

# **Le traumatisme lié à l'expérience de la crise psychique aiguë et sa prise en charge institutionnelle**

## **Le point de vue des personnes concernées, des proches et des professionnels**

### **Groupes DEBRIEFING 2007**

D. Dillman ATB, T P. Isoz-Louvrier CONSEILLERS ACCOMPAGNANTS, T. Krummenacher REEV, C. León PAROLE, K. Lohmann RELAIS, M. Merlo HUG, A. Zinder PMS

*Clinical experience with psychotic patients early in the course of their illness suggested that symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) may not be uncommon after recovery from an acute psychotic episode.*

*The circumstances of admission and early treatment commonly include involuntary admission; often involving law enforcement agencies, duress or coercion, forced sedation, restraint and seclusion...*

*These effects are so strong principally because of their impact on individuals' basic assumptions about themselves and the world in general.*

**PD McGORRY, A Chanen, E McCarthy. 1991.  
Posttraumatic Stress Disorder Following Recent-Onset Psychosis.  
The Journal of nervous and mental disease 179 (5), 253-258**

### **1. Traumatismes à éviter et traumatismes invisibles**

Le vécu de la crise psychique est en elle-même un traumatisme qui conduit à un stress post-traumatique. Cette situation, la blessure psychique qu'elle produit et ses conséquences, est difficile à distinguer d'autres traumatismes liés à la réaction de la société et à la prise en charge hospitalière.

Nous nous sommes attelés à faire un inventaire des situations difficiles et donner des recommandations pour atténuer les conséquences traumatiques liées à l'expérience de la crise. Dans nos discussions, nous nous sommes laissé guider par les considérations suivantes :

- Il y des traumatismes qui pourraient être évités ;
- Il y des traumatismes très « visibles » liées à un certain événement mais aussi des traumatismes occultes souvent liés à des problèmes d'identité causés par l'expérience du traumatisme psychique, par l'hospitalisation et par les réactions de la société en général.

Voici une liste d'événements et de situations traumatisants que nous avons identifiées. L'ordre reflète leur importance sachant que ce qui est très traumatisant pour un patient peut être assez supportable pour un autre. Nous présentons aussi dans un tableau complémentaire les divers événements traumatisants et la liste des recommandations (Tableau 1. Synthèse des traumatismes et recommandations).

Pour les traumatismes évitables ou partiellement évitables nous avons rédigés une liste de recommandations.

#### **1. Traitements sous contrainte, en particulier en chambre fermée.**

Le caractère traumatisant que peut avoir un séjour en chambre fermée est reconnu par tous les participants, surtout s'il dure plusieurs jours ou même semaines. On constate aussi que cette mesure est beaucoup plus utilisée dans certaines cliniques / cantons que dans d'autres.

Ce qui est problématique est l'utilisation de la « chambre fermée » à des fins « préventives » par manque de temps (!) sous peur (infondée ?) d'homicide ou de suicide.

Les demandes de sortie sont souvent en relation avec l'expérience ou la menace de la chambre fermée ! Dans ces cas, on pourrait parler d'un échec du traitement.

Tout comme la chambre fermée, les injections et prise de médicaments forcées ou fortement suggérés sont souvent vécues comme un acte violent. (Ce point mérite un développement)  
→ Recommandations 1, 2 et 3

**2. Traumatisme due à l'hospitalisation, en particulier la 1<sup>ère</sup> hospitalisation et une hospitalisation involontaire considérée comme non justifiée.**

L'accueil est déterminant pour tout le vécu de l'hospitalisation. D'après la loi qui est entrée en vigueur en septembre 2006, le statut (volontaire/ non volontaire) doit être examiné dans les premières 24 h de l'hospitalisation (cet aspect a dû changer récemment ?).

Les événements qui ont précédés l'admission en particulier une crise psychique et l'intervention de la police font que le patient arrive déjà dans un état traumatisé.

→ Recommandations 2, 3 et 4

**3. Incidence du séjour hospitalier sur l'image que le patient se fait de lui-même et du monde en général.**

Les conditions d'admission, les premiers traitements (parfois forcés) et l'expérience d'être « un fou parmi les fous » ont un effet très fort sur l'image que le patient se fait de lui-même et du monde en général. Son identité est mise en question.

→ Recommandation 5

**4. Traumatisme due au diagnostic.**

Le diagnostic est souvent vécu comme traumatisant mais parfois aussi comme un soulagement après une longue période d'incertitude et de perte de repères.

**5. Contacts traumatisants avec les professionnels dus à un déficit de formation et de culture.**

La psychiatrie est perçue par beaucoup de patients comme un système autoritaire, « totalitaire ». Il y a un manque d'empathie de la part de certains soignants qui sont « durs », autoritaires. On perçoit la maladie et pas la personne. Beaucoup de patients disent qu'on ne les écoute pas et que tout ce qu'ils disent est considéré comme propos délirant ou soumis à une « condition d'aller mieux » ! Pris en charge « infantilisant » pour certains.

(Sous ce thème de contacts traumatisants, il faut mentionner qu'il y a aussi des violences traumatisantes subies par les professionnels.)

→ Recommandation 6

**6. Contacts traumatisants avec les professionnels dû à la réglementation de la clinique.**

L'équipe soignante doit se protéger contre des actes d'agression et de suicide des patients mais aussi contre le danger de procédures juridiques. Ceci conduit à une multitude de règles et il y a le danger de se préoccuper davantage de ces règles que du patient.

→ Recommandation 6 et 7

**7. Traumatisme due à la surpopulation dans certaines cliniques et à un mauvais aménagement des lieux.**

La surpopulation fait que le personnel soignant est débordé et que les patients n'ont aucune possibilité de se retirer et de s'isoler. C'est stressant pour les patients et les professionnels.

Les chambres fermées n'ont souvent pas un aménagement adéquat. L'aménagement devrait permettre une observation discrète et commode du patient, ceci pour la sécurité des patients et des soignants. Une ambiance froide et stérile des locaux n'est peut-être pas traumatisante mais certainement déprimante.

→ Recommandation 8

**8. Traumatisme due à un dialogue « faussé » ou les professionnels ont toujours raison.**

Le dialogue entre patients et personnel soignant n'est pas toujours un dialogue entre « partenaires » et trop faussé par la situation de dépendance du patient et du « rôle » constant d'autorité et « d'expert » du professionnel.

→ Recommandations 7 et 9

**9. Traumatisme due à une mauvaise médication ou à l'absence de traitement.**

Les professionnelles parlent trop peu des effets secondaires et de la possibilité que le médicament proposé soit peu ou pas efficace, voir qui complique l'état de confusion de la personne. Mais l'absence de médication et d'autres traitements peut aussi être néfaste et traumatisante. Dans ce contexte, il est

bon de rappeler que les hallucinations ne sont pas toujours traumatisantes et portent « un message » à lui donner du sens.

→ Recommandations 10

#### **10. Traumatisme due à la rupture de la continuité du traitement et du climat de confiance entre patient et professionnels.**

La confiance entre le patient et les professionnels est une condition primordiale pour la réussite du traitement. Pour construire cette confiance il faut souvent plusieurs mois. La confiance est quelque chose qui se construit entre partenaires. Devoir recommencer tout ceci avec des professionnels, qu'on n'a pas choisis peut-être dur et traumatisant. Le lien et la confiance sont la base et cela est difficile avec des équipes qui changent.

→ Recommandation 11

#### **11. Communication difficile avec les proches conduisant à une isolation sociale.**

La personne concernée a honte de parler de ses tribulations, est « obligé à s'accommoder à un langage « éducatif » de symptômes, de maladie, de diagnostic. Les proches apprennent très tard que l'état psychique du patient est très variable, que dans certaines situations la communication est impossible et qu'il y a des mots et des gestes qui font mal (plus que ce qu'on pourrait penser). Cette rupture de communication crée beaucoup de conflits et elle est douloureuse, épuisante et parfois traumatisante pour les deux parties surtout si la situation dure des années. Faire une réunion avec la famille et la personne, n'est nullement une « thérapie ou prise en charge de famille », et souvent se transforme dans un requisitoire

→ Recommandation 12

#### **12. Perte de l'autonomie et de la confiance en soi.**

Les personnes vulnérables aux troubles psychiques, même passant par une phase stable ont beaucoup de difficultés à trouver un logement, un travail adéquat, des relations sociales et un (une) partenaire. La maladie et une longue hospitalisation provoquent souvent une rupture du tissu social et une perte importante de la confiance en soi. L'attitude de la société peut être considérée comme un stress permanent dit stress silencieux ou anxieux.

→ Recommandation 13

### **Liste de recommandations pour éviter ou atténuer les traumatismes :**

1. Instaurer un **climat de confiance** et de dialogue dans les premières heures d'entrée en clinique. Utiliser le « talking down ». Expliquer au patient pourquoi on l'a enfermé. L'accueil est déterminant pour tout le vécu de l'hospitalisation.
2. Utiliser les compétences d'autres soignants (d'autres unités ou des services ambulatoires) pour connaître la meilleure manière de communiquer avec le patient et assurer la **continuité du traitement**.
3. Utiliser la compétence des proches **dès le début de l'hospitalisation** pour mieux connaître et aborder le patient.
4. Des **directives anticipées** rédigées déjà pendant le traitement ambulatoire peuvent éviter certains traumatismes. Expliquer au patient pourquoi on l'a enfermé.
5. Parler davantage avec le patient sur son vécu dans la clinique pendant son séjour et pas seulement à la fin. Ceci implique une relation de confiance avec les professionnels.
6. Formation et culture du personnel soignant. Il y a un manque d'empathie de la part de certains soignants. On perçoit la maladie et pas la personne. Beaucoup de patients disent qu'on ne les écoute pas et que tout ce qu'ils disent est considéré comme propos délirant. Améliorer la « **culture** » **de l'équipe soignante**.  
Sortir d'un système « auto-référencié » avec l'aide des associations de patients et de proches. Surmonter le décalage entre bonnes intentions et réalité. Ceci est surtout la responsabilité des chefs. Ils doivent s'assurer que des nouvelles consignes et la formation conduisent **vraiment** à un changement d'attitude et de procédures.
7. Règlements de la clinique. Combattre l'attitude « fonctionnaire » et favoriser les rapports humains et l'empathie. Personnel soignant débordé. L'équipe soignante doit se protéger contre des actes d'agression et de suicide des patients mais aussi contre le danger de procédures juridiques. Ceci conduit à une multitude de règles et il y a le danger de se préoccuper davantage de ces règles que du patient.
8. Toutes les recommandations nationales et internationales vont dans le sens de **préférer le traitement ambulatoire (si possible précoce) au traitement stationnaire**. Si-l-on mettrait ceci en pratique-t-on

aurait moins de patients dans les cliniques, on pourrait mieux s'en occuper et on pourrait mieux aménager les lieux. Ce changement nécessite une volonté politique.

9. Les soignants doivent être capables d'avouer des erreurs et d'admettre que certaines conditions de l'hospitalisation ne sont pas bonnes. Il faut être réaliste par rapport aux chances de succès des thérapies proposées mais sans faire perdre l'espoir. Un conseiller accompagnant pourrait aider à établir un dialogue équilibré entre patients et soignants. Les professionnels ont toujours raison. Le dialogue entre patients et personnel soignant n'est par un dialogue entre « partenaires » et trop faussé par la situation de dépendance du patient.
10. Parler des inconvénients des médicaments ne favorise peut-être pas la compliance mais il faut traiter le patient comme partenaire adulte et être franc pour qu'il ne perde pas la confiance dans son médecin et dans la psychiatrie en général.  
Il est souhaitable que le patient puisse choisir entre différents types de traitement (complémentaires pour l'instant inexistantes).
11. Meilleure collaboration entre les services hospitaliers et ambulatoires. Demander au patient s'il a des préférences parmi les soignants et être flexible sur ce point. Organiser plusieurs entretiens entre le patient et son médecin traitant avant la sortie de la clinique.
12. Conseils donnés (**tôt !**) aux proches par les professionnels et par d'autres proches dans le cadre des associations. Approche de traitement systémique.
13. La stigmatisation est un problème de société qu'on peut améliorer par une meilleure information sur la maladie psychique déjà à l'école et par des campagnes de déstigmatisation adressés au grand public. La transition entre la vie en clinique et la vie après la sortie doit être progressive. Il faut éviter des hospitalisations prolongées parce qu'on n'a pas trouvé un lieu de vie convenable pour le patient. La création de lieux de vie divers et en nombre suffisant, bien adapté à diverses situations des patients, est une tâche de la politique sociale.

Autres :

- Surpopulation dans certains cliniques et aménagement des lieux. Chambres fermées sans aménagement adéquat. Ambiance froide et déprimante des locaux. Impossibilité de se retirer et de s'isoler.
- La politique nationale Suisse de la santé psychique soutient les principes suivants :
  - Normalisation
  - Intégration dans la commune (de la personne concernée)
  - Orientation selon les besoins.
  - Centré autour du patient
  - Préférence du traitement ambulatoire
  - Dépasser la cloison entre soins ambulatoires, semi stationnaires et stationnaires.

## 2. Tableau complémentaire

### Premiers signes de LA CRISE

Vécu qui mène au trauma	Populations concernées	RECOMMANDATIONS
Incompréhension ; Rupture de la communication ; Désorganisation de la pensée ; Solitude ; Interprétation négative des perceptions altérées, intra sensorielles ; Déni ; Attentes Solution-miracle ; Sous-estime et/ou surestime ; Image de la psychiatrie (peur, violence)	Service. Urgences, tout l'Hôpital, la psychiatrie et tout ce qui en dépend... consultations, équipe mobile, etc. ; Tout médecin spécialiste diplômé ; Médecins de garde / de premier recours ; Police ; Ambulance ; réseau associatif	<b>Sensibilisation et formation</b> des médecins ; des intervenants d'urgence ; <b>Visite à domicile</b> ou lettre quand l personne est absent au rdv ; pouvoir <b>visiter les lieux, avoir un premier contact</b>

### Pendant LA CRISE

Vécu qui mène au trauma	Populations concernées	RECOMMANDATIONS
Côté « Secret » de l'expérience, comment la dire ? ; Désillusion de la prise en charge ; Désillusion face à la psychiatrie ; toujours un	Tout le dpt de psychiatrie, consultations, Programmes Spécialisé, etc. ; Réseau associatif d'entraide ; Proches ; lieu de	Faire le suivi entre les différents lieux ; élaborer le « changement identitaire » et faciliter la reprise du contrôle, l'autodétermination, l'

<p>Sentiment d'incompréhension ; Peur des rechutes ; Sentiment d'échec ; « Deuil » image de soi/ rôle Social ; Dasein : angoisse existentielle du devenir ; Gestion du quotidien ; Retour dans la société (ami, travail...) ; Argent, Finances ; Autonomie et autodétermination ; participation à des recherches ; Accès au dossier</p>	<p>Travail ; Médecin du suivi/ privé ; Réseau social (tuteur, CASS, FSASD)  REcase« en général » ; Réseau Grepsy (logement, occupations)</p>	<p>autonomie ; aider au maintien de la santé et à la prévention de la rechute ; lieu de « parole - médiation » après pour évaluer de manière « neutre » la prise en charge et en parler ; créer un observatoire de situations ; faire connaître le réseau associatif et les groupes de soutien (pairs)</p>
---	--	--

<p>Peur de la psychiatrie et son système « totalitaire » ; mesures de Contrainte, chambre fermée, traitements médicamenteux forcés ; Stigmatisation du séjour hospitalier ; Confrontation à la souffrance des autres (miroir) ; Incompréhension communication sur des « plans » différents entre la personne, les professionnels et les proches ; attribution d'un Diagnostic ; manque et perte de l'opportunité d'accueillir et donner du sens à la crise ; nivelation comportementale de soumission ; prise de médicaments qui ont des effets sur les émotions et la conscience ; Effets secondaires des médicaments ; Atterrissage /retour à la réalité et post crise ; effondrement, désespoir, « Dénier » ; Etre traité comme malade et non comme personne ; Mauvaise distinction entre trait personnel et symptôme de la maladie ; ignorer les Ressources positives de la personne et son réseau</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulanciers</li> <li>- Police</li> <li>- Proche</li> <li>- Médecin institutionnel</li> <li>- Infirmier</li> <li>- autres professionnels</li> <li>- Conseillers accompagnants</li> <li>- Psychex</li> <li>- Réseau assoc entraide</li> </ul>	<p>Informations, échange sur le <u>traitement</u> et sa mise en route ; Repenser l'<b>architecture</b> chambre (fenêtre sur porte) voir autres mesures sécurisantes ; Revoir le protocole et la culture HUG « on a toujours fait comme ça » ; Changer radicalement l'attitude de l'<b>Accueil</b> (bonjour, café calmez vous) ; changer d'approche vers traiter une personne et non un diagnostic ; mieux <b>Accueillir des proches</b>, familles ; donner des informations sur le réseau associatif ; faire un <b>entretien évaluatif à chaque fin d'hospitalisation</b> ; aller vers la notion de directives anticipées ; accepter le pourcentage de <b>responsabilité institutionnelle</b> assumé par qqn dans l'institution = reconnaître l'expérience traumatisante, l'insuffisance de la psychiatrie, des moyens et du matériel ; <b>« Médiation » possible pendant hospitalisation</b> par conseillers accompagnants ; changer l'Hypostimulation par gardiennage par une hypostimulation en donnant du sens ; donner des informations sur la structure et fonctionnement de l'unité, quotidien à l'hôpital</p>
--	---	---

### 3. Le débriefing proprement dit.

#### Débriefing, pourquoi ?

Le débriefing a deux buts différents :

- Pouvoir déposer un vécu traumatisant qui pèse lourd sur le psychisme.

Cela peut être détraumatisant (réparateur) de parler hors crise des événements traumatisants, de revoir « l'agresseur » plus tard dans un autre contexte et de consulter son dossier médical. Dans ce processus, le patient a besoin d'être accompagné.

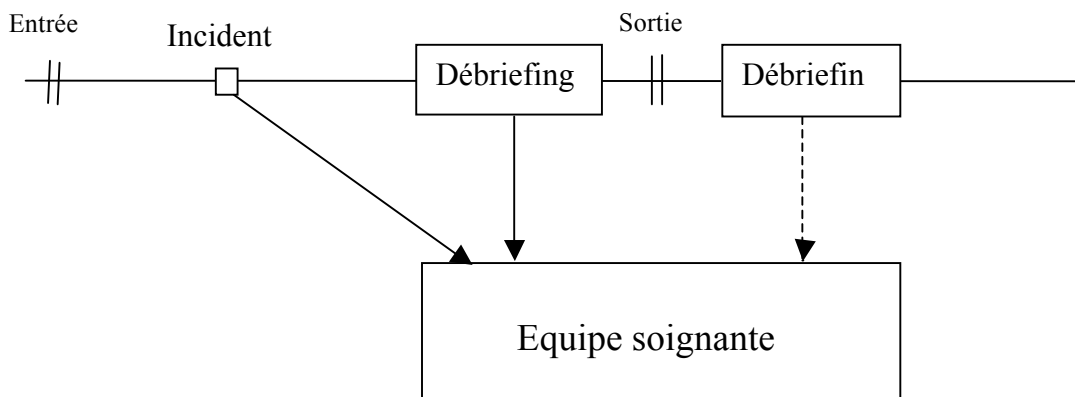
- Transmettre à l'équipe soignante et aux institutions des critiques et recommandations pour éviter si possible les traumatismes.

### Débriefing, quand ?

Le schéma ci-dessous nous guide dans nos réflexions. Un débriefing nous paraît nécessaire dans les derniers jours d'une hospitalisation, après une hospitalisation et aussi pendant l'hospitalisation après un incident grave et traumatisant qui exige une réponse immédiate.

Le bon moment pour le débriefing est à la fin (ou après) l'hospitalisation, parce on peut difficilement critiquer une personne de laquelle on dépend.

Le débriefing après l'hospitalisation (p.ex. dans le cadre des soins ambulatoires) est certainement bon pour le patient mais critiques et suggestions ne sont (presque) jamais ramené à l'équipe soignante.



### Débriefing, avec qui ?

Le débriefing peut être difficile et douloureux pour le patient et souvent lié à des sentiments de honte par rapport au comportement qu'on a eu mais aussi lié à des sentiments de colère.

L'idéal serait que cela se fasse avec une personne de confiance choisi par le patient. Cette relation est plus importante que la profession (médecin, infirmier, ergothérapeute,). Le médiateur doit être quelqu'un qui écoute, croît (sans émettre de jugement) et valorise la personne comme elle est maintenant. Si l'interlocuteur était impliqué dans le traumatisme (p.ex. soins sous contrainte) il a (au moins) deux problèmes :

- L'échange pourrait devenir violent (et pas constructif).
- Le professionnel de la santé ne peut pas être tout à fait ouvert à reconnaître des erreurs par peur de procédures juridiques.

Un médiateur « institutionnalisé » qui s'occupe de beaucoup de patients doit être très ouvert et disponible pour construire la relation de confiance avec le patient.

Nous avons cherché des groupes ou institutions à l'intérieur et à l'extérieur de la psychiatrie parmi lesquels on pourrait recruter des médiateurs :

1. Le groupe d'analyse des incidents de Belle Idée. Présentation par le Dr. Andi Meiler. Ce groupe des HUG, s'occupe des « incidents » c.à.d. d'événements qui ont ou auraient pu porter préjudice aux patients ou aux professionnels.

Des exemples d'incidents sont :

- Confusion dans les médicaments
- Sécurité dans les chambres de sécurité
- Transmission de l'information
- Actions du patient
- Informatique, dossiers
- Abus de substances

Le but du groupe incident est d'enregistrer et d'analyser les incidents pour améliorer le fonctionnement de la psychiatrie. Le processus de signalement reste en dehors de la voie hiérarchique mais est institutionnel, le proche ou le patient passe par le soignant pour signaler l'incident.

Conclusion : Le groupe « incidents » couvre seulement une petite partie des événements et situations traumatisantes et son but est très différent du débriefing. Il ne peut pas jouer le rôle du médiateur.

2. La LAVI (aide aux victimes d'infractions). Présentation par M. Dario Giacomini.

Nous avons posé à M. Giacomini la question suivante :

Une personne s'estimant lésée lors d'un traitement forcé pourrait-elle être reconnue comme victime si l'on admet qu'il y ait eu disproportion de force ou action mal utilisée ? Ou que d'autres alternatives thérapeutiques aient été négligées.

Pour pouvoir recevoir une aide de la LAVI, une personne doit avoir subi une agression en infraction avec le code pénal, que celle-ci soit d'ordre physique ou psychique (par ex. menace de mort, prise d'otage). Une intervention de force sur un patient n'est légalement pas considérée comme un abus de pouvoir. Même si la souffrance du patient est reconnue, elle n'est pas recevable comme une agression portée contre lui.

Conclusion : La LAVI ne peut pas jouer le rôle du médiateur.

3. Le service des conseillers accompagnants. Présentation par Mme Pascale Isoz Louvrier.

Le conseiller accompagnant ne dépend pas de l'hierarchie de la psychiatrie ce qui est une situation favorable pour jouer le rôle du médiateur. Mais l'intervention du conseiller accompagnant est limitée au séjour à l'hôpital et souvent le patient a besoin de temps pour trouver la force et la confiance de parler du traumatisme.

Conclusion : Ce service est le seul service existant qui pourrait jouer le rôle du médiateur, mais il faudrait élargir son mandat et former les conseillers accompagnants à cette nouvelle tâche. Il faudrait aussi définir un « canal » par qui le conseiller accompagnant peut donner un retour à l'équipe. *A développer pour formuler une recommandation ...*