'êtes pas là pour ça. Vous êtes hospitalisé parce que vous...*
 - *Oui je sais. C'est ma bonne femme. Elle n'a pas supporté que je lui fasse livrer trois mille roses pour notre anniversaire de mariage.*
 - *Trois mille roses ?*
 - *Oui. Trois mille. Une par orgasme.*
 - *Vous les avez comptés ?*
 - *Avec une règle de trois, ça n'a rien de compliqué. J'ai trouvé une formule. La for-mule du pape. Ah ah ah ! »*



Les questions qui suivent peuvent vous aider à introduire une réflexion entre le tuteur et le tuteur. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ces questions peuvent simplement susciter un échange autour d'une rencontre, d'une clinique et d'une pratique.

- Un certain nombre d'attitudes de M. Larose doivent vous interroger, pouvez-vous les lister ?
- Parmi celles-ci, certaines peuvent vous donner à penser que M. Larose est en état maniaque. Lesquelles ?
- Pensez-vous que ce dernier puisse devenir agressif ?
- Que pensez-vous des réactions du soignant ?
- Auriez-vous procédé de la même façon ?
- Existe-t-il des choses que vous n'auriez pas supportées dans cette circonstance, lesquelles ?

Reconnaître les signes d'un état maniaque

L'infirmier qui présente les locaux à M. Larose peut déjà repérer un certain nombre de signes caractéristiques d'un état maniaque :

- l'euphorie,
- le ludisme,
- une augmentation de l'estime de soi et de ses capacités,
- un débit accéléré de la parole, une logorrhée, un désir de parler constamment (l'infirmier n'arrive pas à finir ses phrases, M. Larose le coupe constamment),
- une accélération des pensées et des actes (M. Larose passe d'un sujet à l'autre sans pouvoir se fixer, il chante et danse hors de propos, il passe constamment du coq à l'âne),
- un comportement désinhibé,
- des dépenses inconsidérées d'argent (achat de trois mille roses),
- une irritabilité avec une tendance agressive (« *Méfie-toi Larose a des épines* »),
- une hyperactivité, une agitation (M. Larose est constamment en mouvement, il va et vient dans la chambre, a le verbe haut).

Tous ces signes confirment les informations contenues dans la lettre du médecin des urgences et les propos de son épouse qui a fait la demande d'hospitalisation sous contrainte.

- Elle a expliqué que son mari a été promu chef de service, alors que selon lui, un collègue plus ancien aurait dû bénéficier de cette promotion.
- Il a commencé à s'endormir de plus en plus tard et à se lever de plus en plus tôt.
- Il devait être digne de la confiance de ses supérieurs. Il lisait, annotait des ouvrages financiers.
- Il a cessé de se raser, a abandonné ses costumes pour des jeans, est rentré de plus en plus tard du travail. Il ne dormait quasiment plus.
- Il s'est mis à harceler une de ses collègues de travail, lui a offert une bague qu'elle a refusée. L'achat des 3 000 roses n'est qu'une de ses dépenses inconsidérées. Il a acheté un camping-car pour être plus proche de son travail (ou pour y amener ses nombreuses conquêtes, il a donné plusieurs versions à son épouse). Il ne rentrait plus que très épisodiquement au domicile conjugal.
- M. Larose prétend également avoir trouvé une formule basée sur une série de règle de trois qui lui permet de calculer n'importe quoi. Avec ce que cette formule va lui rapporter, il n'aura plus de soucis d'argent.
- Sa femme a fini par craquer quand il a ramené un couple à la maison pour une « partie carrée ». Prétextant un examen pré-coïtal, elle l'a conduit aux urgences, où le médecin l'a fait hospitaliser sur demande d'un tiers. Au moment du départ, il s'est agité mais a finalement offert peu de résistance.

Plus généralement :

- La personne en état maniaque éprouve un sentiment de plénitude. Elle se sent infaillible. Des intuitions quasi-prophétiques lui permettent d'interpréter un monde obscur aux béotiens. Elle ne craint ni la faim, ni le froid, ni la fatigue.
- Le cours de sa pensée est caractérisé par une extrême rapidité avec jeux de mots, citations hors contexte, vers de mirliton et associations par assonances. La personne passe d'un sujet à l'autre dans une sarabande d'idées influencées par l'environnement. Elle est difficile à comprendre parce qu'elle télescope les chaînons logiques. Elle réagit à tout. Elle commente tout et fait en sorte que rien ne lui échappe.

- Le débit verbal est rapide et s'accélère jusqu'à la logorrhée qui épuise l'entourage.
- La personne peut également chanter à tue-tête.
- Elle peut se lancer dans une frénétique activité d'écriture, une graphorrhée, qui s'écoule sur tous les supports imaginables, y compris les murs de sa chambre. Elle s'entoure de pense-bête, de citations, de réclamations, plus ou moins lisibles qui sont comme autant de pièces éparses d'un univers qui cesse d'être régi par les lois communes.
- Elle va, vient, déambule et gesticule, prend les autres et notamment les soignants à partie. On pourrait en sourire si elle n'était pas aussi susceptible, si elle ne captait nos hésitations, nos sourires au vol.
- Elle est provocante et volontiers agressive. Elle s'amuse, se moque des travers des uns et des autres. Elle ironise sur une calvitie, un bégaiement. Elle imite, caricature. Elle écorche les noms de famille. Elle fait des propositions grossières et érotiques. Elle se laisse aller et déborde le cadre des convenances.
- La personne joviale se transforme vite en tyran insensible à la contrainte et au rappel à l'ordre. Caustique, ironique, elle peut vociférer, voire faire preuve d'une agressivité clastique qui peut devenir forcenée jusqu'à être emporté par un état de fureur maniaque.

Les mécanismes de défense maniaque

Ces différents signes de l'état maniaque constituent, pour les psychanalystes, des mécanismes de défense qui ont pour but de protéger l'individu des conséquences internes de la perte de l'objet d'amour ou du deuil relatif à cette perte. La perte peut être réelle (un décès, une séparation ou la perte d'un travail), potentielle ou non. Il s'agit, dans tous les cas, d'éviter la dépression mélancolique associée à la conviction d'avoir détruit cet objet d'amour et au sentiment d'en être responsable.

Le sujet maniaque se défend en minimisant la puissance de l'objet, en le dénigrant, en le méprisant tout en exerçant une maîtrise et un contrôle incessant sur les objets. On reconnaît ainsi le contrôle omnipotent de l'objet, le triomphe et le mépris qui sous-tendent chacun des signes relevés.



À RETENIR

Si euphorie, hyperactivité désordonnée, fuite des idées, réduction du besoin de sommeil et levée des inhibitions constituent quelques-uns des signes principaux de l'épisode maniaque, chaque patient les conjugue à sa façon. Il est essentiel de noter les données recueillies auprès de la famille, des différents intervenants et du patient lui-même, ce qui sera utile quand il faudra repérer avec le patient des signes précurseurs.

L'équipe autour du patient

La prise en charge d'un patient en état maniaque (et notamment son accueil) doit être pensée en équipe et s'élaborer avant même son arrivée.

Elle fait partie du projet thérapeutique de l'équipe soignante et répond aux questions :

- Qu'est-ce que soigner une personne en état maniaque pour nous ?
- Quels moyens nous donnons-nous pour le faire ?
- Quels sont nos objectifs ?
- Comment nous organisons-nous pour les atteindre ?

Cette réflexion est essentielle car le patient en état maniaque est hypersentive à l'ambiance (il réagit de façon excessive à l'ambiance, est très familier). En conséquence, il sera plus excité s'il arrive dans un lieu où tous les soignants s'agitent, et plus angoissé (donc plus agité ou agressif) s'il est confronté à des professionnels que sa présence déstabilise et inquiète.

L'arrivée d'un patient hospitalisé sous contrainte (c'est souvent le cas avec les patients en phase maniaque) est un événement stressant pour les soignants. Sans banaliser l'arrivée d'un patient qui va les soumettre à rude épreuve, sans se réfugier dans un protocole rigide que le patient fera exploser, il convient que chaque membre de l'équipe sache se positionner et se rendre disponible pour l'accueil de ce patient :

- Les problèmes d'intendance (chambre, repas, disponibilité d'une chambre pour un éventuel isolement, etc.) doivent avoir été réglés avant l'arrivée du patient.
- Les soignants font en sorte de recueillir le maximum de données avant

l'admission (dans le dossier du patient si celui-ci est déjà connu, appel aux structures extra-hospitalières si celui-ci est suivi, lien avec les collègues de la psychiatrie de liaison si passage par les urgences).

- Les soignants se préparent psychologiquement à l'accueil et se partagent les tâches : l'un d'eux doit toujours être disponible pour les autres patients et un autre à proximité du patient en état maniaque.
- Il est bon que les soignants se relaient. Accompagner un patient maniaque, même quand l'accueil se passe bien, est épuisant. Il s'agit de créer un espace « enveloppant » qu'il peut investir pour l'hospitalisation à venir mais également pour les rechutes éventuelles.
- L'isolement ne peut être la seule réponse.
- La prise en charge est tellement complexe, usante et exigeante qu'elle suppose la participation de chacun.



À RETENIR

L'admission d'un patient en état maniaque doit être préparée de telle sorte que les soignants puissent se consacrer à la fois à l'accueil du patient et à l'accompagnement des autres patients de l'unité. Il faut fonctionner en équipe afin de résister aux attaques et aux tentatives de contrôle du patient.

Entrer en relation avec le patient maniaque

L'infirmier s'est à peine présenté que M. Larose ironise sur son nom, son aspect physique, ses vêtements. Reprenons l'interaction en suggérant d'autres réponses de la part de l'infirmier.

OUI

« Bonjour M. Larose, je suis Dominique Lemoine, infirmier ».

Commentaire : L'infirmier appelle le patient par son nom, il se présente, nom et prénom (dans ce cas de figure, la seule mention du prénom induirait une certaine familiarité), et présente sa fonction.

« *Lemoine excellent, franciscain ou dominicain ? Laissez-moi deviner. Cette tonsure, cette façon de s'habiller à la va-comme-je-te-pousse, un ordre mendiant c'est ça, dominicain comme votre prénom l'indique* ».

Commentaire : Évidemment, M. Larose réagit au quart de tour sur le nom de l'infirmier et procède par associations d'idées. L'infirmier peut prendre ce jeu de mots comme une attaque. Afin de ne pas répondre sur un mode agressif au patient, il faut que lui-même ait élaboré un minimum sur son nom de famille, qu'il dépasse les plaisanteries de cours de récréation. Il en va de même pour sa calvitie. Si celle-ci le fragilise, il risque de réagir par une contre-attitude.

OUI

« Je suis chargé de vous accueillir et de vous présenter l'unité. »

Commentaire : L'infirmier ne reprend pas. Imperturbable, il décrit sa fonction à M. Larose.

Vous avez vraiment l'air constipé. L'air et la chanson. Une chanson douce que me chantait ma maman. Non, Lemoine ce serait plutôt « la bonne du curé ». J'voudrais bien mais j'peux point. Qu'est-ce que je fous là d'abord ?

Commentaire : M. Larose change son fusil d'épaule. Il en rajoute une couche un peu plus agressive mais réagit au mot chanson et pousse la chansonnette.

OUI

« Vous êtes hospitalisé sur demande d'un tiers parce que... »

Commentaire : L'infirmier évite l'escalade symétrique agressive. Il reste maître de lui et répond en donnant de l'information. On retrouve le contrôle omnipotent de l'objet et le mépris.

NON

« Ecoutez, M. Larose, si vous continuez, je vais être obligé d'appeler des renforts et vous ferez moins le malin ».

Commentaire : M. Larose ne cherche pas à agresser l'infirmier, il joue, il plaisante, probablement pour détendre « son » atmosphère. Le recadrer à ce moment-là est absurde et risque non seulement d'être contre-productif mais en plus de provoquer ce qu'on cherche à éviter : une réaction réellement agressive de M. Larose. Pour pouvoir garder le contrôle de la situation, le patient omnipotent serait contraint d'adopter un comportement plus agressif.

OUI

(Une variante) - : « L'habit ne fait pas le moine M. Larose, j'ai oublié ma robe de bure au presbytère. Sérieusement, vous êtes hospitalisé... ».

Commentaire : L'humour pourvu qu'il soit manifestation d'autodérision (donc porté sur soi, sur la situation et en aucun cas sur le patient, ce serait alors de l'ironie et le patient est suffisamment subtil pour le percevoir et y réagir) peut être une réponse adaptée. Il surprend le patient, lui montre que quelqu'un « habite » la blouse. Il l'invite à changer de registre. Le soignant ne contre pas le patient. Il ne cherche pas à échapper à son contrôle. Il accepte ses jeux de

mots, les intègre en lui, et les lui restitue sous une forme apaisée. Opérations que M. Larose est incapable de faire pour l'instant.

L'humour permet également de transformer ses émotions. Ce mode de réaction est plus économique psychiquement que l'imperturbabilité. Le soignant se décentre de l'interaction, il se décale. D'une façon générale, il n'est pas facile de trouver la juste proximité avec un patient en état maniaque : être trop proche encourage une certaine familiarité qui maintient le patient dans son idée de toute puissance et nourrit la fuite des idées, la distance et la rigidité du soignant sont interprétées par le patient comme des manifestations d'agressivité.

« Je sais que je suis à l'hôpital. Tu me prends pour un benêt ou quoi ? Méfie-toi, Larose a des épines ».

Commentaire : Une menace à peine voilée par le jeu de mots. Il ne faut pas oublier que le patient en état maniaque ne se sent pas malade, au contraire. De son point de vue à lui, il n'a jamais été autant en forme.

OUI

« Voilà votre chambre ».

Commentaire : Le soignant reste imperturbable. Il ne réagit pas.

« Un lit à deux places, il me faut un lit à deux places. J'ai repéré une petite blonde à blouse blanche et à forte poitrine. Je suis sûr qu'elle est bonne ».

OUI

« Vous n'êtes pas là pour ça. Vous êtes hospitalisés parce que vous... »

Commentaire : Cette fois-ci l'infirmier recadre. Il ne s'agit plus seulement de mots, de plaisanteries plus ou moins scabreuses mais d'un tiers, soignant qui plus est, est en cause. Il pose une limite. De ne pas avoir été posée d'emblée, la limite peut être davantage opérante.

« Oui je sais. C'est ma bonne femme. Elle n'a pas supporté que je lui fasse livrer trois mille roses pour notre anniversaire de mariage.

OUI

- Trois mille roses ?

- Oui. Trois mille. Une par orgasme.

OUI

- Vous les avez comptés ?

Avec une règle de trois, ça n'a rien de compliqué. J'ai trouvé une formule. La formule du pape. Ah ah ah ah ! ».

Commentaire : Le recadrage a fonctionné, M. Larose change de registre. Il parle de lui. L'infirmier continue à recueillir des données, non plus sur la capacité de M. Larose à supporter la relation, non plus seulement sur les signes à observer mais sur les événements récents, sur l'interprétation qu'en propose

le patient. L'infirmier procède par petites touches, au rythme du patient, avec beaucoup de souplesse psychique. M. Larose n'est pas un « bouffon » plus ou moins drôle ou menaçant mais une personne qui lutte de toutes ses forces et à sa façon pour conserver son intégrité psychique contre ce qu'il vit comme étant sa destruction. Nous devons le respecter !



À RETENIR

Sur un plan relationnel, un soignant qui ne s'affole pas, fait en sorte de trouver une attitude ni trop rigide, ni trop familière. Il faut de la souplesse avant toute chose.

4

Assumer la mise en chambre d'isolement

Pour la littérature infirmière française, un état maniaque, ça se traite davantage que ça se soigne. La plupart des conduites à tenir insistent sur l'administration du traitement prescrit et sa surveillance, sur la contention ou le cadrage de l'état maniaque. Il est vrai qu'hospitalisé sous contrainte, souvent agité, méprisant, ironique, caustique ou grivois vis-à-vis des soignants, le patient en état maniaque est un candidat tout désigné à l'isolement voire à la contention.



« Bonjour Mme Vladic, c'est Sandra l'infirmière. Je viens vous faire l'injection prescrite par votre psychiatre.

- Putain va ! Tu m'enfermes dans le cabanon et tu viens me piquer avec tes trois gardes du corps ! Et après ils vont te sauter...

- Vous pensez ce que vous voulez, vous êtes en chambre d'isolement afin d'éviter davantage d'éparpillement. Le Dr Girodet vous a prescrit trois injections par jour afin de vous aider à retrouver une humeur plus égale, intervient un des infirmiers présents.

- Égale, mon cul ouais. Vous ne pensez qu'à me mater. Vous avez vu ces seins. Je suis la reine de la cravate de notaire. T'y mettrais bien ton vermicelle, hein.

- Cachez ça, Madame Vladic. Nous sommes là pour vos soins et pas pour autre chose.

- Je vais vous soigner moi. »

Les infirmiers s'avancent devant l'attitude menaçante de Mme Vladic qui est une forte femme bien campée sur ses jambes. Devant leur détermination, celle-ci redescend d'un ton.

« D'accord, d'accord, que la petite me fasse sa putain de piqûre. Mais je la veux debout. Je veux mourir debout.

- Non, intervient un des infirmiers.

- D'accord, tranche Sandra, une jeune infirmière. Vous n'allez pas en mourir. Tournez-vous, je relève votre chemise de nuit et je vous fais la piqûre. »

La jeune infirmière injecte le produit. Pendant qu'elle masse le point d'injection, Mme Vladic se retourne et lui décoche une gifle monumentale, de toutes ses forces.

.../...

« *Tiens salope, ça t'apprendra !* »

Pendant qu'un des infirmiers emmène Sandra un peu groggy, les deux infirmiers maintiennent Mme Vladic sur son lit.

Ils reprendront l'incident avec Sandra, un peu plus tard.

Sortie de l'état maniaque, Mme Vladic offrira à Sandra un bouquet de fleurs pour s'excuser.



Les questions qui suivent peuvent vous aider à introduire une réflexion entre le tuteur et le tuteurant. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ces questions peuvent simplement susciter un échange autour d'une rencontre, d'une clinique et d'une pratique.

- On retrouve dans l'attitude de Mme Vladic un certain nombre de signes de l'état maniaque, lesquels ?
- Parmi ceux-ci, lesquels auraient dû inciter la jeune infirmière à plus de prudence ?
- Que pensez-vous de l'attitude des infirmiers présents ?
- Pourquoi selon vous, Sandra coupe-t-elle la parole à son collègue et décide-t-elle de procéder selon les désirs de Mme Vladic ?
- Auriez-vous agi de la même façon ?
- Que diriez-vous à Sandra lors du débriefing ?

L'isolement

L'isolement (voir encadré) semble donc s'imposer pour Mme Vladic, même s'il est nécessaire de ne l'utiliser qu'en dernier recours et pour une durée limitée.

Aux symptômes déjà décrits (euphorie, hyperactivité, fuite des idées) Mme Vladic rajoute des conduites de séduction vis-à-vis des hommes qu'elle harcèle littéralement (soignants comme soignés), et une impossibilité à nouer des relations normales avec les femmes qu'elle perçoit comme des rivales et qu'elle agresse. Les soignants ont essayé de réguler son comportement. Les frictions se sont multipliées.

L'ISOLEMENT : DE QUOI S'AGIT-IL ?

« Tout patient dans une chambre verrouillée, est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission de soin des établissements de santé. »

« L'utilisation de l'isolement thérapeutique représente un processus de soin complexe justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, prescription, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance..., réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité ».

(L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, Haute Autorité de Santé, 1998).

Le psychiatre a donc prescrit pour Mme Vladic une mise en chambre d'isolement séquentielle de deux heures qui n'a eu d'autre effet, dans un premier temps, que d'augmenter son agressivité. Elle a frappé dans la porte pendant toute la durée de l'isolement. Le psychiatre a donc prolongé cet isolement et a accompagné la mesure d'un traitement injectable. Les soignants ont respecté les recommandations de la Haute Autorité de Santé (L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, Haute Autorité de Santé, 1998) et pris en compte les risques physiques et notamment le risque de déshydratation.



À RETENIR

Ce n'est pas parce qu'un patient est en état maniaque qu'il doit être isolé. Cette indication d'isolement doit être posée seulement si la situation n'est pas gérable avec la relation. Elle doit toujours être discutée (en aucun cas l'isolement ne doit être utilisé en routine) mais une fois que la décision est prise et la mesure prescrite, chaque membre de l'équipe doit l'assumer.

Le prix de l'isolement

L'isolement écarte le risque de déambulation nocturne et les frasques sexuelles, évite les fugues, restreint le risque de contagion agressive dans l'unité, et limite les stimulations et donc l'excitation du patient. S'il est possible de contenir un patient en état maniaque, en contenir deux ou trois avec les effectifs habituels des unités s'avèrent quasiment impossible.

Les témoignages de patients montrent (*Friard D. L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? Masson, Coll. Souffrance psychique et soins, Paris, 2002*) que **l'isolement et la contention rendent la recherche d'une alliance thérapeutique plus complexe**. Khazaal signale par ailleurs que « *Les traitements sous contraintes ont été associés à des symptômes de stress post-traumatique chez 11 à 52 % des patients selon les études* » (*Khazaal Y. repérer les prodromes de la manie et prévenir la récurrence, santé mentale, n° 127, avril 2008, pages 56-60*). En cas de rechute (et elles sont quasiment inévitables s'agissant d'une pathologie décrite comme cyclique), le patient acceptera plus difficilement une réhospitalisation. On court alors le risque d'hospitalisations sous contrainte répétées avec tout ce que cela implique de retard dans les soins et d'aggravation de l'état clinique du patient. Un jour, une semaine de perdue c'est un achat inconsidéré de plus, une démission donnée à son employeur, une nuit avec plusieurs partenaires et un risque accru de maladie sexuellement transmissible...



À RETENIR

L'indication d'isolement doit être bien pesée.

Analyse de la situation

Nous voyons bien dans l'histoire de Mme Vladic comment l'absence de repère clinique et une certaine culpabilité des soignants peuvent provoquer une agression, qui pour être dépourvue de gravité n'en est pas moins douloureuse physiquement et psychologiquement.

Dans la prise en charge de Mme Vladic, Sandra commet une erreur de bonne foi. Chaque infirmier en commet.

OUI

« Bonjour Mme Vladic, c'est Sandra l'infirmière. Je viens vous faire l'injection prescrite par votre psychiatre ».

Commentaire : L'infirmière se présente, explique ce qu'elle vient faire, rappelle le cadre de la prescription médicale. Il est essentiel d'être respectueux avec les patients en état maniaque même si ceux-ci nous abreuvent d'injures.

« Putain va ! Tu m'enfermes dans le cabanon et tu viens me piquer avec tes trois gardes du corps ! Et après ils vont te sauter... ».

OUI

« Vous pensez ce que vous voulez, vous êtes en chambre d'isolement afin d'éviter de vous éparpiller. Le Dr Girodet vous a prescrit trois injections par jour afin de vous aider à retrouver une humeur plus égale, intervient un des infirmiers présents ».

Commentaire : L'infirmier rappelle le cadre, détaille la prescription, reformule le cabanon en isolement, donne le nom du psychiatre, il soutient les propos de sa collègue.

« Égale, mon cul ouais. Vous ne pensez qu'à me mater. Vous avez vu ces seins. Je suis la reine de la cravate de notaire. T'y mettrais bien ton vermicelle, hein ».

OUI

« Cachez ça, Mme Vladic. Nous sommes là pour vos soins et pas pour autre chose ».

Commentaire : L'infirmier rappelle le cadre et protège la patiente de ses débordements instinctuels. Mme Vladic est habituellement une femme plutôt réservée. Catholique, elle vit en général très mal les conséquences de ses actes en état maniaque. Lors d'un précédent épisode, elle avait attrapé une maladie sexuellement transmissible qu'elle a transmise à son mari lequel a failli la quitter. Tout cela nourrit la culpabilité qu'elle entretient lors de la phase mélancolique qui suit.

« Je vais vous soigner moi ».

OUI

Les infirmiers s'avancent devant l'attitude menaçante de Mme Vladic qui est une forte femme bien campée sur ses jambes. Devant leur attitude ferme et résolue, celle-ci redescend d'un ton.

Commentaire : La fermeté se manifeste davantage par l'attitude que par les mots. Pas d'explications inutiles (elles ont été données avant). Pas de contre-attitude des soignants, juste une présence calme et dissuasive.

OUI

« D'accord, d'accord, que la petite me fasse sa putain de piqûre. Mais je la veux debout. Je veux mourir debout ».

« Non », intervient un des infirmiers.

Commentaire : L'infirmier a compris que Mme Vladic ne consent pas réellement à l'injection, qu'elle cherche non seulement à garder la face mais surtout à contrôler la situation.

NON

« D'accord, coupe Sandra. Vous n'allez pas en mourir. Tournez-vous, je relève votre chemise de nuit et je vous fais la piqûre. »

Commentaire : Sandra interrompt son collègue plus expérimenté. Elle ne mesure pas la situation. L'état de Mme Vladic n'a pas évolué, l'excitation maniaque est toujours présente. Elle est toujours irritable, caustique, ironique, comme le montre l'échange précédent. Elle insulte des soignants qui font en sorte de ne pas nourrir son excitation. Sandra veut probablement éviter une épreuve de force qui n'est même pas sûre. Elle cherche à être le « bon » objet et du coup se coupe de ses collègues. Avec un(e) patient(e) plus virulent(e) que Mme Vladic, cela aurait pu avoir des conséquences encore plus fâcheuses.

OUI

« Non Mme Vladic. Vous allez vous coucher sur votre lit. Vous êtes encore trop agitée pour que je prenne le risque de vous faire la piqûre debout. Je ne veux pas que vous soyez tentée de me frapper. Vous vous en voudriez après lorsque vous irez mieux ».

MIEUX ENCORE

« Non Mme Vladic, vous allez vous allonger sur le ventre. Sandra vous fera la piqûre Elle pourra ainsi vous masser le point d'injection afin que tout cela soit moins douloureux. Nous allons rester, un peu, près de vous, le temps que le produit fasse effet puis nous vous laisserons seule ».

Commentaire : L'infirmier fait tiers. C'est lui qui assume l'injection et la façon de la faire. Une intervention en chambre d'isolement s'organise. Il est bon qu'un soignant chevronné (ou le cadre), choisi, en soit le leader.

La jeune infirmière injecte le produit. Pendant qu'elle masse le point d'injection, Mme Vladic se retourne et lui décoche une gifle monumentale, de toutes ses forces.

« Tiens salope, ça t'apprendra ! ».

Commentaire : Lors de ce type d'intervention, il faut éviter de se mettre en danger. Penchée sur la fesse de Mme Vladic, Sandra n'a aucun moyen de parer un coup. C'est une des raisons qui fait que sauf cas particulier, l'injection à un patient agité, ne se fait que lorsque celui-ci est allongé sur le ventre.

OUI Pendant qu'un des infirmiers emmène Sandra un peu groggy, les deux infirmiers maintiennent Mme Vladic sur son lit.

Commentaire : Les deux moments délicats pour les soignants lors d'une intervention en chambre d'isolement sont l'entrée (notamment lors de l'administration de la mesure) et la sortie de la chambre. Rester dans la chambre le temps que le produit fasse de l'effet en prenant prétexte de massage au point d'injection, ou maintenir le patient le temps qu'il se détende permet de quitter plus tranquillement de la chambre. Il faut éviter de tourner le dos au patient à ce moment-là, surtout si l'injection a été « musclée ».

OUI Ils reprendront l'incident avec Sandra, un peu plus tard.

Commentaire : Lorsqu'un collègue commet une erreur d'appréciation, il est essentiel qu'un soignant plus chevronné reprenne ensuite tranquillement la situation avec lui, autour d'un café. Il en va de même s'il a reçu des coups. Plutôt que de critiquer d'emblée Sandra, il s'enquerra de son état physique, émotionnel et psychologique. Il reverra ensuite en détail la situation avec elle, essaiera de l'amener à expliquer la logique qu'elle a suivie et ensuite corrigera par petites touches en insistant sur les éléments cliniques qui auraient dû la guider. Cette situation est typique de celle que l'on peut reprendre avec son tuteur. **Dans un tel cas de figure, il est pertinent de rédiger un rapport d'incident.**

Sortie de l'état maniaque, Mme Vladic offrira à Sandra un bouquet de fleurs pour s'excuser.

Commentaire : La personne en état maniaque est débordée par ses émotions, elle commet des actes qu'elle regrette ensuite. Afin d'éviter des contre-attitudes agressives, voire un contre-transfert négatif, il est important de s'en souvenir.



À RETENIR

L'isolement d'un patient ne doit pas être une mesure de routine tant ses conséquences peuvent être préjudiciables en termes de consentement aux soins et de suivi. Néanmoins, une fois la décision prise, elle doit être assumée par chacun. Par ailleurs, les interventions en chambre d'isolement doivent être organisées *a minima*.



NOTES



A series of horizontal blue lines for writing notes, starting from the top of the page and extending down to the bottom.

5

Réguler et contenir le patient maniaque

Le patient en état maniaque ne se contente pas de soumettre l'équipe soignante à rude épreuve. Ses symptômes retentissent sur l'ambiance de l'unité de soin et en perturbent l'atmosphère, surtout la nuit.



« Il faut que je téléphone. Oui. Il faut que je téléphone à ma femme... J'ai besoin... de mon ordinateur portable.

- Oui M. Boulindeau. Vous avez besoin de votre ordinateur à deux heures du matin. Ne croyez-vous pas que cela puisse attendre ?

- Non, Estelle, il faut que je vérifie, que je vérifie son disque dur, que je change les mots de passe.

- Et pour cela vous devez réveiller votre femme à deux heures du matin ?

- Oui, c'est urgent. N'importe qui peut avoir accès à mes fichiers.

- En pleine nuit ? À part vous et nous, tout le monde dort. Votre femme doit dormir. Elle en a besoin, je crois, non ?

- Oui mais.

- Ne croyez-vous pas que vous devriez la laisser récupérer un peu ? Elle avait l'air assez exaspérée quand elle est venue voir le psychiatre. Elle a même parlé de divorce.

- Je sais. Il faut que je lui parle, que je lui explique. C'est pour elle que je fais tout ça.

- Vous ne pensez pas que vous pourriez dormir vous aussi. Ce serait aussi une façon de la convaincre, non ?

- Je ne dois pas m'endormir. Si je dors je perds tout. Je perds mes idées.

- Je crois que c'est ça. Vous luttez contre le sommeil. Vous avez voulu regarder le film, je suis restée avec vous mais vous ne teniez pas en place. Vous vouliez boire un café, je vous ai proposé une tisane. Nous l'avons bue ensemble. Vous étiez plus calme. Après je vous ai accompagné dans votre chambre. Je vous ai retrouvé un quart d'heure plus tard dans la chambre de M. Luquet qui voulait vous casser la figure parce que vous fouilliez dans ses affaires. J'ai dû vous séparer. Je me doute bien que vous ne vouliez pas lui voler son poste de radio.

.../...

- Non, je voulais juste un peu de musique pour... pour me relaxer. Un peu de rock'n roll.

- J'ai dû vous prendre votre radio hier, parce que vous la mettiez à fond. Les autres patients se sont plaints. Ils voulaient qu'on vous enferme. J'ai eu du mal à les calmer. Regardez-vous M. Boulindeau, vous tenez à peine debout. Vous titubez. On a du mal à comprendre ce que vous dites. Le mieux serait que vous alliez vous coucher. Au pire vous dormirez quatre à cinq heures. Ce n'est pas suffisant pour récupérer. Vous appellerez votre épouse demain si vous voulez toujours le faire. Vous lui direz que vous avez un peu dormi, ce qui la rassurera. Je vous raccompagne dans votre chambre, d'accord ?

- D'accord, mais... »



Les questions qui suivent peuvent vous aider à introduire une réflexion entre le tuteur et le tuteurant. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ces questions peuvent simplement susciter un échange autour d'une rencontre, d'une clinique et d'une pratique.

- M. Boulindeau est hospitalisé depuis cinq jours. En quoi son attitude actuelle est-elle différente de celle de M. Larose ou de Mme Vladic ?
- Quels indices vous donnent à penser qu'il va mieux ?
- À quels éléments faut-il être attentif aujourd'hui, à son propos ?
- Que pensez-vous des réactions d'Estelle, l'infirmière de nuit ?
- Auriez-vous procédé de la même façon ?

Un signal symptôme : le trouble du sommeil

Dans la phase maniaque, la réduction de la durée du sommeil, qui peut aller jusqu'à l'insomnie totale, est un signe clinique constant qui contribue à entretenir l'état d'excitation, voire l'aggrave. Le patient devra apprendre à repérer ce « signal symptôme », véritable signe d'alerte pour prévenir la rechute.

Loins de le calmer, la nuit excite le patient maniaque. Il a mieux à faire que de dormir :

- Il va et vient, rentre dans les chambres des autres patients, les réveille.
- Il emprunte assez facilement les habits, les objets qui lui plaisent à la façon d'une pie.
- S'il est isolé, il frappe dans la porte de sa chambre.

Un patient maniaque « en pleine forme », c'est toute une unité qui souffre d'insomnie. L'état de certains patients s'en trouve aggravé. Les autres patients ne le tolèrent d'ailleurs très vite plus. Ils deviennent agressifs. Il faut assurer sa sécurité et parfois celle des autres patients lorsque lui-même agresse les autres.

Un sommeil retrouvé est toujours un signe de mieux-être. De quelques heures à une nuit complète, les étapes ne sont pas forcément linéaires. Il faut savoir que le patient en état maniaque récupère assez vite. La sieste flash de quelques minutes, voire la sieste complète, si elle permet aux soignants et aux patients de l'unité d'être plus tranquilles nourrit aussi l'insomnie nocturne et retarde le rétablissement.



Si le patient fait des nuits complètes, sur le plan du comportement, il est plus calme. Mais à ce stade, il peut aussi rentrer dans une phase mélancolique. Les soignants doivent alors rester extrêmement vigilants et percevoir le plus tôt possible les signes de dépression et le risque suicidaire qui en découle.

Prendre en charge le patient maniaque

La présence infirmière doit être quasiment constante pendant les 72 premières heures de la prise en charge :

→ Canaliser l'hyperactivité du patient :

- Lui proposer un rythme de vie à horaires fixes et réguliers (toilette, repas, loisirs, coucher).
- Lui proposer des situations calmes et relaxantes (ce qui s'avère la plupart du temps plus simple à écrire qu'à réaliser).
- Les jeux de société peuvent être également utilisés. Tout puissant, le patient

maniaque ne doute pas qu'il pourra battre le soignant (et il le fait volontiers). Le but du soignant n'est pas de gagner la partie d'échecs ou de dames mais de faire durer l'échange de telle sorte qu'il se concentre suffisamment longtemps sur une activité unique.

- Les activités physiques, qui contribuent à fatiguer le patient, peuvent être également pertinentes. Elles doivent être cadrées dans le temps et toujours servir de support à la relation.
- Les activités musicales ont aussi un intérêt, notamment la musique active. Elles permettent de travailler le rythme. Le patient peut être amené à se caler sur le rythme du soignant et non plus sur son rythme propre. Ce type d'activité peut être utilisé par des soignants chevronnés, rompus au travail de groupe.

→ Évaluer l'humeur du patient :

- Recueillir ses propos.
- Observer ses mimiques.
- Guetter l'éventuelle survenue d'un virage dépressif.
- Mener des entretiens infirmiers brefs mais fréquents (relation d'aide, avec la quantité de reformulations que le patient supporte). L'entretien informel (voir encadré) qui se déroule autour d'une activité quelconque du quotidien a toute sa pertinence dans le cadre de la phase maniaque. On augmentera progressivement par la suite la durée des entretiens et on diminuera leur fréquence.

L'ENTRETIEN INFORMEL OU « DE COURTE DURÉE »

Si le patient supporte mal la relation à l'autre, si on a l'impression qu'un rien suffirait à le faire exploser, il ne faut pas lui imposer un entretien formel dans un bureau (c'est même une pratique risquée). Il vaut mieux s'appuyer sur les situations banales de la vie quotidienne (au lit du patient, autour d'un café...) pour créer une relation de confiance. L'objectif de ces entretiens informels est de :

- recueillir des données complémentaires sans que le patient ait la sensation de faire un effort,
- nouer la relation autour des petites choses du quotidien,
- soutenir émotionnellement le patient s'il en a besoin,

.../...

- permettre au patient de verbaliser et d'identifier ses sentiments et ses émotions
- cadrer le patient dans un lieu unique autour d'une action unique et limiter ainsi son hyperactivité et sa fuite des idées.

Tout cela doit bien évidemment être noté sur le dossier de soin et discuté en équipe.



À RETENIR

Le patient en état maniaque est hypersyntone à l'ambiance. Tout ce que l'on peut faire pour contribuer à mettre en place une atmosphère sereine dans l'unité, permet de réguler son comportement. Une réunion communautaire peut par exemple permettre aux patients de l'unité d'exprimer leur ras-le-bol, ou d'imaginer des solutions pour supporter collectivement le « collègue » maniaque. Les soignants seront aussi davantage présents auprès des autres patients de l'unité et ils privilégieront par exemple des moments à l'extérieur de l'unité, avec l'appui éventuel d'un collègue de l'unité voisine.

Comprendre l'agitation maniaque

De nombreuses hypothèses circulent sur l'origine du trouble bipolaire (ou PMD). Aucune ne paraît tout à fait satisfaisante aujourd'hui. On parle d'étiologie multifactorielle complexe qui ferait intervenir en proportion variable des facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et psychosociaux.

L'implication potentielle des événements de vie dans la décompensation de la vulnérabilité des patients bipolaires, comme dans leur stabilisation, revient dans un grand nombre d'études. Ces événements de vie se réfèrent à des expériences de perte ou à des conflits parmi lesquels les conflits professionnels et surtout conjugaux.

L'écoute attentive à visée psychothérapique apparaît donc tout à fait pertinente,

tout comme les activités psycho-éducatives qui ont pour but non seulement de prévenir les rechutes mais également de travailler la résistance du patient au stress.

Les apports de la psychanalyse peuvent donner aux soignants des indications importantes pour comprendre comment contenir un patient en phase maniaque.

L'état maniaque est une défense désespérée contre la dépression, l'ultime rempart avant la destructivité mélancolique. Cet axiome qui vient de la psychanalyse modifie l'abord de la manie et l'accompagnement infirmier.

→ **Freud** dans « Deuil et mélancolie » (*Métapsychologie*, 1915, Gallimard), montre que si le deuil survient après la mort d'une personne aimée, dans la mélancolie, l'objet perdu l'est en tant qu'objet d'amour. Il n'est donc pas toujours réellement mort. Le mélancolique peut savoir qui il a perdu mais pas ce qu'il a perdu. Cette perte est soustraite à la conscience. À la différence de l'endeuillé, le mélancolique souffre d'une perte de l'estime de soi, la perte concerne son Moi, qu'il décrit comme pauvre et sans valeur. Les reproches qu'il s'adresse à lui-même, s'adressent en fait à l'objet perdu. Il retourne contre lui la haine qu'il éprouve vis-à-vis de l'objet disparu. **Pour Freud, le maniaque triomphe là où le mélancolique succombe.**

→ **Mélanie Klein** (*Envie et gratitude*, Gallimard, 1998), reprenant les travaux de Freud, développe le concept de position schizo-paranoïde et de position dépressive. La position dépressive est une modalité des relations d'objet consécutive à la position schizo-paranoïde. Elle s'institue aux environs du quatrième mois et est progressivement surmontée au cours de la première année mais peut être retrouvée dans le cours de l'enfance et réactivée chez l'adulte dans le deuil et les états dépressifs. **Autrement dit, si nous suivons Mélanie Klein, nous pouvons dire que le patient qui souffre de troubles bipolaires ou plus justement d'une PMD, sous l'influence de stress qui impliquent une perte régresse à la position dépressive et retrouve les mécanismes de défense qu'il utilisait à ce moment-là.**

Dans l'angoisse dépressive donc, l'objet reste bon mais risque d'être perdu. Le nourrisson a peur que sa haine et ses pulsions destructrices n'anéantissent l'objet qu'il aime et dont il dépend entièrement. La découverte de sa dépendance vis-à-vis de l'objet augmente le besoin de le posséder, de le conserver en lui et

de le protéger contre sa propre destructivité. Le nourrisson éprouve à la fois des sentiments de perte et de tristesse du bon objet considéré comme perdu mais aussi un sentiment de culpabilité qui provient du danger qui menace l'objet interne du fait de ses propres pulsions et fantasmes. **L'une des défenses contre cette angoisse dépressive est la défense maniaque.**

→ **Pour Winnicott** (*La défense maniaque, in De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot 2001*), l'individu fuit les idées dépressives de « mort intérieure ». Il fuit également la co-existence de l'amour, de l'avidité et de la haine dans les relations avec les objets intérieurs. La relation avec l'objet extérieur a pour fonction de diminuer la tension dans la réalité intérieure. Plus cet objet est maîtrisé et plus l'individu « croit » contrôler le monde interne, en « mettant » dans les autres, les groupes, les organisations ses objets internes et les relations qu'il entretient avec eux. Ce faisant, il maintient artificiellement l'attachement à une mère à jamais perdue ; il s'agit donc de l'auto-érotisme de l'enfant qui veut « avoir » sa mère.



À RETENIR

Le patient en état maniaque fait en sorte de se protéger de l'anéantissement. Il s'épuise à contrôler le monde extérieur avec son hyperactivité, sa fuite des idées et l'ensemble des symptômes qu'il met en œuvre, notamment l'endormissement en ce qu'il oblige un contact minimum avec ce monde intérieur qu'il fuit.

Illustration avec le cas de M. Boulindeau

OUI

« Je ne dois pas m'endormir. Si je dors je perds tout. Je perds mes idées ».

« Je crois que c'est ça. Vous luttez contre le sommeil. Vous avez voulu regarder le film, je suis restée avec vous mais vous ne teniez pas en place. Vous vouliez boire un café, je vous ai proposé une tisane. Nous l'avons bue ensemble. Vous étiez plus calme. Après je vous ai accompagné dans votre chambre. Je vous ai retrouvé un quart d'heure plus tard dans la chambre de M. Luquet qui voulait vous casser la figure parce que vous fouilliez dans ses affaires. J'ai dû vous séparer. Je me doute bien que vous ne vouliez pas lui voler son poste de radio ».

OUI

« Regardez-vous M. Boulindeau, vous tenez à peine debout. Vous titubez. On a du mal à comprendre ce que vous dites. Le mieux serait que vous alliez vous

coucher. Au pire vous dormirez quatre à cinq heures. Ce n'est pas suffisant pour récupérer. Vous appellerez votre épouse demain si vous voulez toujours le faire. Vous lui direz que vous avez un peu dormi, ce qui la rassurera. Je vous raccompagne dans votre chambre, d'accord ? »

Commentaire : Loin d'empêcher ce contrôle, la prise en charge, plutôt que de supprimer les stimuli (par l'isolement) les régule par l'accompagnement discret mis en place par Estelle. Elle ne contre pas M. Boulindeau, elle résume, rappelle ce qu'ils ont fait ensemble, lui propose des choix, elle ne lui dit pas « vous ne pouvez pas téléphoner » mais « ne croyez-vous pas que » de telle sorte que M. Boulindeau ait l'illusion de contrôler le monde extérieur. Il s'agit de contenir et non pas de cadrer, c'est-à-dire de permettre au patient de déposer en nous une partie de ses objets internes dans le respect de certaines limites qu'il peut d'autant plus facilement accepter que la possibilité d'un certain contrôle lui est offerte. Ce dépôt n'est possible que si le soignant, suffisamment souple, n'éprouve pas lui-même le besoin de contrôler le monde extérieur et qu'il supporte que le patient le dépossède d'une certaine position de pouvoir.



À RETENIR

Le soignant doit être suffisamment souple psychologiquement pour aider le patient à réguler cet état (et les excès qui en découlent) sans réduire à néant sa tentative de maîtrise.

6

Soutenir la famille

L'état maniaque soumet l'entourage du patient à rude épreuve. Les soignants doivent entendre la souffrance et l'incompréhension des proches et leur donner les moyens de comprendre la situation. Les informer est une nécessité thérapeutique.



- « Allo bonjour, je suis Mlle Dupont, je voudrais parler à Mme Durand, l'infirmière.
- Bonjour Mlle Dupont, c'est Alicia Durand. J'attendais votre appel.
 - Vous m'avez dit quand il est entré que je pouvais vous appeler pour avoir des nouvelles de mon père.
 - Oui, oui, vous avez bien fait. Comment allez-vous ? Vous sembliez très secouée quand vous l'avez amené.
 - Moi, ça va. C'est vrai que c'est dur. Ma mère est encore sous le choc. Même si ce n'est pas la première fois que mon père a ce type de crise, elle n'arrive pas à s'y faire. Comment va-t-il ?
 - Oh, plus ou moins comme à son entrée. Il est encore très excité. Il faut attendre que le traitement fasse son effet. Il dort peut-être un peu plus. C'est plutôt bon signe.
 - Qu'est-ce qu'il a au juste ?
 - Que vous a-t-on dit ?
 - Pas grand-chose. Un psychiatre nous a parlé de troubles bipolaires. On n'a pas compris grand-chose à ses explications. Je suis allé voir sur Internet mais je me suis perdue dans les différents types de bipolarité.
 - Oh la la. Vous avez fait ça bien. Je comprends que vous vous soyez un peu perdue. Comment décririez-vous l'état de votre père ?
 - Il alterne des moments où on a l'impression qu'il « boufferait » le monde et des moments où il est totalement éteint, où il reste au fond du lit, incapable de se lever pour aller travailler.
 - C'est tout à fait ça. Vous avez compris l'essentiel.

.../...

- *Le problème, c'est ses moments de crises. Il trompe ma mère. Il achète des trucs qui ne servent à rien et il est violent. Quand il est comme ça, il me fait peur. Même maintenant que je suis adulte. Quand j'étais enfant, il me terrorisait.*
- *Il était violent avec votre mère, votre sœur et vous.*
- *C'est arrivé mais je... J'ai peur que ça recommence...*
- *... (silence)*
- *Excusez-moi. Depuis qu'il a rechuté je pleure pour un oui, pour un non.*
- *C'est normal d'être émue dans de telles circonstances. La rechute réveille des choses douloureuses. Pour vous, pour votre sœur comme pour votre mère.*
- *Quand pourrions-nous le voir ?*
- *Quand vous voulez, le psychiatre n'a pas limité les visites, mais je pense que le mieux serait d'attendre ce week-end. Il devrait aller mieux. Je travaille d'après-midi, je ferai en sorte d'être disponible. Nous pourrions continuer cette discussion si vous le souhaitez.*
- *D'accord pour ce week-end. Je viendrai avec ma mère. Vous pourrez nous en dire un peu plus sur sa maladie ?*
- *Bien sûr.*
- *Au revoir Alicia. Merci.*
- *Au revoir Mlle Dupont ».*



Les questions qui suivent peuvent vous aider à introduire une réflexion entre le tuteur et le tutorant. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, ces questions peuvent simplement susciter un échange autour d'une rencontre, d'une clinique et d'une pratique.

→ Alicia, l'infirmière, lors de l'entrée de M. Dupont a donné son nom et son prénom à sa famille, en leur disant de ne pas hésiter à l'appeler, que vous inspire une telle attitude ? Feriez-vous de même ?

→ Quand la fille de M. Dupont demande comment va son père, l'infirmière donne quelques renseignements, exacts mais peu précis. Que pensez-vous de son attitude ? Renverriez-vous au médecin, seriez-vous plus explicite ? Quelles sont, selon vous, les limites à respecter dans ce cas de figure ?

→ Quand une famille ou un patient vous demande des explications sur la maladie, comment réagissez-vous ? Le renvoyez-vous au médecin ou essayez-vous comme Alicia d'examiner ce qu'il sait ?

→ Quelles relations établissez-vous avec les proches du patient hospitalisé ?

Des proches eux aussi en crise...

Les patients en phase maniaque soumettent leurs proches à rude épreuve :

- dépenses excessives qui peuvent compromettre l'équilibre financier de la famille, voire la ruiner,
- désinhibition sexuelle qui peut prendre la forme d'un véritable harcèlement sexuel, liaisons extraconjugales sans protection,
- accueil au domicile conjugal de personnes sans domicile fixe,
- appartements vidés, meubles vendus au profit d'une œuvre caritative,
- agressivité, voire violences,
- à cela rajoutons des conditions d'hospitalisations sous contraintes traumatisantes.

Dans la maladie, le groupe familial est en crise tout autant que le patient.

La prise en charge devra en tenir compte. Il ne suffit pas d'aider celui qui présente des symptômes mais prendre en compte la souffrance de son entourage immédiat.

On décrit habituellement quatre étapes dans la crise :

- le choc, aggravé par la première rencontre avec la réalité,
- le refus de la réalité,
- la reconnaissance de soi et la réalité assumée,
- l'adaptation à la nouvelle situation.

La famille devra aussi traverser ces étapes pour accompagner au mieux celui qui souffre et les fait souffrir. Elle le fera d'autant mieux que les soignants se mobilisent avec elle dans ce travail.



À RETENIR

Compte-tenu de la maladie, les dysfonctionnements familiaux, les divorces et les séparations à répétition sont fréquents. Il est donc indispensable de pouvoir soutenir les proches.

Dès les premières minutes de l'hospitalisation

Les infirmiers sont souvent la figure de proue, les premiers contacts d'une famille et de leur proche souffrant avec la psychiatrie. Leur responsabilité est encore plus grande.

→ **Il s'agit d'abord de se présenter, de faire connaissance, de se positionner** comme point de repère pour les prochains contacts, comme sésame pour des personnes blessées, angoissées, démunies, confrontées à une organisation qui les dépasse.

→ **Il s'agit ensuite de les rassurer**, quitte parfois à les séparer de leur proche pour aménager une distance supportable, et de leur offrir un espace d'écoute à leur angoisse. Il est essentiel de leur expliquer le fonctionnement de l'unité, les activités proposées, la possibilité d'un suivi après la sortie et de leur donner toute information qui nous semble importante. Le principe est de créer une relation personnalisée support d'une alliance thérapeutique pour faire exister un avenir qui va au-delà de la période de crise.

→ **Le premier travail avec la famille, c'est une rencontre toute simple avec des êtres en détresse qui viennent aussi chercher un peu de réconfort et d'aide à l'hôpital.** « Posez là votre fardeau. On est à vos côtés. Racontez-nous. Que lui est-il arrivé ? Que vous est-il arrivé ? » On écoute, on explique, on rassure. On apprend à connaître l'histoire de la personne qui entre, telle que la famille la raconte. Cette rencontre nourrira le travail que nous ferons dans un deuxième temps autour du repérage des symptômes signes de rechute.



À RETENIR

Les infirmiers ne sont pas une porte fermée sur la folie, ils doivent incarner un espace d'ouverture, un lieu où des relations complexes peuvent se poser, se travailler, s'apaiser.

Au cours de l'hospitalisation

Chaque appel téléphonique, chaque rencontre avec la famille doit être pensé en référence à la démarche de soin.

→ **La plupart du temps, jusqu'à ce que le patient ait intégré et accepté sa maladie, la prise de traitement restera aléatoire. La famille est donc en première ligne** et il est indispensable qu'elle puisse prendre contact, sans trop d'angoisse et avec un minimum de culpabilité avec les soignants. En accueillant les proches, en expliquant inlassablement le pourquoi du traitement, en leur donnant les moyens de comprendre ce qui se passe, nous leur permettons d'être de « meilleurs parents », plus compétents encore, et leur donnons ainsi la possibilité de prévenir de futures hospitalisations sous contrainte.

→ **Les démarches de type psycho-éducatif sont d'autant plus efficaces que les proches sont informés et disposent d'un espace pour exprimer leur vécu et le mettre en perspective.** La qualité de nos informations revêt un intérêt tout particulier.

→ **Il s'agit de montrer que les soignants sont là, mobilisés par la prise en charge, à l'écoute.** Souvent, les proches se remémorent tel ou tel incident qui pourrait de leur point de vue éclairer ce qui s'est passé. Peu importe que cela soit juste ou non, il se crée ainsi un espace d'échange, de collaboration. Les visites des familles, notamment le week-end sont prétexte à l'échange. La relation peut se nouer lorsque le père, la mère, le conjoint ou les enfants du patient viennent apporter des affaires sans avoir la possibilité de le rencontrer. **L'infirmière sert d'agent de liaison. Elle permet une communication entre le patient et ses proches. Elle rassure, donne des nouvelles, explique la nécessité de la séparation et la rend supportable.**

Une séparation parfois nécessaire

Il peut-être nécessaire de limiter la fréquence des visites et leur durée, mais limiter n'est pas interdire.

→ De la même façon qu'à l'hôpital général, on demande aux visiteurs de sortir de la chambre quand un soin est dispensé, **il faut amener les familles à**

respecter l'intimité du travail psychique de leur proche. Cette distance permet de montrer que le patient bénéficie de soins, qu'il a un espace propre, que des soignants se mobilisent autour de lui.

→ **Les visites des familles peuvent donc être pensées comme un temps de soin.** Lorsque les proches arrivent dans l'unité, rien n'interdit de leur proposer un moment de rencontre avec l'équipe et le patient, ce qui permet d'enrichir la prise en charge. Rencontrer la famille à l'issue d'une visite est l'occasion de faire le point sur l'hospitalisation, de recueillir leur vécu, leur perception de l'évolution de leur proche, de répondre à leurs questions.

L'ENTRETIEN FAMILIAL

Il ne s'agit pas forcément de pratiquer des thérapies familiales mais plutôt de permettre aux différents membres de la famille d'exprimer leur ressenti vis-à-vis de ce qui s'est passé, et de nouer ou de renouer ainsi un dialogue.

Plusieurs cas de figures peuvent se présenter :

- L'entretien peut répondre à une demande directe de la famille ou d'un de ses membres. Ces demandes sont aujourd'hui de plus en plus fréquentes.
- L'entretien peut répondre à une demande directe du patient. Il s'agit alors souvent de l'aider à faire entendre son point de vue. Le patient s'appuie sur les soignants pour étayer par exemple sa position au sein de la famille, exprimer son désir d'autonomie ou encore essayer de trouver une distance relationnelle acceptable pour lui et sa famille. Il importe dans tous les cas de repérer le fonctionnement du groupe familial afin d'éviter de soutenir l'un par rapport à l'autre et donc de déséquilibrer le système.
- L'entretien peut être consécutif à une prescription médicale (de plus en plus fréquent). Il s'agit parfois de recueillir des données complémentaires concernant l'histoire de la personne, d'aider les membres de la famille à mettre des mots sur les circonstances de l'hospitalisation, de leur permettre d'échanger sur leurs perceptions ou leurs réactions face à ce qui s'est passé.

Ces rencontres ont pour cadre la démarche de soins infirmiers et le projet thérapeutique individualisé de chaque patient. Elles donnent lieu à un compte-rendu écrit dans le dossier du patient. La supervision, qu'elle soit personnelle ou institutionnalisée permet de réguler ces entretiens.

Illustration avec l'appel téléphonique de Mlle Dupont

« Allo bonjour, je suis Mlle Dupont, je voudrais parler à Mme Durand, l'infirmière ».

OUI

« Bonjour Mlle Dupont, c'est Alicia Durand. J'attendais votre appel ».

Commentaire : L'infirmière ne se contente pas de saluer la jeune femme, elle personnalise l'échange « je », une première personne qui s'adresse à une autre personne. Le but de ce « je » est de mettre la jeune femme en confiance. L'infirmière attendait l'appel. Elle signifie ainsi à la jeune femme et à travers elle à sa famille que l'équipe est prête à collaborer avec elle.

« Vous m'avez dit quand il est entré que je pouvais vous appeler pour avoir des nouvelles de mon père ».

Commentaire : Lors de l'entrée de M. Dupont, Alicia s'est présentée, nom et prénom, auprès de la famille et leur a expliqué qu'elle se tenait à leur disposition.

OUI

« Oui, oui, vous avez bien fait. Comment allez-vous ? Vous sembliez très secouée quand vous l'avez amené ».

Commentaire : Avant de donner des nouvelles du père, Alicia s'intéresse à la jeune femme qui semble très secouée. Elle lui ouvre ainsi un espace pour exprimer son ressenti, espace que la jeune femme ne saisira que dans un deuxième temps.

« Moi, ça va. C'est vrai que c'est dur. Ma mère est encore sous le choc. Même si ce n'est pas la première fois que mon père a ce type de crise, elle n'arrive pas à s'y faire. Comment va-t-il ? »

Commentaire : Alicia ne reformule pas sur le ressenti de la mère, elle note qu'elle est choquée mais choisit de répondre à la demande directe de la jeune femme.

OUI

« Oh, plus ou moins comme à son entrée. Il est encore très excité. Il faut attendre que le traitement fasse son effet. Il dort peut-être un peu plus. C'est plutôt bon signe ».

Commentaire : Alicia reste assez vague. Elle aurait pu être plus précise mais prend en compte l'état émotionnel de la jeune femme lors de l'entrée. Il s'agit d'un coup de téléphone. Elles ne sont pas en face à face.

OUI

« Qu'est-ce qu'il a au juste ? ».

« Que vous a-t-on dit ? »

Commentaire : Alicia ne part pas bille en tête sur l'information. Elle ne récite pas une leçon bien apprise mais cherche d'abord à repérer ce que la jeune femme sait. Il convient de procéder ainsi à chaque fois qu'une telle demande nous est faite. On « accroche » toujours les informations sur la maladie, le traitement et l'hygiène de vie sur un savoir préexistant qu'il nous faut connaître. Les patients nous demandent souvent des informations sur la maladie ou le traitement pour vérifier si ce qu'ils ont lu ou vu est juste. Ils le font parfois pour nous tester, pour mesurer notre niveau de sincérité.

« Pas grand-chose. Un psychiatre nous a parlé de troubles bipolaires. On n'a pas compris grand-chose à ses explications. Je suis allé voir sur Internet mais je me suis perdue dans les différents types de bipolarité ».

Commentaire : Comme de nombreux patients ou famille de patients, elle a fait des recherches, est allée sur des sites plus ou moins sérieux. Demander au patient ou à sa famille ce qu'ils savent est une bonne façon de repérer s'ils sont allés naviguer sur des sites peu sérieux. On peut même leur recommander des sites de référence. On s'appuiera sur ce qu'ils ont lu pour initier une démarche psycho-éducative.

OUI

« Oh la la. Vous avez fait ça bien. Je comprends que vous vous soyez un peu perdue. Comment décririez-vous l'état de votre père ? »

Commentaire : Alicia commence par valider la démarche. Elle ne rentre pas dans des explications qu'elle ne peut donner au téléphone. Elle l'invite à relier théorie et pratique en lui demandant comment elle comprend ce qui arrive à son père.

« Il alterne des moments où on a l'impression qu'il boufferait le monde et des moments où il est totalement éteint, où il reste au fond du lit, incapable de se lever pour aller travailler au lycée ».

OUI

« C'est tout à fait ça. Vous avez compris l'essentiel ».

Commentaire : Elle valide la perception de la jeune femme. Elle pourra ainsi aller plus loin avec elle et la famille quand ce sera le moment.

« Le problème, c'est ses moments de crises. Il trompe ma mère. Il achète des trucs qui ne servent à rien et il est violent. Quand il est comme ça, il me fait peur. Même maintenant que je suis adulte. Quand j'étais enfant, il me terrorisait ».

« Il était violent avec votre mère, votre sœur et vous ? »

Commentaire : La demande d'information passe au deuxième plan. La jeune femme aborde son vécu des crises paternelles, elle répond ainsi à l'ouverture proposée par Alicia.

« C'est arrivé mais je... J'ai peur que ça recommence... »

OUI

(silence)

Commentaire : Elle ne cherche pas à consoler la jeune femme qui sanglote au téléphone. Tout mot de consolation reviendrait à minimiser son ressenti. Il faut savoir se taire.

« Excusez-moi. Depuis qu'il a rechuté je pleure pour un oui, pour un non ».

OUI

« C'est normal d'être émue dans de telles circonstances. La rechute réveille des choses douloureuses. Pour vous, pour votre sœur comme pour votre mère ».

Commentaire : Elle valide l'expression de l'émotion. Elle ouvre à la mère et à la sœur.

« Quand pourrions-nous le voir ? »

OUI

« Quand vous voulez, le psychiatre n'a pas limité les visites, mais je pense que le mieux serait d'attendre ce week-end. Il devrait aller mieux. Je travaille d'après-midi, je ferai en sorte d'être disponible. Nous pourrions continuer cette discussion si vous le souhaitez ».

Commentaire : Alicia prend sur elle de limiter les visites. M. Dupond est vraiment agité. La qualité de l'échange lui semble pouvoir permettre de repousser de deux jours cette première visite. Elle offre ses services et propose une poursuite de l'échange.

« D'accord pour ce week-end. Je viendrai avec ma mère. Vous pourrez nous en dire un peu plus sur sa maladie ? »

Commentaire : Mlle Dupont saisit l'ouverture.

« Bien sûr ».

- Au revoir Alicia. Merci.

- Au revoir Mlle Dupont.



À RETENIR

La relation avec la famille risque d'être conflictuelle si l'accueil n'est pas de bonne qualité et si les circonstances amènent les infirmiers à ne pas être suffisamment à l'écoute et suffisamment contenantants par leur présence et leurs attitudes. Le premier travail psychoéducatif est donc à mener avec la famille.

7

Au-delà de l'état maniaque : prévenir la récurrence

Même si les traitements médicamenteux et psychothérapeutiques et le respect des règles d'hygiène de vie permettent de limiter les rechutes, les troubles bipolaires présentent un haut risque de récurrence. Après un épisode maniaque, grâce notamment à un accompagnement psychoéducatif (qui inclut souvent la famille), il est possible d'identifier les prodromes de la manie et de mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention.



- « C'est toujours pareil, quand ça va bien, faut que ça aille mal.
- Oui Julie, pouvez-vous être plus claire.
- Ben oui, chaque fois que je rencontre un homme bien, un homme qui me plaît, ça se termine mal. Soit je ne lui plais pas, enfin pas suffisamment pour qu'on puisse avoir une relation plus soutenue, soit je lui plais mais il n'est pas prêt à s'engager.
- Vous voulez dire que ces états maniaques et les phases mélancoliques qui les suivent parfois sont toujours liés à une déception sentimentale.
- Oui, c'est ça. Lors de ma première hospitalisation, je sortais avec un homme plus âgé que moi. On se voyait le week-end et on prenait une semaine de vacances ensemble chaque fois qu'il le pouvait. Il m'avait expliqué qu'il travaillait beaucoup. J'avais envie de le voir davantage. C'était compliqué pour lui. Sa mère était malade, il fallait qu'il s'arrange avec son frère aîné. Un jour, je l'ai suivi, discrètement, jusque chez lui. Je me suis rendue compte qu'il était marié et avait un enfant. Ce mensonge m'a rendu folle. J'en ai perdu le sommeil. J'ai fait n'importe quoi. C'est comme ça que je me suis retrouvée à nouveau à l'hôpital.
- Oui.
- Après, j'ai connu un autre homme, de mon âge celui-là. On se plaisait bien. On avait les mêmes goûts. On habitait chacun chez soi. Au bout d'un certain temps je lui ai dit que c'était stupide de payer deux loyers, que vu qu'on s'entendait bien ce pourrait être bien d'habiter ensemble. Il m'a dit qu'il n'était pas encore prêt. Il m'a expliqué qu'il avait déjà vécu avec une femme qui l'avait plaqué après avoir couché avec son meilleur ami. Il lui fallait du temps pour digérer tout ça. Il est progressivement devenu plus distant. J'ai insisté tant que j'ai pu.

.../...

J'ai fini par me rendre compte qu'il ne voulait surtout pas s'engager. On a rompu. J'ai commencé à coucher à gauche, à droite. Je ne dormais plus. Et c'est reparti. Cette fois, j'ai déconné grave au niveau du boulot. Chaque fois que j'ai une déception sentimentale, ça repart.

- C'est un premier point d'acquis. Les histoires d'amour vous fragilisent. Vous m'avez dit que vous ne dormiez plus et qu'ensuite vous faisiez n'importe quoi, est-ce juste ?

- Oui tout à fait. À chaque fois. Je commence par me réveiller de plus en plus tôt. J'ai plein de projets en tête, plein d'idées, farfelues ou non. Il y a un moment où je suis efficace puis je dors de moins en moins et je perds le contrôle ».

Pour un même patient, les épisodes maniaques ou dépressifs ont tendance à se reproduire sous une forme similaire.

Lorsque le patient va mieux, il est important de repérer avec lui quelles pensées, quelles émotions, quels sentiments il éprouve lors de ces accès et d'identifier les comportements adoptés.



À RETENIR

Pour prévenir la récurrence de la crise maniaque, il faut apprendre à repérer les signes précurseurs. À chaque apparition de ces signes, le patient devra consulter son psychiatre qui pourra augmenter son traitement, préparer une hospitalisation et plus simplement faire le point avec lui et évaluer le risque de rechute.

« L'expérience maniaque est une tentative de dépassement, une poussée d'existence hors du cadre exigu de la logique sociale, des lois physiques et biologiques. L'existence est menée à la limite extrême de ses possibilités. Elle est malmenée, éprouvée ! Je crois que c'est précisément ce qui se joue dans la manie, son enjeu primordial : l'existence est mise à l'épreuve, comme un défi, comme pour révéler son inconsistance. La manie est la mise en acte d'un défi philosophique qui consiste à chercher le ressort de l'existence et à le démonter. En quelque sorte la manie pose la question existentielle et même existentialiste ».

Serge Tribolet,

« Une leçon d'humanité ! », Santé mentale n° 127, 2008



Bibliographie complémentaire

- Bauer (M.S.), Mc Bride (L), Thérapie de groupe pour le trouble bipolaire : une approche structurée. Ed. Médecine et Hygiène, Paris, 2001.
- Bourgeois (M-L), Manie et dépression. Comprendre et soigner les troubles bipolaires, Odile Jacob, Paris, 2007.
- Gay (C), Genermont (J-A), Vivre avec des hauts et des bas, un psy et un patient racontent. Hachette Littératures, Paris, 2003.
- Gay (C), Vivre avec un maniaco-dépressif, Hachette Littérature, Paris, 2008.
- Jamison (K.R.), De l'exaltation à la dépression. Confession d'un psychiatre maniaco-dépressif. Robert Laffont, Paris, 2003.

