

Sylviane, en obligation

Sylviane, une jeune patiente borderline et polytoxicomane, est prise en charge dans une petite unité de psychiatrie pénitentiaire suisse. Cette structure originale et les soins proposés sont basés sur les concepts de rétablissement et de réinsertion.

■ L'extrémité sulfureuse de l'allumette racle le grattoir de la boîte cartonnée. Une puissante flamme bleue et orange jaillit et progresse sur le bâtonnet entre le pouce et l'index de Sylviane. Elle sent progresser la chaleur, son regard se fige sur la flamme qui oscille, ses pupilles se resserrent, son pouls s'accélère. Sylviane ressent alors un profond plaisir et l'envie de poursuivre son geste. Elle sourit, fixant la lumière vive de l'allumette. Le temps s'est arrêté, Sylviane ne pense plus à rien. Son attention retenue seulement par la lueur, elle approche lentement le bâtonnet enflammé du matelas, au contact duquel la petite flamme grandit, suit son chemin, se nourrit à présent de la toile et finit par embraser le matelas tout entier.

Ces lignes pourraient être le préambule d'un roman policier. Mais c'est une scène bien réelle de la vie de Sylviane, une vie difficile, souvent triste et chaotique, semée de moments terribles et de rédemptions. C'est l'histoire d'une jeune fille, qu'un long parcours de souffrances lié à une grande complexité psychique a conduit et

maintenu à l'hôpital, puis en prison, de nouveau à l'hôpital, et finalement dans notre unité de soins et de réinsertion Le Seran d'où elle a pu prendre enfin son envol. Son parcours va nous permettre d'illustrer la spécificité des soins dispensés au Seran dans le cadre du rétablissement.

LA VIE CHAOTIQUE DE SYLVIANE

- Sylviane est née en novembre 1979, seconde d'une fratrie de trois enfants. Elle est âgée de 10 ans lorsque son père, alcoolodépendant et violent, divorce. Sylviane subit durant son enfance des violences physiques et psychologiques répétées entraînant une carence affective importante. Elle développe alors un mode de réponse violent contre elle-même et les autres. Ses performances scolaires se dégradent progressivement et, à 15 ans, elle abandonne sa scolarité pour entreprendre un préapprentissage de pâtisserie-boulangère qui doit durer deux ans.
- À 16 ans, elle dit avoir violée par un inconnu dans des circonstances imprécises. Comme elle était alcoolisée, elle a du mal à en relater le contexte et le déroulement. L'année suivante, Sylviane développe divers comportements à risque tels qu'une consommation de cannabis. Elle fait une overdose d'ecstasy à 18 ans, s'injecte également de l'héroïne et sniffe de la cocaïne. Polytoxicomane, elle développe également une perturbation importante de l'alimentation de type boulimique. Sylviane commet dès lors des vols à répétition et devient addict au jeu.

Bruno DAVIET*, **Isabelle VAILLANT***,
Corinne BELLEVILLE**

*Infirmiers, **Cadre infirmier,
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG),
Service de Psychiatrie Générale, Unité de Psychiatrie
Pénitentiaire Le Seran.

© Fotolia - Dubova.



de soins



- Après trois mois de formation, Sylviane met un terme à son apprentissage pour travailler dans un bar comme serveuse. Cette expérience se solde par un renvoi dû à des vols d'argent. S'ensuit alors une période de chômage qui dure deux ans. À cette époque, Sylviane bénéficie des aides sociales et d'une rente de 100 % de l'Assurance invalidité pour maladie psychiatrique.

- La première hospitalisation en psychiatrie intervient début 1999, après un conflit avec son ami. Sylviane présente alors une symptomatologie dépressive, associée à des attaques de panique. Son bilan neuropsychologique écarte un déficit intellectuel. Elle sera ensuite hospitalisée 29 fois à la clinique, la plupart du temps sans son consentement.

- En 2000, alors âgée de 21 ans, Sylviane est placée sous une mesure volontaire et temporaire de tutelle, avec hospitalisation pour troubles du comportement et polytoxicomanies.

Le diagnostic posé est « *trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline* ». C'est à cette période que Sylviane enflamme volontairement ses matelas. Elle est condamnée pour ces délits à un emprisonnement ferme de douze mois pour les deux premiers incendies et à quinze mois pour le troisième.

- En 2003, la justice ordonne une privation de liberté, sous forme d'hospitalisation obligatoire (voir encadré législatif). L'année suivante, à l'hôpital, Sylviane tente d'étrangler une patiente à l'aide d'un cordon, acte pour lequel elle est de nouveau condamnée à trente mois d'emprisonnement.

- En 2008, le tribunal d'application des peines et mesures (TAPEM) ordonne la levée d'écrou et adresse Sylviane à la

clinique psychiatrique pour une obligation de soins en milieu ouvert, avec un délai de mise à l'épreuve de cinq ans.

Durant l'été, Sylviane est hospitalisée à l'unité carcérale de psychiatrie (UCP). Le rapport médical mentionne une amélioration clinique durable de son impulsivité et la disparition de son agressivité verbale ou physique envers le personnel soignant.

- À l'automne de cette même année, Sylviane est orientée dans une unité de soins en milieu ouvert. Après un peu plus de cinq ans d'enfermement, elle a du mal à s'adapter à ce milieu ouvert. Le cadre thérapeutique mis en place consiste en un suivi psychothérapeutique, un traitement médicamenteux, de l'ergothérapie et des sorties, seule ou accompagnée, hors de l'hôpital.

- En juin 2009, nous accueillons Sylviane à l'unité du Seran qui vient d'être créée. Elle se décrit en des termes dévalorisants et grossiers, exprimant toute la perte d'estime et détestation qu'elle a d'elle-même : « *Ch'suis une grosse vache* » ou « *C'huis comme une sirène, mi-femme, mi-thon* » « *Regardez mes dents toutes pourries*. » Elle prend le moindre compliment pour une moquerie, oscille en permanence entre larmes, colère et révolte, s'automutile régulièrement par scarifications et brûlures de cigarettes : « *J'en peux plus, j'en ai marre de moi, de cette vie de merde* » et compense son mal-être par un excès de nourriture entretenant une surcharge pondérale importante.

- Pendant trois ans et demi, elle bénéficie d'une prise en soins soutenue au quotidien, qu'elle décrit comme contraignante au début, puis constructive, pendant laquelle elle développe un lien de confiance. Elle s'implique dans un processus de soins et un projet de vie.

Sylviane se comporte d'une manière plus féminine, ne cache plus son corps sous des vêtements amples et plutôt masculins. Elle retrouve très progressivement une estime de soi et demande l'avis de l'équipe soignante sur sa tenue : « *Ça va comme ch'uis maquillée?* » ou « *Ça va ma robe?* » Le fait de s'enquérir de l'avis de femmes de l'équipe soignante témoigne alors de l'émergence d'un lien de confiance et thérapeutique touchant et gratifiant. Elle commence à aller chez le coiffeur et accepte des soins dentaires. Elle peut se regarder dans la glace sans que son image provoque désespoir ou colère contre elle-même. Elle use d'un vocabulaire plus adéquat.

- En parallèle, Sylviane espace puis renonce à ses actes auto et hétéro dommageables, acquiert des compétences, une autonomie, retrouve une identité positive. Elle reprend espoir, confie qu'elle se sent toujours seule sur le plan sentimentale même si elle est réconciliée avec elle-même et aimerait une fois sa liberté retrouvée « *rencontrer un ami qui pose sur moi un regard comme vous me voyez* ».

RÉINSERTION ET RÉTABLISSEMENT

Le Seran a ouvert ses portes en juin 2009. Cette structure de soins fait partie du Service de psychiatrie générale, lui-même inclut dans le Département de santé mentale et psychiatrie (DSMP) des Hôpitaux universitaires de Genève.

C'est une petite unité accueillante, colorée et lumineuse. Elle dispose d'une petite salle à manger, d'un salon, de deux chambres doubles, de trois chambres seules et d'un grand jardin. Cette configuration est propice à une contenance relationnelle attentive, permanente, et respectueuse. Le cadre général des soins, convenu avec les patients lors de leur accueil, est maintenu avec une rigueur bienveillante.

Le Seran accueille sept patients (hommes et femmes). L'équipe pluridisciplinaire est composée de dix infirmiers, un cadre infirmier, un médecin psychiatre à mi-temps, un assistant social une journée par semaine ainsi que deux intervenantes transversales (une musicothérapeute et une psychologue).

La porte de l'unité reste ouverte de 8 h 30 à 20 h 30. Les patients peuvent sortir seuls sur le domaine de la clinique, parfois en compagnie d'un soignant, et recevoir des visites en fonction d'un programme thérapeutique précis et individualisé.

Le cadre législatif suisse de l'obligation de soins

En Suisse, les obligations de soins pour les personnes souffrant d'un grave trouble mental en lien avec un délit sont régies par différents articles de loi qui déterminent les lieux et les temps d'injonctions de soins, soit en milieu fermé (article 59-3 du Code Pénal Suisse), soit en milieu institutionnel (article 59-2), soit en suivi ambulatoire (article 63).

Les patients du Seran bénéficient de l'article 59-2 défini par le Code Pénal Suisse : « *Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes :*

a. *L'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble ;*

b. *Il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.*

Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures. [...] ». (Code Pénal Suisse, p. 20, 2012).

La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel est de cinq ans maximum, renouvelable sur décision du juge (TAPEM). (Code Pénal Suisse, p. 21, 2012)

Les sorties hors domaine doivent faire l'objet d'une demande préalable du médecin au service d'application des peines et mesures (SAPEM), et sur son accord.

– **La mission du Seran** est de réunir un petit nombre de patients sous mesure de justice et de leur proposer une prise en soins spécifique, ciblée sur des troubles psychiques avec contrainte judiciaire afin d'envisager un retour progressif dans la société et de les aider à renouer des liens familiaux et sociaux.

Nous travaillons avec eux sur leurs projets de réhabilitation-resocialisation-réinsertion, en partenariat avec différents réseaux dans la cité : ateliers protégés, associations, foyers d'hébergement, tuteurs, avocats, tribunal d'application des peines.

– **Le cadre théorique** est basé sur le concept de rétablissement (*recovery*) dans un modèle de la réhabilitation (Favrod, 2004). Nous retenons de ce concept à la fois les transformations positives que vit le patient et les facteurs environnementaux qui les facilitent (Provencher, 2010).

Deux points de vue coexistent sur le concept de rétablissement (Provencher, 2010; Favrod, 2004). L'un insiste sur la rémission complète, l'autre vise une évolution positive, une diminution des symptômes suffisante pour retrouver une fonctionnalité satisfaisante dans la société. Nous privilégions le deuxième point de vue, plus adapté aux profils psychopathologiques des patients. Lorsqu'ils quittent le Seran, ils ne sont pas « guéris » et sont d'ailleurs obligatoirement dirigés sur un soutien ambulatoire. Cependant, ils sont conscients du chemin parcouru, gardent peut-être une certaine vulnérabilité mais sont forts de leurs acquis et de leur autonomie retrouvée.

Le nombre restreint de patients favorise un accompagnement personnalisé. La prise en soins des patients s'inspire directement des thérapies comportementales et cognitives (TCC) et de la thérapie comportementale dialectique (TCD) de Marsha Linehan (2000). « *En TCD, la synthèse, ou l'équilibre, est recherchée à plusieurs niveaux, la principale dialectique étant celle qui existe entre d'une part l'acceptation et d'autre part le changement.* » (McDonagh, 2002).

Cette approche psychothérapeutique est particulièrement adaptée à des patients comme Sylviane, souffrant de divers troubles psychiques, associés à un trouble grave et envahissant de la personnalité borderline et qui présentent un dérèglement

affectif et comportemental important. L'objectif de cette approche dialectique individuelle est de diminuer le comportement problématique généré par leur trouble d'identité, notamment en réduisant le sentiment de vide et en favorisant une conscience nouvelle d'exister, en remplaçant des relations interpersonnelles chaotiques et la peur de l'abandon par l'acquisition d'une efficacité interpersonnelle, en contenant leur labilité émotionnelle et leur intolérance à la frustration par une meilleure régulation des émotions et enfin en contrôlant leur impulsivité entraînant souvent des actes auto-dommageables et parasuicidaires par une meilleure tolérance à la détresse. (Dieben, 2008).

Les objectifs visés en lien avec le concept de rétablissement s'articulent autour de l'autonomie, de la responsabilisation, de la gestion des réactions émotionnelles, de la relation à soi, aux autres, à la société en général. À terme, le but est une vie pleine et significative (Huguellet, 2007) par la réinsertion dans le monde du travail et l'investissement d'un lieu de vie.

– **Le cadre de soins** s'appuie sur différents axes issus du modèle bio-psycho-social.

- L'axe pharmacologique : maintien à long terme de la compliance au traitement.
- L'axe psychoéducatif : prévention de la rechute de la maladie et des addictions, éducation au traitement et à l'autonomie (préparation du pilulier), compétences sociales, gestion des émotions et affirmation de soi.
- L'axe psychothérapeutique, individuel et groupal : travail sur l'identité positive fondée sur l'espoir réaliste et l'autodétermination, par l'entretien motivationnel et la remédiation neurocognitive (Martin, 2012).
- L'axe socio-éducatif : réinsertion dans la société et le monde du travail, recherche d'un lieu de vie, pont vers des soins ambulatoires.

À chaque étape, l'accent est mis sur une conscientisation progressive du statut de citoyen sous-tendue par la dimension juridique de l'obligation de soins.

SYLVIANE AU SERAN

Sylviane est accueillie au Seran de juin 2009 à février 2013. À son arrivée, les objectifs définis avec elle sont nombreux et ambitieux, hors d'atteinte selon elle, d'emblée décourageants :

– Gérer ses comportements préjudiciables, comme les gestes auto-dommageables, les relations interpersonnelles, la violence verbale et physique envers autrui, l'intolérance à la frustration.

– Acquérir et augmenter ses compétences dans le domaine de la régulation émotionnelle, tel que la gestion de l'anxiété, la labilité de l'humeur et l'expression des émotions.

– Développer des aptitudes lui permettant progressivement de construire un équilibre vers « *une vie qui vaut la peine d'être vécue* » (Linehan, 2000).

La poursuite de ces objectifs nécessite un grand nombre d'interventions individualisées et un important travail avec la patiente :

– Un groupe du matin pour l'organisation détaillée de sa journée, la planification de la chronologie de ses demandes. Le soir, feedback de la journée et évaluation des objectifs posés le matin avec retour de la patiente et des soignants.

– Un travail sur l'hygiène et le réapprentissage des actes de base (douche, soins dentaires, changement de la literie, compréhension des codes vestimentaires, sociaux...), sur l'image corporelle et la féminité. À son arrivée, Sylviane présente une incurie et un abandonnisme importants.

– Un travail sur les comportements interpersonnels, réappropriation de son intimité et des limites des distances relationnelles. Au début, Sylviane a des relations interpersonnelles intrusives et inadaptées, se terminant souvent par un rejet et des clashes, mettant en danger autrui et elle-même. Il en va de même de ses relations sentimentales et sexuelles.

– Un travail éducatif sur la gestion de son budget et le contrôle de dépenses pulsionnelles. Dans un premier temps, nous effectuons des accompagnements et des contrôles au quotidien. Puis, petit à petit, ces contrôles diminuent, sa situation financière s'améliore.

Parallèlement, depuis 2009, un important partenariat est développé avec les différents acteurs du réseau social afin de poursuivre la réinsertion de Sylviane. Les liens familiaux, rompus à la suite du comportement de Sylviane (vols, agressions physiques et verbales, toxicomanie) sont renoués. La reprise d'une activité professionnelle est progressive. Dans un premier temps, Sylviane assure un travail bénévole à la médiathèque de l'hôpital. Puis, elle intègre une entreprise publique

d'insertion, dans le cadre d'une réinsertion professionnelle progressive. À ce jour, elle est en contrat à durée indéterminée à mi-temps dans une société de conditionnement.

• Le stage en foyer d'hébergement

Après une évaluation médicale et judiciaire de stabilité clinique et de respect des règles imposées, une commission d'indication de foyers désignée par la justice a déterminé plusieurs lieux de vie possibles. Sylviane réalise un stage de quinze jours dans l'un d'entre eux. Les exigences du foyer correspondent à ses capacités (autonomie dans les activités de la vie quotidienne, dans la gestion du traitement, dans le travail) tout en proposant des activités groupales et un soutien si besoin. L'équipe d'éducateurs et Sylviane dressent un bilan positif de ce séjour. En attente d'une place dans cette structure (14 mois), Sylviane maintient et renforce ses acquis.

À l'issue de l'expertise médicale demandée par le tribunal, l'obligation de soins en milieu hospitalier est levée au profit d'une obligation de suivi psychiatrique à l'extérieur. Un relais est alors organisé vers le centre de consultation le plus proche du foyer.

• Passerelle vers la cité

Sylviane bénéficie d'un renforcement de sa prise en soins axée sur la préparation à sa sortie, sur ses ressources individuelles et environnementales et sur la prévention de la rechute. Le risque de développer un sentiment d'abandon après presque quatre années au Seran implique un travail sur la séparation.

Des sorties progressives et prolongées avec nuits à l'extérieur sont organisées dans la famille ou chez des amis, ainsi qu'une prise de contact avec les soignants de l'ambulatoire (médecin, psychologue et infirmier).

Sylviane est à ce jour suivie par l'équipe ambulatoire. Elle gagne sa vie. Elle côtoie sa famille et loge dans un foyer au centre-ville. Nous considérons que cette jeune adulte est réinsérée. Elle nous donne de temps

en temps de ses nouvelles ainsi qu'à certains patients du Seran. Lors du dernier appel téléphonique, Sylviane décrit avec chaleur et bonheur ses vacances à Majorque avec un groupe du foyer, ses premières vacances ensoleillées après bien des années nuageuses et mouvementées.

CONCLUSION

Dans cette unité de psychiatrie pénitentiaire, Sylviane a appris à reconnaître sa maladie. Patiemment, elle est parvenue à circonscrire sa souffrance psychique en développant diverses stratégies dans un cadre de soins s'appuyant sur le concept de rétablissement. Les soins dispensés et la volonté de Sylviane ont permis de tisser à nouveau un lien social et familial et un ancrage dans la cité dont elle était exclue.

Alors que les prisons débordent de détenus, souvent atteints de pathologies psychiatriques, ces projets de réhabilitation sont porteurs de progrès et d'espoir pour certains d'entre eux. C'est donc un choix politique à encourager dans le sens de l'insertion, de la citoyenneté, de la dignité, de la réalisation personnelle, de la lutte contre la fatalité et l'abandon. Une structure telle que le Seran participe modestement à cette démarche.

Il existe bien sûr une réalité économique dans un contexte de maîtrise des dépenses et un maintien de l'efficacité à long terme à prouver par le biais « d'hospitalisations aussi longues que nécessaires mais aussi courtes que possibles » (Leguay, 2008). L'évolution positive de Sylviane encourage l'équipe dans la poursuite de cette démarche originale. Cette approche constitue un défi qui lorsqu'elle aboutit renforce l'engagement et la motivation des soignants et justifie les moyens engagés. Le choix institutionnel de créer cette unité, à contre-courant du climat sécuritaire et de rejet des débordements de la pathologie psychiatrique, offre un espoir pour ces patients en marge de la société.

BIBLIOGRAPHIE

- Dieben K, Nicastro R. Bases de la thérapie comportementale dialectique. Présentation au Symposium « Personnalité borderline : pour que le passage à l'acte reste passager ». HUG. Décembre 2008. Accès : http://psy-generale-secteurs.hug-ge.ch/enseignement/formation_continue/Presentation_09.12.08_Dieben_Nicastro_symposium.pdf
- Code Pénal Suisse, Berne, Chancellerie Fédérale, 2012.
- Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124, 205-208, 2004.
- Guédeney N. La clinique de l'attachement : enjeux et perspectives en psychiatrie, *Santé mentale*, 148, 34-38, 2010.
- Huguelet P. Le rétablissement, un concept organisateur des soins aux patients souffrant de troubles mentaux sévères. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 2007;158(06):271-278.
- Leguay D, Giraud-Baro E, Lièvre B et al. Le manifeste de Reh@b : proposition pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'Information psychiatrique* 2008 ; 84 : 885-93.
- Linehan M. Traitement cognitivo-comportemental du trouble de la personnalité. Ed. Médecine et Hygiène, 2000.
- Martin B, Franck N. La remédiation cognitive : un nouvel outil de soin pour la schizophrénie. *Perspectives Psy*, Vol. 51, no 1, 2012, 7-13.
- McDonagh, D., Taylor, K., et Blanchette, K. Adaptation de la Thérapie comportementale dialectique (TCD) au milieu correctionnel pour les délinquantes sous responsabilité fédérale, *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle*, 2002, no 14, p. 35-38.
- Morasz L. Prendre en charge la souffrance à l'hôpital. Paris : Dunod, 2003.
- Peplau H. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. Paris : InterEditions, 1995.
- Provencher H, Keyes C L.M. Une conception élargie du rétablissement. *L'Information Psychiatrique*. Volume 86, Numéro 7, septembre 2010.
- Rogers C. La relation d'aide et la psychothérapie. Paris : Les éditions sociales françaises, 1970.

Résumé : Des patients souffrant de troubles psychiques commettent parfois des délits ou des crimes pour lesquels ils sont condamnés, ce qui pose la question des conditions de peine et des soins. À travers l'histoire clinique de Sylviane, une jeune patiente souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, les auteurs décrivent le dispositif de prise en charge d'une Unité de soins pénitentiaire en milieu hospitalier.

Mots-clés : Cadre thérapeutique – Cas clinique – État limite – Femme – Jeune adulte – Obligation de soins – Parcours de soin – Projet de vie – Psychiatrie pénitentiaire – Réhabilitation psychosociale – Suisse – Thérapie cognitive – Thérapie comportementale – Unité de soins.