

# « Cette infirmière qui

Par le biais de visites à domicile, une infirmière parvient à dépasser les réticences d'Ellie, 14 ans, à se faire soigner. Cette « réalité partagée » permet à l'adolescente de s'engager dans une démarche thérapeutique.



# vient jusqu'à moi »

En Suisse, depuis quelques années, des équipes mobiles ont vu le jour en psychiatrie. Il s'agit d'une pratique communautaire, au-delà des murs. Or, il ne suffit pas de se déplacer à domicile pour rencontrer les patients ou tisser des relations thérapeutiques : celles-ci s'appuient sur une véritable stratégie thérapeutique, une méthode et des dispositions personnelles.

## LE DISPOSITIF HORS LES MURS

C'est dans ce contexte que se sont mis en place dans le secteur Est-Vaudois l'Antenne d'intervention dans le milieu pour enfants et adolescents (AIMEA) placées en foyers socio-éducatifs et le Dispositif mobile de psychiatrie communautaire (DMPC) pour les adultes. La première propose des prestations dans les foyers d'accueil pour enfants et adolescents et le second intervient dans la communauté ou au domicile de personnes de tout âge, non suivies, en refus ou en rupture de soins. Depuis l'automne 2011, ces deux services (AIMEA et DMPC) ont permis d'évaluer et de mettre en pratique une nouvelle forme de soins proactifs qui va à la rencontre du patient dans son milieu naturel, dans son chaos, là où se vit la souffrance au quotidien. L'idée est de procéder à un premier « débroussaillage » des zones marécageuses et d'établir une relation dans un lieu connu et rassurant. Cette étape permet de prendre le temps d'accueillir, de contenir quelques éléments archaïques, voire de les transformer (pour reprendre les termes de Bion, éléments bêta à transformer en éléments alpha [1]) de manière régulière et soutenue. Notre présence attentive, notre préoccupation, notre considération, notre capacité de

« rêverie » auprès de ces patients les aident à construire et développer leur propre « boîte à penser les pensées », donc à augmenter leur fonction contenant. Ce processus de soin engendre déjà un apaisement conséquent de la détresse psychique.

Concrètement, il semble moins menaçant pour un jeune d'accueillir un soignant et de le rencontrer en terrain connu, de le laisser venir à soi que de se rendre en consultation. Pour ma part, le fait d'être infirmière est un réel avantage. Je suis peu perçue comme une figure d'autorité : je ne prescris pas de médicaments, ni d'hospitalisation sous contrainte, en revanche, je suis là. Cette possibilité de présence saute aux yeux dès les premières interventions et devient le levier principal d'entrée dans le soin. Ces jeunes en souffrance ont besoin d'expérimenter le lien, la fiabilité de l'adulte, un contenant où déverser ce qui déborde constamment pour le rendre « supportable » (transformation), grâce à une préoccupation bienveillante. Cette première expérience permet de prendre conscience des difficultés, mais aussi des possibilités d'aide, ce qui peut les amener à formuler une demande propre.

## UNE CLINIQUE DU LIEN

Une grande partie des difficultés peut être rattachée aux liens. En effet, ces adolescents s'attachent souvent à l'intervenant, leur souffrance résultant principalement de ruptures relationnelles significatives. Il faut alors trouver le bon espace-temps pour la rencontre et l'insérer dans un cadre qui offre la sécurité nécessaire à l'établissement d'un lien significatif et à la prévention des ruptures dommageables. Ce cadre demande du temps, parfois à moyen voire à long terme, car ces jeunes ont besoin de soins avant d'entreprendre toute autre forme de thérapie. L'objectif de les amener à consulter rapidement s'est révélé ainsi illusoire et nos prestations de soins tendent plutôt à s'installer dans une durée plus longue, nécessaire préalable à une psychothérapie lorsqu'elle est indiquée.

À ce stade, le jeune n'est pas encore un patient (dans le sens où il n'exprime pas de demande d'aide), mais ces prises en charge visent à l'amener à le devenir par son propre cheminement et à l'accompagner dans cette demande. Dans le meilleur des cas, ce travail s'effectue en quelques entretiens, mais il peut parfois prendre des mois dans des situations complexes. Mon expérience me montre que ce chemin est primordial, voire inévitable, mais payant.

## ELLIE

Ellie, une jeune fille de 14 ans, vit chez ses parents. Une demande d'intervention en sa faveur m'est adressée par l'équipe de l'Unité hospitalière pédopsychiatrique (UHPP). Ce service, à l'issue d'un entretien préliminaire en sa présence, avait prévu une hospitalisation que la jeune fille a finalement refusée au dernier moment. Elle a mis beaucoup de force et d'énergie dans ce refus (elle était accrochée à son lit chez elle et hurlait) et ses parents, désespérés, ont contacté l'hôpital pour prendre conseil. Le médecin responsable a alors décidé qu'il était préférable de ne pas la contraindre, compte tenu de sa détresse au moment de la séparation. Il suppose qu'il existe des enkystements autistiques, donc des relations et des identifications adhésives, et que cette déchirure ne lui permettrait pas de profiter de l'hospitalisation. Cette séparation doit donc préalablement être travaillée et pensée. C'est pourquoi ce médecin a jugé plus bénéfique de faire appel à l'équipe mobile (DMPC) pour une intervention à domicile.

• L'objectif premier est donc de rencontrer Ellie, décrite comme une jeune fille mutique, difficile d'accès et qui refuse toute relation thérapeutique. Lors des entretiens familiaux, Ellie ne parle jamais. Elle n'avait d'ailleurs pas dit un mot lors de l'entretien de pré-admission à l'UHPP, ne répondant pas aux questions, se tournant vers sa mère en la poussant d'un regard insistant à répondre pour elle. Il faut également évaluer son état psychique et la conduire

Mélanie CHERIX-PARCHET\*,  
Raymond PANCHAUD\*\*

\* Infirmière en pédopsychiatrie,  
\*\* Directeur des soins,  
Fondation de Nant (Suisse).

à accepter l'hospitalisation, compte tenu de l'importance des symptômes. Les parents abondent dans ce sens, tout en affirmant qu'Ellie refusera de parler.

- Ellie présente depuis environ 5 semaines une phobie scolaire accompagnée de somatisations (douleurs abdominales et au sternum). Ces douleurs sont présentes depuis plusieurs années déjà et les phobies scolaires surviennent par intermittence depuis l'âge de 11 ans. Malgré tout, Ellie a plutôt de bons résultats scolaires. Elle se plaint de difficultés relationnelles avec son professeur principal, qu'elle décrit comme dur, parfois vulgaire et qui crie beaucoup. Son agressivité est insupportable pour Ellie, et il lui arrive de pleurer pendant les cours, même si les véhémences du professeur ne sont pas dirigées contre elle.

- Les parents la décrivent également comme une jeune fille triste, et ils pensent qu'elle est déprimée. Elle pleure souvent à la maison.

- L'histoire familiale est marquée par une maladie génétique, diagnostiquée chez le frère aîné d'Ellie alors qu'il avait 7 ans (il en a maintenant 17) et Ellie 4. Les examens qui ont fait suite à ce diagnostic ont révélé que la mère est porteuse saine de cette maladie, qui se traduit chez ce frère par un retard mental léger, des difficultés d'apprentissage, une myotomie avec une fatigabilité importante et des troubles du comportement. Ce frère est en classe spécialisée. Il a été hospitalisé à l'UHPP il y a deux ans environ.

Selon les parents, le mal-être et les troubles d'Ellie viennent du fait qu'elle est potentiellement porteuse de ce gène mais qu'elle ne le sait pas et refuse de le savoir. Ils estiment que leur fille ne peut pas rester dans le doute car cela entraîne trop d'angoisses. Ils décrivent également une loyauté d'Ellie envers son frère qui la bloque dans bon nombre d'activités. Elle commence parfois quelque chose puis s'arrête au moment où elle dépasse son frère, ou si celui-ci lui reproche de réussir là où il ne le peut pas.

C'est donc dans ce contexte que je rencontre Ellie, à domicile, imaginant prendre du temps avec elle, dans une présence bienveillante, pour créer un lien et établir une relation.

### PREMIÈRE RENCONTRE

Lors de ma première visite à domicile, je suis accueillie par la mère, le frère aîné (qui a refusé d'aller à l'école pour voir qui

vient rencontrer sa sœur) et Ellie. Ils vivent dans une grande maison vigneronne qu'ils partagent avec les grands-parents et la marraine d'Ellie. La mère m'accueille, Ellie me scrute du regard avec un petit sourire timide mais sans ouvrir la bouche. Je ne peux m'empêcher de me dire que la rencontre risque d'être longue et bien compliquée. Comment vais-je m'y prendre ?

La maman me demande si je veux m'installer dans la chambre d'Ellie, et si sa présence est requise. Je propose alors de rencontrer Ellie seule dans sa chambre, si elles sont d'accord. La mère me dit qu'elle préfère car sinon elle devra parler pour sa fille. Ellie accepte à demi-mot et me conduit dans sa chambre.

- J'entre dans une chambre d'adolescente immense, très haute de plafond, avec deux grandes fenêtres devant lesquelles trônent deux fauteuils anciens installés face à face. Ellie a un piano et plusieurs posters de chanteurs ornent les murs. Tout est coloré, vivant et de bon goût. Devant mon admiration pour ce lieu, Ellie me raconte alors spontanément l'histoire de la maison, leur déménagement six mois auparavant, le choix de la chambre entre son frère et elle. Je suis déjà en relation avec elle. Nous faisons le tour des affiches et elle me parle de sa passion pour la musique et de chant. Elle fait partie de la chorale du collège et me confie que le chant est son meilleur moyen d'expression. Cela lui fait du bien, car elle a alors l'impression de pouvoir sortir tout ce qui bouillonne en elle, tout ce qui est de trop. Lorsqu'elle me propose de m'asseoir sur l'un des fauteuils (qu'elle a installé la veille pour m'accueillir), cela fait déjà vingt minutes que nous sommes ensemble, et je n'ai pas vu le temps passer. Elle est souriante, enthousiaste, je la sens en confiance. Ellie est dans la narration de son histoire familiale et personnelle. Rien à voir avec la jeune fille mutique et en détresse que je m'attendais à rencontrer...

- Après 45 minutes de discussion riche d'échanges, je lui demande ce qu'elle pense et ce qu'elle comprend de mon intervention. Est-elle d'accord pour me rencontrer ? Elle m'explique alors qu'elle a des problèmes depuis quelque temps et n'arrive plus à aller à l'école. Elle évoque ses douleurs, ses troubles du sommeil qui la mettent en difficulté dans la journée. Je lui demande si elle se sent triste, elle répond que non, pas vraiment.

Lorsque je lui dis que ses parents le pensent, elle affirme qu'ils n'ont pas compris, ce n'est pas de la tristesse qu'elle éprouve mais de la peur. Mais elle n'en parle pas avec eux, ni avec personne. Je lui demande si elle imagine pouvoir en parler avec moi, prendre le temps de se rencontrer pour travailler tout cela et réfléchir ensemble au meilleur moyen de l'aider et la soulager. Je précise à ce moment-là le mode d'intervention du DMPC (la durée générale est de 3 à 6 mois). Ellie dit être motivée pour essayer, qu'elle sait avoir besoin d'aide. Elle indique qu'elle ne parle pas à la thérapie familiale et qu'elle ne le fera jamais. Elle relate également des expériences précédentes avec des pédopsychiatres, avec qui elle ne voulait pas non plus s'exprimer. Les données sont posées, le défi avec...

- À notre sortie de sa chambre, je fais un retour succinct à sa mère et propose dans un premier temps de rencontrer Ellie deux fois par semaines.

Manifestement, le fait de rencontrer Ellie dans sa chambre, en lui témoignant de l'intérêt au travers de ses objets personnels, l'a rassurée et lui a permis d'établir un lien nouveau. Le fait d'aller chez elle a probablement été compris comme une attention bienveillante, contrairement à la contrainte de se rendre chez un thérapeute. Cette démarche proactive permet d'approcher, à travers son environnement personnel, son monde interne.

### INSTALLER LA CONFIANCE

Lors des visites suivantes, Ellie m'attend et m'accueille à chaque fois impatiente et souriante. Nous prenons toujours quelques minutes avec sa mère à mon arrivée, puis nous nous rendons dans sa chambre. Elle se déverse beaucoup, parle du quotidien mais aussi de ses difficultés, de ses peurs, de la maladie. Elle exprime qu'elle ne veut pas savoir si elle est porteuse ou non du gène car aucune des réponses ne la satisferait. Elle ne serait pas capable de les gérer ni l'une ni l'autre, par peur, culpabilité et loyauté envers son frère. C'est de cette impasse dont elle voudrait sortir, la question des moyens pour le faire se pose. Nous explorons l'hospitalisation comme possibilité thérapeutique et elle indique clairement son appréhension d'être alors amalgamée à son frère (même lieu, mêmes soignants). Elle signale aussi qu'elle a vu si

souvent sa mère pleurer pendant l'hospitalisation de son frère qu'elle ne veut pas lui faire revivre cela. La question de la culpabilité, qui prend une place énorme,

jeune fille, en pleurs et en grande détresse, refuse de s'y rendre.

Ellie me contacte alors pour me demander de la voir au plus vite, exprimant

soutient le lien qu'Ellie entretient avec moi et propose que je ne mette pas fin à mon intervention dans l'immédiat. L'adolescente, rassurée, apprécie que



**Le succès de cette démarche passe par la présence de l'infirmière dans le lieu de vie du patient. Il s'agit finalement d'une stratégie bien connue des soins infirmiers dans lesquels se mêlent réalité concrète et symbolique. »**

doit également être travaillée. Ellie aborde son besoin de protéger sa mère, ses parents, « *qui endurent déjà beaucoup* ». Elle perçoit la fragilité de sa mère. Elle peut également aborder sa difficulté à s'en séparer.

- Suite à nos rencontres et devant un tableau clinique en nette évolution (retour à l'école, diminution des somatisations) nous proposons à la famille d'abandonner ce projet d'hospitalisation, dans l'immédiat en tout cas.

- Un de mes objectifs reste d'aider Ellie à investir le cadre déjà en place de thérapie familiale et de l'accompagner dans une démarche thérapeutique individuelle. Pour l'adolescente, la thérapie familiale était d'abord conçue comme une guidance pour gérer le quotidien avec son frère. Elle décrit cependant que cet espace a rapidement été utilisé par sa mère comme un déversoir. Elle me confie alors que tout entendre des difficultés de sa mère, de ses doutes et de ses peurs la met en souffrance, elle s'inquiète pour sa mère et ressort de ces rencontres tendue et déprimée.

En accord avec Ellie, nous rencontrons la thérapeute familiale pour un bilan avec la famille dans le but d'aborder ce que la jeune fille peut déposer dans cet espace, ce qu'elle ressent et qui explique ses retenues.

### TEMPS DE CRISE

Pendant cette période, Ellie se rend pour un examen à une consultation chez un spécialiste des maladies génétiques. Ce médecin décèle chez elle des symptômes clairs. Ellie serait porteuse de la maladie génétique et le médecin en informe les parents. La mère d'Ellie le lui révèle quelques jours après, suite à une question de sa part. Quelques heures plus tard, alors que la famille doit se rendre à une séance de thérapie familiale, la

son mal-être et sa peur. Elle est débordée d'émotions très fortes et formule pour la première fois une demande claire d'aide et de soins. Je la rencontre le lendemain, pour répondre à son besoin de contenance, de préoccupation, de soutien et de validation. Elle en est soulagée mais les douleurs ont repris le dessus et il lui est difficile de se rendre à l'école régulièrement. Elle continue à y aller selon un horaire allégé négocié et soutenu par la thérapeute familiale.

### VERS LA THÉRAPIE...

Le fragile contenant parental, aggravé par cette crise, s'avère saturé, incapable de contenir la souffrance d'Ellie. La mère exprime son propre état de détresse et son besoin d'aide, elle ne peut soutenir sa fille et la protéger de sa propre souffrance. Rappelons que pour Bion, tout appareil psychique qui se développe a besoin d'un autre appareil psychique disponible (3). Ellie bénéficie beaucoup à ce moment-là de l'espace individuel qu'elle a construit avec moi, elle peut ainsi évacuer et déposer chez l'autre ce qui déborde. Elle peut alors nommer ses craintes pour son avenir, dire qu'elle se sent mieux armée face au quotidien. Elle s'est approprié le sens de notre relation et en mesure les bénéfices réels.

Sachant que mon mandat est limité dans le temps, nous abordons la possibilité pour Ellie de bénéficier d'une thérapie individuelle. Elle évoque beaucoup de craintes à la perspective de ce changement, confie combien le fait d'être à la maison la rassure.

Nous travaillons alors sur ses besoins et le choix d'un thérapeute. Nous effectuons ensemble une première prise de contact et, même si Ellie reste sur la défensive, elle parvient à tirer profit de cette entrevue et à parler de ses attentes en thérapie individuelle. La psychothérapeute

notre lien soit validé. La coordination entre ce début de thérapie et mon retrait progressif s'effectue finalement par un accompagnement de ma part pour un temps donné aux séances de psychothérapie, ce qui permet à Ellie de s'approprier ce nouveau lieu et ce type de soin.

### SOIN À DOMICILE : ET APRÈS ?

Cette vignette illustre que la construction d'une alliance thérapeutique est parfois plus aisée en milieu naturel et facilite l'« entrée en soin ». Le besoin d'Ellie a pu être satisfait par le soin infirmier, l'accueil et la préoccupation bienveillante. Ici, un lien s'est créé, un apaisement des symptômes a été relevé, une relation thérapeutique positive a été trouvée. Cependant, des questions demeurent sur le cadre de l'intervention du DMPC. Comment poursuivre, dans quelle voie et quel délai ? L'indication d'une psychothérapie se pose en même temps que le moment opportun pour la débiter. Le soin à domicile doit-il s'arrêter ou être concomitant à la psychothérapie ? Les maillons soin et psychothérapie doivent s'harmoniser : un délai trop rapide peut faire échouer l'entrée dans la démarche psychothérapeutique, qui avec ces jeunes ne peut parfois pas se mettre en place sans soins préalables. Il faut s'entendre et une démarche, forcément individualisée, ne peut avoir de temporalité standard. L'issue de cette première intervention soignante vers une psychothérapie n'est pas garantie et n'est peut-être pas systématiquement indiquée d'emblée.

En pédopsychiatrie, les soins sont encore souvent trop orientés aux seules interventions des psychothérapeutes, et le fait de sortir des murs est probablement un préalable nécessaire. Ces interventions dans l'environnement nous donnent un indice sur les besoins de ces adolescents mais aussi des enfants et

des nourrissons que nous pouvons côtoyer chez eux. Retisser la toile de fond de la structure psychique est plus aisé avec l'appui des « *représentants architecturaux* » (3) et permet de retrouver une entièreseté de fonctionnement. Ce travail est souvent plus laborieux, voire impossible, en cabinet. Nous savons, par exemple, que dans les attitudes ou les enkystements autistiques (que l'on retrouve chez bon nombre de nos jeunes patients), l'investissement d'un nouveau lieu est très éprouvant et prend du temps. Y répondre par une approche dans l'environnement naturel est facilitant et dans ce contexte, le soin infirmier se révèle un outil positif et convaincant.

Certains psychanalystes comme A. Ferro (4) et R. Roussillon (5) parlent du besoin de réinventer la psychanalyse et de sortir des cadres habituels. Les soins hors des murs constitueraient-ils une ébauche de réponse ?

### EN CONCLUSION

Manifestement, le succès de la démarche passe par la présence concrète de l'infirmière dans le lieu de vie du patient. Il s'agit finalement d'une stratégie bien connue des soins infirmiers dans lesquels se mêlent réalité concrète et symbolique (6). L'infirmière à domicile est au fond la représentation concrète d'une tentative d'aide, d'une main tendue à l'adolescent en souffrance. Le mouvement d'aller à la rencontre de la souffrance est matérialisé par ce déplacement de l'infirmière.

Un autre aspect primordial et bien connu des soignants est la « *réalité partagée* (7) ». Pour nombre de patients, la relation individuelle est menaçante ou bien ne signifie rien. Il faut donc trouver un autre biais pour les aider à expérimenter positivement cette aventure relationnelle.

L'infirmière Florence Schmitt (8) démontre comment sa présence réelle pendant 6 mois aux mêmes heures dans le service de psychiatrie permet à la jeune Priscilla de nouer un lien, premier pas vers une psychothérapie qui lui a permis de sortir de son cercle infernal d'hospitalisation à répétition.

La présence réelle de l'infirmière octroie alors la possibilité d'expérimenter ce que Winnicott nomme « *l'utilisation de l'objet* (9) », permettant de différencier progressivement ce qui relève du monde interne et de la réalité externe. Le positionnement personnel du soignant est déterminant : être disponible, disposé à recevoir est une attitude qui se travaille et se cultive, c'est « *l'attitude correspondante à celle d'une patience accueillante, une patience en réserve, prête à recevoir n'importe quoi, c'est-à-dire prête à reconnaître sans jugement préconçu la pertinence de tout ce que le patient déverse... (10)* » Au soignant de se donner les moyens de transformer ce qui est accueilli pour aider l'adolescent à se le réapproprier et à apprivoiser son monde interne, et, par la même occasion, un bout de celui des adultes.

1- Bion W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. PUF 2001.

2- Bion W.R. (1982) *Attaque contre les liens*. In *Revue Française de psychanalyse*. PUF.

3- Haag G. (1998). *Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques*. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 30.

4- Ferro A. (2004) *Facteur de maladie et facteur de guérison*. Ed.in Press.

5- Roussillon R. *Le médium malléable*, in *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, PUF, 1991 et *La psychanalyse face aux situations limites et extrêmes de la subjectivation*, conférence à Lausanne 1.11.2008.

6- R. Panchaud & M. Miazza. *L'environnement thérapeutique infirmier : travail du milieu en psychiatrie*, EMC (Elsevier Masson SAS), *Savoirs infirmiers*, 60-705-N-10, 2011.

7- Hochmann J. *Réalité partagée et traitement des psychotiques*, *RFP*, N° 6, Vol 50, Janv 1986, p. 1643-1661.

8- Schmitt, F., Lahti, I., Piha, J. (2008). *Attachment Theory and Schizoaffective Disorder: Does attachment theory offer new resources to the treatment of schizoaffective patients?* *American Journal of Psychotherapy* Vol 62 (1), 35-48 et Schmitt F. Lahti I., Piha J. (2010) *Motherhood and Early Interaction in a Schizoaffective Patient : The Story of a Long-Term Psychotherap*, 64 (1), 73-89.

9- Winnocott D. *L'utilisation de l'objet*, In *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975.

10- Catheline N. Marcelli D. *Ces adolescents qui évitent de penser*, Erès Toulouse, 2011, p. 130.

**Résumé :** Depuis quelque temps, en Suisse, des équipes mobiles en psychiatrie se rendent au domicile des patients. Cette démarche d'aller au-devant des personnes en souffrance psychique vise à leur permettre d'intégrer, à plus ou moins brève échéance, une offre de soin plus classique. Dans ce contexte, les soins infirmiers, avec toutes leurs spécificités, occupent une place particulière. Au travers de l'histoire clinique d'Ellie, une infirmière décrit pas à pas une prise en charge dans ce contexte.

**Mots-clés :** Adolescent – Alliance thérapeutique – Capacité de rêverie – Cas clinique – Équipe mobile – Maladie génétique – Pédiopsychiatrie – Phobie scolaire – Soins infirmiers – Souffrance psychique – Visite à domicile.