



Mémoire de fin d'étude

*Stage Professionnalisant de 528 heures au
Centre Universitaire Provincial de la Clairière à
Bertrix.*

Prise en charge psychologique en thérapies comportementales et cognitives à la suite d'une tentative de suicide collective : hospitalisation sous contrainte, alliance thérapeutique et diagnostic.



Anaïs ZIMMERMANN

MASTER 2 TCC – 2016/2017

Enseignant chercheur référant : Madame Patricia TASSI

Table des matières

Remerciements	2
Rapport de stage	3
I. Introduction	5
1. Présentation de la structure	5
2. Présentation du travail effectué par le psychologue	6
II. Description du travail réalisé	10
1. Travail effectué	10
III. Analyse critique	13
Mémoire	14
I. Introduction	16
II. Cas clinique	19
1. Anamnèse de Mme D, 72 ans.....	21
2. Evaluation du risque suicidaire	24
3. Analyse fonctionnelle de la tentative de suicide de Mme D	25
4. Diagnostics et diagnostics différentiels	27
III. Analyse critique	29
Bibliographie	30

Remerciements

J'aimerais dans un premier temps remercier Madame Patricia TASSI ainsi que toute l'équipe enseignante (Mesdames Fanny REDER, Aurélie FRITSCH, Juliette BORTMANN, Monsieur Lucas BORZA ainsi que tous les intervenants) qui nous ont fourni une formation de grande qualité durant ces deux années de Master.

Merci à Madame Sophie BOURGEOIS de m'avoir accueillie, accompagnée et conseillée tout au long de mon stage au sein de l'hôpital de la Clairière. Merci de la confiance qu'elle m'a accordée en me donnant l'opportunité d'avoir autant d'autonomie dans mon apprentissage.

Merci à Isabelle THOMAS d'avoir accepté que je me greffe à l'animation des différents groupes thérapeutiques et à Sarah BEN JEDIDIA de m'avoir donné l'opportunité de suivre le groupe d'addictologie.

Merci à toute l'équipe de psychologues de m'avoir si bien accueillie.

Enfin, merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant ces années de formation et sans qui tout cela n'aurait pas été possible.



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG



Rapport de stage

*Stage Professionnalisant de 528 heures au Centre
Universitaire Provincial de la Clairière à Bertrix.*



Anaïs ZIMMERMANN
MASTER 2 TCC – 2016/2017

I. Introduction

1. Présentation de la structure

J'ai réalisé mon stage au Centre Universitaire Provincial (CUP) La Clairière à Bertrix en Belgique sous la direction de Madame Sophie BOURGEOIS, psychologue en thérapie comportementale et cognitive travaillant dans cette structure depuis 2008. La Clairière est un hôpital psychiatrique composé de plusieurs pavillons :

- Le pavillon 3 accueillant des enfants et des adolescents en hospitalisation ou en hôpital de jour.
- Le pavillon 4 pour des prises en charge en addictologie (alcoologie et toxicomanie) où sont proposés des suivis individuels ainsi que des groupes thérapeutiques.
- Le pavillon 5 pour les personnes insérées socio professionnellement ayant besoin d'un temps de récupération de quelques semaines, avec une prise en charge de groupe et individuelle.
- Le pavillon 6 accueillant des personnes souffrant de pathologies chroniques nécessitant une hospitalisation de moyen à long terme.
- Le pavillon 7, composé d'une aile de défense sociale avec des patients ayant commis des délits et souffrant d'une pathologie psychiatrique (démence, retard mental...) abolissant durablement leurs capacités de discernement, ainsi que d'une aile de psychiatrie aigue accueillant des patients pour une hospitalisation de courte à moyenne durée dans l'objectif d'une gestion de la crise et une stabilisation.
- L'hôpital de jour qui accueille des patients présentant des symptômes psychiatriques relativement stabilisés mais nécessitant encore un encadrement ambulatoire et étant motivés à la prise en charge proposée durant la journée (présence effective de 7h30 journalière). L'objectif de l'hôpital de jour est de fournir un lieu de stabilisation et de prévention de la rechute aux patients, et d'être une structure favorisant la réinsertion sociale.

J'ai effectué mon stage à mi-temps à l'hôpital de jour où j'ai participé aux différents groupes thérapeutiques et ai effectué quelques suivis individuels, ainsi qu'au pavillon 7 où j'ai eu l'opportunité de faire des suivis individuels. J'ai également suivi le groupe addiction proposé par le pavillon 4.

2. Présentation du travail effectué par le psychologue

a. L'hôpital de jour

L'hôpital de jour accueille des patients stabilisés et leur propose différentes activités et groupes thérapeutiques durant la journée. Chaque patient y est présent selon une fréquence allant d'une journée tous les quinze jours à chaque jour de la semaine en fonction de ses besoins personnels. Une préadmission est nécessaire à l'entrée dans l'hôpital de jour. Lors de celle-ci sont explorés : le motif d'admission, les antécédents médicaux et psychologiques pertinents, l'évolution du patient et de son trouble, les symptômes et problèmes actuels, le traitement actuel ainsi que le projet et les objectifs de l'hospitalisation de journée. Dès lors que le patient est admis, une période d'essai est déterminée, avec un bilan à l'issue de celle-ci et la décision de continuer ou de mettre un terme à l'hospitalisation.

Chaque patient venant à l'hôpital de jour a l'opportunité de suivre différentes activités proposées quotidiennement par les infirmières, les éducatrices et les psychologues. On retrouve notamment des ateliers bricolage, carton, menuiserie, cuisine ainsi qu'un groupe thérapeutique par jour. Un suivi psychologique individuel est possible en cas de demande d'aide temporaire mais les suivis thérapeutiques au long cours se font en externe à cause d'un manque de personnels psychologues (deux mi-temps pour une présence de plusieurs dizaines de patients journalière). Les différents groupes thérapeutiques sont proposés et co-animés par deux psychologues.

- **Groupe Dédale**

Dédale est un groupe de résolution de problème, construit sur la base de différents supports selon les séances.

- Support auditif avec des chansons traitant d'un thème spécifique. La chanson est écoutée en groupe, avec un support papier retranscrivant les paroles. A la fin de l'écoute, chacun est invité à analyser les paroles, à faire part de ce que celles-ci exposent comme problème et de quelle manière celui-ci peut avoir une résonance avec l'histoire propre de chacun. Sont ensuite analysées les différentes étapes de la chanson, avec la manière dont ce problème peut être, ou non, solutionné. La discussion continue sur les autres manières de résoudre le problème auxquelles chaque patient peut penser.

- Support écrit avec des cartons « situations », « pensées » et « émotions » sur lesquels les patients peuvent s'appuyer, chacun pour soi, afin d'exprimer un problème qu'ils rencontrent. Les patients sont ensuite invités à faire part de leur problème au groupe. La première étape sera alors de définir concrètement quel est le problème : depuis quand il est présent, dans quelles situations il se manifeste, quelles sont les personnes impliquées, que se passe-t-il au niveau des pensées, des émotions et comportements, les conséquences que cela entraîne, ainsi que les solutions déjà mises en place et leur efficacité. Dans un deuxième temps, les différents points sont discutés afin de trouver une ou plusieurs solutions qui pourront être testées par le patient afin d'essayer de résoudre la situation problématique.

- Support imagé « bloc cards » où chaque patient est dans un premier temps invité à choisir une carte représentant un problème qu'il rencontre et qui induit une émotion négative chez lui. Un moment est ensuite pris pour que chacun puisse se plonger pleinement dans son émotion, tout en prêtant attention à ses ressentis corporels, ses émotions et ses pensées. Chaque patient peut alors partager au groupe la carte choisie, le problème auquel celle-ci fait référence et ce qu'il peut ressentir et penser par rapport à cette situation. Cette séance permet d'exposer le problème de manière concrète et d'en explorer les différents affects et cognitions.

- **Question à mon psy**

« Question à mon psy » est un groupe de psychoéducation sur un thème défini chaque semaine. Ainsi, une courte problématique est abordée et expliquée en début de séance, puis des exercices pratiques sont proposés, à faire au cours de la séance et chez soi par la suite. Les différentes thématiques abordées au cours de mon stage ont été les suivantes : la procrastination, l'activation comportementale, le perfectionnisme et le lâcher prise, les émotions (joie, peur, tristesse et colère), l'alimentation, le sommeil, les valeurs, les distorsions cognitives et les qualités.

- **Melting Pot**

Ce groupe se centre sur la reconnaissance et l'expression émotionnelle. Plusieurs supports différents sont utilisés dans ce cadre-là.

Premièrement, l'utilisation d'extraits de films qui sont ensuite analysés sur le plan émotionnel : comment reconnaît-on les émotions des différents personnages (intonation de la

voix, posture, gestuelle, expression faciale etc.), que peut-on imaginer qu'ils ressentent ou pensent lors des différentes situations exposées.

Des clips sans son sont également proposés dans le but d'apprendre à décrypter les émotions sans support auditif afin d'apprendre à observer ce qui se passe au-delà de la parole. Le clip est ainsi visionné une première fois sans son puis décortiqué en groupe, sur la base des émotions repérées. Le clip est ensuite visionné une seconde fois, avec le son cette fois-ci, ce qui permet de relier la parole au non-verbal.

Enfin, le jeu « comedy story » est proposé afin de développer à la fois la reconnaissance et l'expression émotionnelle. Le principe du jeu est le suivant : un joueur tire au sort six cartons « émotions » qu'il dispose sur le plateau de jeu. Il lance ensuite le dé, de façon à ce qu'il soit le seul à en voir le résultat. Le numéro affiché lui donnera l'émotion qu'il devra transmettre. Les autres joueurs proposent alors une phrase au premier participant, qu'il devra répéter en exprimant l'émotion suggérée par le dé. Les autres joueurs doivent reconnaître laquelle, parmi les six émotions exposées sur le plateau de jeu, le premier joueur vient d'exprimer. Les réponses des participants sont ensuite analysées : sur quels éléments se sont-ils basés pour donner leurs réponses, comment se traduit l'émotion d'un point de vue corporel, facial et de l'intonation de la voix...

- **Dépression... et après**

Ce groupe est proposé une semaine sur deux et est composé de deux modules. Un premier module de pleine conscience (auquel je n'ai pas assisté) et un second à visée psychoéducatrice et thérapeutique. Au sein de ce second module, différentes thématiques sont abordées, en lien avec la dépression, avec comme but de transmettre de l'information aux patients et de leur permettre d'appliquer différentes astuces dans leur vie quotidienne. Les thématiques abordées au cours de mon stage ont été les suivantes : les objectifs SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis), posture vs humeur, le sommeil, visionnage du film *oui mais*, le triangle dramatique et l'estime de soi.

- **Remue-méninge**

Ce groupe repose sur un versant plus ludique et propose différents jeux permettant de ré-entraîner les capacités cognitives des patients. Les différents jeux proposés sont le petit bac, unanimo (à partir d'un thème, trouver huit mots qui selon nous renvoient de la manière la plus

générale possible à ce thème), le jungle speed (inhibition et flexibilité mentale), différents quizz (culture générale simple, retrouver des mots parmi des syllabes mélangées...).

Ces différents groupes sont proposés à chaque patient, avec une participation volontaire de chacun sur une durée d'une heure. Il est important de pouvoir s'adapter aux capacités de chacun et de prendre conscience des limites cognitives qui sont souvent présentes.

b. Le pavillon 7

Le pavillon 7 accueille des patients dits aigus, c'est-à-dire qui sont en grande souffrance et nécessitent une hospitalisation urgente dans un pavillon fermé, notamment à cause d'un risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. Y sont par exemple accueillis des patients ayant fait une tentative de suicide, des personnes étant en phase maniaque ou en dépression sévère, faisant une décompensation psychotique... Ces hospitalisations se font soit de manière volontaire à la demande du patient, soit à la demande d'un tiers et contre l'avis du patient, ce qui constitue alors une mise en observation (MEO). Les critères de MEO sont les suivants : patient souffrant d'un trouble psychiatrique, étant un danger pour lui-même ou pour les autres et refusant toute hospitalisation.

Cette unité dispose de trente lits, dont quinze destinés plus particulièrement aux patients de défense sociale, ainsi que de deux chambres d'isolement. Lors de l'entrée d'un patient, celui-ci est reçu par l'équipe soignante (infirmières et médecin) afin de faire une courte anamnèse d'admission. Au cours de son séjour, le patient sera entouré par une équipe composée d'infirmières, d'éducateurs, de médecins et de psychologues. Le suivi thérapeutique est individuel et quelques activités occupationnelles sont proposées au cours de la semaine.

c. Groupe addiction au pavillon 4

J'ai pu suivre un cycle du groupe proposé aux patients souffrants d'une addiction à une substance et étant en phase de sevrage puis de maintien de l'abstinence. Ce groupe est composé d'une première partie à visée psychoéducatrice où les thèmes suivants sont abordés : qu'est-ce qu'une dépendance, les causes et les conséquences de la dépendance, la balance décisionnelle. S'en suit alors une phase de prévention de la rechute avec des séances centrées

sur : apprendre à refuser la substance, combattre ses pensées dangereuses, la communication non violente et la création d'une carte d'urgence.

II. Description du travail réalisé

1. Travail effectué

a. Réunions

J'ai assisté aux différentes réunions médicales qui se déroulent à raison de trois fois par semaine. Au moins un représentant (médecin ou psychologue) de chaque pavillon y est présent afin de discuter des capacités occupationnelles de chaque pavillon, de faits notables qui se sont déroulés (mise en isolement, problème particulier avec un patient) et de favoriser les transferts intra-pavillonnaires de différents patients.

La réunion de staff du pavillon 7 qui a lieu une fois par semaine regroupe les médecins, les psychologues, l'assistante sociale et une infirmière du pavillon afin de discuter de chaque patient : mise au point du traitement, problèmes rencontrés, objectifs et projets envisagés.

La réunion de quatuor permet quant à elle de regrouper médecin, infirmière en chef, psychologues et assistante sociale afin de discuter de l'organisation pavillonnaire, du règlement à appliquer, ainsi que des difficultés rencontrées au sein de l'équipe.

b. Les groupes thérapeutiques

J'ai eu l'opportunité de suivre, en tant qu'observatrice dans un premier temps, puis co-animatrice ou animatrice dans un second temps, tous les groupes proposés à l'hôpital de jour.

Lors du groupe « Dédale » (résolution de problème), il a été difficile pour moi de mener une résolution d'un problème exposé par un patient au sein du groupe. En effet, je me suis sentie mal à l'aise d'explorer une problématique individuelle devant d'autres patients, ce qui m'a parfois empêchée de rebondir de manière spontanée sur une problématique. Dès lors que le problème était clairement défini, il m'était plus simple de pouvoir envisager des solutions avec les patients.

Dans le cadre du groupe « Question à mon psy » (psychoéducation) j'ai pu construire et animer les séances sur l'activation comportementale, le perfectionnisme et le lâcher prise,

l'alimentation, le sommeil, les distorsions cognitives et les qualités (documents disponibles dans les annexes 1 à 7). Ces groupes ont été pour moi les plus faciles à animer car je disposais à l'avance d'une trame de séance que j'avais construite moi-même. Je savais ainsi ce que je voulais transmettre et comment j'envisageais de présenter les différents exercices proposés. Lors de ce groupe, il était important de maintenir un juste milieu entre l'expression individuelle de chacun et le déroulement global de la séance, afin de permettre une fluidité dans les différents temps de parole. Là encore, lors de la construction des différents groupes, il a été important d'anticiper les capacités de compréhension de la population de patients présents en séance afin de proposer des exercices simples et réalisables pour eux.

Lors du groupe « dépression... et après », j'ai pu créer et animer la séance sur l'estime de soi (annexe 8). Le déroulement de cette séance suit le même fonctionnement que le groupe « question à mon psy ».

J'ai eu l'opportunité de présenter plusieurs séances de « Melting Pot » (repérage émotionnel) ayant comme support des extraits de séries télévisées (références disponibles en annexe 9). Dans le but de construire ces séances, il est important de sélectionner des extraits riches en émotions et qui sont surtout repérables au niveau non-verbal. Au cours de ces séances, la principale difficulté est de recadrer les patients sur le contenu émotionnel des extraits et de bien centrer la discussion autour des indices qui permettent de repérer les différentes émotions exprimées par les personnages. Lorsqu'une émotion était repérée, il était important d'en appréhender les différentes intensités (par exemple si l'émotion reconnue est la peur, essayer d'en affiner le degré : craintif, anxieux, paniqué, terrorisé...). J'ai pu remarquer que les patients présents lors de ce groupe avaient de grandes difficultés à repérer les émotions chez autrui, même lorsqu'ils étaient spécifiquement centrés sur le repérage de celles-ci. De plus, il était important, lors du temps de discussion, de bien préciser et montrer les expressions émotionnelles qui se sont jouées.

Au sein du groupe de « remue-méninge », j'ai pu créer et animer des séances de jeu. Le but ici était de trouver des jeux pouvant stimuler les capacités intellectuelles des patients tout en restant dans un rapport ludique. Une fois les séances créées, il était assez simple de les mettre en œuvre, les patients étant motivés à participer. Le challenge était de réussir à observer les capacités et points faibles de chacun tout en gardant une bonne dynamique de séance. De plus, il était parfois nécessaire de bien recadrer les patients par rapport au respect des règles du jeu lorsque ceux-ci souhaitaient absolument gagner la partie.

Pour finir, j'ai eu l'opportunité d'animer une séance du groupe addiction au pavillon 4, sur le thème de « qu'est-ce que la dépendance ». La dynamique de groupe est très différente de

celle de l'hôpital de jour notamment car les capacités cognitives des patients sont meilleures et d'autre part car c'est un groupe ciblé sur leur pathologie.

c. Les suivis individuels

J'ai pu suivre en entretien individuel plusieurs des patients hospitalisés au pavillon 7. La durée des entretiens varie entre vingt minutes et une heure selon la pathologie rencontrée, l'état attentionnel du patient et sa demande. La prise en charge thérapeutique dans ce pavillon est particulière puisqu'elle se fait dans un contexte d'urgence. En effet, lorsque les patients arrivent, ils sont en grande détresse émotionnelle (dépression majeure, tentative de suicide) et souffrent souvent de symptômes psychiatriques sévères (délires, hallucinations, phase maniaque par exemple). Il est alors vital de s'adapter à ce que le patient apporte et de ne pas vouloir avancer trop vite dans la recherche d'informations ou la prise en charge thérapeutique. Pour la majeure partie des personnes hospitalisées un long historique psychiatrique est déjà présent, ce qui permet d'avoir des informations préalables aidants à la recherche diagnostique.

La seconde difficulté vis-à-vis de la prise en charge de ces patients est que beaucoup d'entre eux se retrouvent hospitalisés sous contrainte et ne sont donc pas forcément en demande d'aide, voire même réfractaires à cette idée. Il est alors important de réussir à construire une alliance thérapeutique malgré la contrainte de soin qui est la leur afin de pouvoir assurer un accompagnement psychologique le plus bénéfique possible.

J'ai pu dans ce cadre-là recevoir en entretien des patients présentant des souffrances et pathologies diverses : sevrage difficile avec idéations suicidaires, troubles de la personnalité, dépression sévère, décompensation psychotique, impulsivité et agressivité par exemple.

d. La passation de tests psychométriques, psychologiques et la rédaction de rapports

J'ai eu la chance de pouvoir découvrir et pratiquer la passation de plusieurs tests. J'ai notamment pu évaluer le quotient intellectuel (QI) à travers la WAIS-IV, faire différents tests neuropsychologiques (empan, RLS-15, Stroop, Trail Making test, Buschke-48, d2) et questionnaires psychologiques (questionnaire des schémas de Young, Rorschach selon la cotation de Exner). Le challenge principal réside ici dans la rédaction du rapport pour que celui-ci soit à la fois professionnel et compréhensible pour le patient, ainsi que dans la restitution orale de celui-ci à des patients qui n'ont pas toujours conscience de, ou n'acceptent

pas, leurs difficultés. J'ai également eu l'occasion d'imaginer et de proposer des exercices de rééducation des fonctions exécutives (annexe 10).

III. Analyse critique

Ce stage m'a donné l'opportunité d'apprendre énormément de choses sur la prise en charge des patients en psychiatrie. J'ai ressenti beaucoup d'appréhension à l'idée de me retrouver confrontée à un milieu nouveau pour moi, avec des patients souffrant de pathologies lourdes dont je ne connaissais que l'aspect théorique. Cependant, j'ai choisi ce stage car il était important pour moi de découvrir le milieu hospitalier et de pouvoir apprendre à accompagner des patients se trouvant dans des situations difficiles.

Le point positif de l'hôpital de jour est le nombre d'activités diverses proposées. Par rapport aux groupes thérapeutiques proposés, ceux-ci abordent différents aspects qui se complètent (psychoéducation, résolution de problème, émotions, activation comportementale, bien-être). La difficulté étant d'adapter les groupes à des patients ayant des pathologies très différentes ainsi que des capacités de compréhension et réflexive très inégales. De plus, le fait que la participation aux groupes soit ouverte renforce encore ces écarts puisque certains patients suivent tous les groupes de la semaine tandis que d'autres viennent de façon plus irrégulière à un même groupe ou ne sont pas là chaque jour de la semaine. Ainsi, chaque thématique se doit d'être indépendante des autres afin que tout le monde puisse suivre sans avoir assisté aux séances précédentes. Cela demande également de pouvoir fournir de semaines en semaines de nouveaux supports (notamment pour la psychoéducation) puisque les séances ne reposent pas sur un système de cycle qui recommencerait au fil du temps. Il est également important de réussir à trouver un juste milieu entre la répartition du temps de parole de chacun et de l'envie de participer des différents patients. Il faut en effet veiller à ce que tout le monde puisse s'exprimer et participer activement au groupe tout en respectant les limites de chacun (qu'elles soient dans les capacités de compréhension, d'expression ou dues à une certaine timidité).

J'ai trouvé plus difficile de co-animer des groupes où l'expression est plus libre (dédale notamment) car je ne connaissais pas forcément les patients au préalable et n'avait donc pas toujours des informations quant à leur(s) pathologie(s). Ainsi, j'avais peur d'être maladroite dans mes questions, ce qui m'a freinée dans ma spontanéité. Au début, il m'était également

difficile de trouver ma place au sein de la dynamique déjà bien établie entre les deux psychologues animant le groupe, même si elles ont encouragé ma participation.

Par rapport aux suivis individuels au sein du pavillon 7, j'ai été confrontée à la réalité pratique de la prise en charge particulière dans cet environnement par rapport à mes connaissances théoriques. En effet, la prise en charge d'urgence en psychiatrie aigue demande une adaptation particulière vis-à-vis du patient. Il est important d'évaluer les différents risques de passage à l'acte (suicidaire, auto ou hétéro-agressif) et de pouvoir apporter un soutien thérapeutique rapide. J'ai souvent été confrontée à des histoires de vie très difficiles, avec une arrivée dans le service du patient dans un état précaire.

J'ai parfois dû apprendre à passer outre un sentiment d'impuissance face à des patients présentant des pathologies multiples, lourdes, et n'étant pas toujours en demande d'aide. De plus, il m'a fallu apprendre à accepter de me retrouver en situation d'échec et de ne pas avoir des attentes trop élevées quant à l'implication et aux capacités des patients. Une grande frustration pour moi a été le fait que la plupart des suivis que j'ai eu ont été très courts au sein de ce pavillon, de l'ordre de trois à quatre semaines, car lorsque le patient est stabilisé il est soit transféré dans un autre pavillon, soit il retourne à son domicile.

Au niveau de l'institution dans sa globalité et du fonctionnement professionnel plus spécifique des différents pavillons j'ai ressenti un certain clivage entre les différents membres de l'équipe. En effet, j'ai débuté mon stage dans une période de changement organisationnel avec des remaniements d'équipes et cela s'est ressenti tout au long de mon stage, notamment au niveau de la communication entre les infirmières, les psychologues et les médecins. Ces tensions ont parfois pris une ampleur importante, au détriment d'échanges qui auraient pu être centrées sur la prise en charge des patients. J'ai trouvé difficile de prendre ma place en tant que stagiaire psychologue dans ce climat-là, n'osant pas toujours apporter mon point de vue lors des différentes réunions.

En conclusion, je tire une expérience très positive de ce stage qui a été très riche en apprentissages. J'ai en effet eu l'opportunité de pratiquer à la fois des entretiens individuels et de créer et co-animer des groupes thérapeutiques différents, dans un milieu auquel je n'avais jamais été confronté. J'ai été très bien entourée et conseillée par ma maitre de stage et par l'équipe de psychologues dans son ensemble, qui étaient toujours prêts à répondre à mes questions.



UNIVERSITÉ DE STRASBOURG



Mémoire

*Prise en charge psychologique en thérapies
comportementales et cognitives à la suite d'une
tentative de suicide collective*



Anaïs ZIMMERMANN
MASTER 2 TCC – 2016/2017

I. Introduction

Le suicide est un problème sociétal important comme le souligne l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Enfin l'OMS recense près d'un million de personnes se donnant la mort chaque année (1), ce qui représente environ une mort par suicide toutes les 40 secondes (2). En Belgique, on comptait notamment 13.7 suicides pour 100 000 habitants en 2013, dont 168 étaient des femmes âgées de 55 à 74 ans (3). Parallèlement, la prévalence d'idéation, de plan et de passage à l'acte suicidaire au cours de la vie d'un individu est estimée à 9.2%. Parmi les personnes ayant des idéations suicidaires, la probabilité de passage à l'acte est de 29% ; cette statistique augmente jusqu'à 56% chez les individus ayant un plan suicidaire (4). Enfin, les récurrences après une première tentative de suicide sont nombreuses. En effet, d'après une étude menée en 2008, 17% des personnes ayant tenté de se donner la mort réitéreront leur geste au cours de l'année suivante, pour certaines plus de trois fois (5).

Ces chiffres soulignent ainsi l'importance du phénomène mais aussi la nécessité de faire une évaluation complète des intentions suicidaires de nos patients et de proposer une prise en charge appropriée après une première tentative de suicide. Il est dès lors intéressant de se poser plusieurs questions : quels sont les facteurs de risques de passage à l'acte suicidaire, comment évaluer l'imminence de celui-ci et quelle prise en charge proposer après une tentative de suicide ?

Toutefois, avant de tenter d'apporter une réponse à ces questions, nous allons nous attarder à la définition de ces différents concepts afin de mieux en appréhender les symptômes psychologiques. Le terme de « conduites suicidaires » peut se décliner en trois catégories distinctes : l'idéation suicidaire, la tentative de suicide et le suicide. On parlera d'idée suicidaire lorsqu'une personne pense à se tuer, de manière plus ou moins élaborée. La tentative de suicide est quant à elle définie comme « des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort » (6). Celle-ci peut prendre plusieurs degrés d'intensité allant des tentatives mineures (par exemple prise de médicaments en faible quantité) à des tentatives graves (s'immoler par exemple). Enfin, le suicide peut se définir comme une mort causée par soi-même avec l'intention précise de mourir (6). Ces définitions ne suffisent toutefois pas à évaluer les conduites suicidaires de manière fine. Pour ce faire, Silvermann et al. (7) (8) proposent une nomenclature des conduites suicidaires dégageant deux axes principaux :

- *le risque de blessure et/ou de mort* qui se décline en deux temporalités (immédiate ou à distance) et selon trois degrés de conséquences (sans blessure, avec blessure ou mortel) ;
- *l'intention suicidaire*

L'intention suicidaire plus complexe à définir. Toutefois, Silvermann et al. (7) proposent les critères suivants afin d'en déterminer la présence : un désir ou un souhait conscient d'en finir avec la vie, la connaissance du risque associé au geste suicidaire, une idée des moyens et méthodes disponibles pour arriver au but espéré et une certaine connaissance de la manière d'utiliser ces méthodes. Même s'il est souvent délicat d'évaluer une intention claire de l'individu sur le moment, on peut tenter d'en évaluer la présence selon trois degrés : intention suicidaire nette, incertaine ou absente. De plus, on peut affiner cette recherche en sein de plusieurs catégories : les idéations (« je pense au suicide »), les communications (qui peuvent prendre la forme de menace de type : « je vais me tuer si... ») et les comportements suicidaires. Nous pouvons, dès lors, faire la distinction entre la menace vague d'un passage à l'acte dans un futur incertain et une menace directe avec un risque imminent et spécifique de passage à l'acte. Enfin, il est possible d'évaluer la menace suicidaire en en déterminant la valeur temporelle, la fréquence et durée d'apparition, l'intentionnalité de passage à l'acte et la dimension létale de la menace (7). On notera qu'il est généralement admis que la probabilité de survenue d'une tentative de suicide devient alarmante dès lors qu'une menace évolue en comportements concrets (comportements auto-dommageables, préparation du plan suicidaire...) même si les premiers signes d'idéation suicidaire ne doivent pas être ignorés.

Cette nomenclature propose une base sur laquelle évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire d'un individu avec la notion d'intentionnalité de la mort qui est centrale, que celle-ci soit reflétée par idéations, communications ou comportements suicidaires.

Les conduites suicidaires, comme nous avons pu le démontrer précédemment, sont un processus complexe qui suit une certaine évolution. Dès lors, il est intéressant d'étudier les facteurs pouvant entrer en jeu dans l'évolution de la construction du passage à l'acte suicidaire d'un individu. C'est ce que mettent en lumière les études ci-dessous.

Dans un premier temps, de nombreuses études se sont intéressées à la part de vulnérabilités génétiques qui pourraient conduire au suicide. Leurs résultats suggèrent un lien important entre ces vulnérabilités et les réactions ultérieures aux événements stressants. Dès lors, il paraît approprié de baser notre réflexion sur un modèle de « stress et vulnérabilité ». Ensuite, il a été clairement prouvé que le suicide d'un individu provoque des répercussions auprès des membres de sa famille, avec une probabilité plus importante de passage à l'acte

suicidaire après un décès par suicide dans la famille (9). De plus, des études sur des jumeaux montrent que le risque de suicide chez le jumeau en vie est plus important après que l'autre se soit donné la mort, même après avoir contrôlé d'autres variables (pathologies psychiatriques, abus...) (10). Ces résultats suggèrent qu'une part de génétique entre en jeu dans l'apparition de conduites suicidaires. Mann et Currier (11) se sont quant à eux intéressés aux systèmes neurobiologiques impliqués dans les comportements suicidaires. Ils ont montré que les systèmes noradrénergique, sérotoninergique et l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénal (plus communément appelé axe de stress) présentent un fonctionnement anormal chez des individus présentant des conduites suicidaires. Plus précisément, les patients s'étant suicidés ou ayant fait une tentative de suicide présentent des anomalies dans le circuit de la sérotonine et notamment d'un de ses métabolites. Ce métabolite étant sous contrôle génétique, ce dysfonctionnement est hautement héritable. Dans les faits, cela impacte l'individu en contribuant à l'apparition de traits agressifs et impulsifs, en impactant le processus de prise de décision, ainsi qu'en augmentant le risque de dépression majeure, tous trois étant des facteurs de risque de tentative ou de suicide complété. Une hyperactivité de l'axe du stress est également associée au comportement suicidaire, avec entre autres des dysfonctionnements dans la régulation du cortisol et des répercussions sur le circuit sérotoninergique (12). Ces particularités entraînent des états d'anxiété sévères en réponse à des événements stressants. Enfin, il semblerait qu'il y ait un lien entre certains traits de personnalité du cluster B (impulsivité, agressivité) et le suicide, qui seraient transmis indépendamment d'un autre trouble psychiatrique (de type dépression par exemple) (9).

En parallèle, de nombreux événements de vie dans l'enfance tels que des abus sexuels ou violences physiques, une négligence de la part de la mère, la perte d'un parent ou de fortes tensions familiales ont été associés à des comportements suicidaires. En effet, des abus durant l'enfance favorisent des dysfonctionnements émotionnels et des difficultés d'attachement, augmentant ainsi la probabilité de conduites suicidaires ultérieures (13).

Enfin, des études ont évalué le lien entre les facteurs neurobiologiques et les expériences négatives durant l'enfance. Il en résulte qu'il y aurait une interaction entre les dysfonctionnements des médiateurs sérotoninergiques et les expériences négatives dans l'enfance, augmentant le risque de conduites suicidaires à l'âge adulte (13) (14). De plus, il existerait une relation entre le comportement suicidaire et les expériences d'abus ou de négligence durant l'enfance impliquant l'axe du stress : ce type de traumatisme impacterait de manière irréversible le fonctionnement de l'axe de stress, rendant ainsi l'individu plus vulnérable aux situations stressantes (9,13,15).

L'ensemble de ces études permettent d'établir un lien formel entre les vulnérabilités de l'individu et les événements stressants qui l'entourent par rapport à l'augmentation du risque de conduites suicidaires. Nous allons à présent nous concentrer sur les dits facteurs de risque qui peuvent survenir au cours de la vie. L'un des facteurs les plus importants sont les pathologies psychiatriques au long cours ou actuelles. On peut notamment citer les troubles de l'humeur, la schizophrénie ou l'abus de substance qui peuvent multiplier le risque de suicide par 26 par rapport à la population générale (16). Parmi les pathologies psychiatriques, il me semble particulièrement important ici d'aborder deux points : la dépression et les troubles anxieux. Il a été montré que de nombreux suicides surviennent lors d'un épisode de dépression aiguë. Ce risque est majoré par la prise de substance psychoactive, le sentiment d'impuissance ainsi que la présence de traits de personnalité impulsifs-agressifs (16,17). Sur le long terme, le risque de suicide chez les personnes souffrant de troubles anxieux a été estimé à 3.3% (18). Ce chiffre est moins important que pour d'autres troubles mais il me semble toutefois important d'en tenir compte car de nombreuses personnes relatent de l'anxiété, qui n'est pas toujours prise en compte lors de l'évaluation du risque suicidaire, et ce d'autant plus qu'un lien entre l'axe du stress et les conduites suicidaires a été établi. Enfin, les derniers facteurs de risque à souligner ici sont les événements de vie stressants tels que les pertes (décès, santé, autonomie...) et la douleur chronique. Le décès d'un être cher, d'autant plus lorsqu'il y avait une forme de dépendance à l'autre ou que celui-ci se soit suicidé, augmente de manière importante l'apparition de conduites suicidaires durant la période de deuil, qui est souvent longue et difficile. De même, la perte d'autonomie, notamment lors d'hospitalisations ou due au déclin des capacités lors du vieillissement, peut provoquer des sentiments de désespoir, d'inutilité et de faible estime de soi (1,19). La douleur chronique est quant à elle un facteur d'épuisement et peut entraîner des dépressions sévères. De plus, elle peut faire apparaître un élément particulièrement alarmant : l'absence de peur face à la mort (20).

L'ensemble de ces éléments mettent en lumière la complexité d'appréhension des conduites suicidaires mais aussi la multitude de facteurs de risque qui sont à explorer lors de l'évaluation de l'état suicidaire d'une personne.

II. Cas clinique

Madame D. entre au pavillon 7 de l'hôpital « La Clairière » après un transfert des urgences du centre hospitalier des Ardennes à la suite d'une tentative de suicide collective par

injection d'insuline impliquant madame, son mari et leur fils. Le mari est décédé tandis que la patiente et son fils ont survécu. Madame ne souhaitait pas être transférée en psychiatrie, ne comprend pas pourquoi elle s'y retrouve, d'autant plus que son fils rentrera à la maison lorsqu'il sortira des soins intensifs de l'hôpital. L'équipe infirmière note qu'elle reste en retrait du groupe, n'interpelle que très peu le personnel soignant et que la communication est difficile.

C'est dans ce contexte que je reçois la patiente pour la première fois dans mon bureau. Je me présente et lui explique mon rôle, qui est dans un premier temps de repérer avec elle ce qui l'a amenée à être hospitalisée ici et quelles pourraient être certaines de ses difficultés, pour pouvoir dans un second temps essayer de trouver ensemble des stratégies pour y pallier. Madame se présente de manière fermée et était déjà réticente quant au fait de venir jusque dans le bureau à cause de ses douleurs d'arthrose. Dès le début de l'entretien, elle s'exprimera sur ses douleurs physiques et le fait qu'elle ne comprend pas son hospitalisation, évitant avec soin les éléments qui l'y ont amenée, et ce, malgré mes questions. Désireuse de mettre la patiente à l'aise pour favoriser l'alliance thérapeutique, je prends le choix délibéré de ne pas être trop directive. En effet, je laisse madame s'exprimer sur les éléments qu'elle souhaite aborder pour ne pas favoriser la réactance et l'inciter à revenir en entretien ultérieurement. Je note néanmoins mentalement les éléments importants sur lesquels revenir lors de la prochaine séance. Lorsque je la questionne sur son geste, elle insiste sur le fait qu'elle le regrette et qu'elle veut rentrer chez elle pour retrouver son fils. Elle évite mes questions sur le décours des événements en répondant qu'elle ne s'imaginait pas se retrouver en hôpital psychiatrique, que « si [elle] avait su cela avant, [elle] n'aurait jamais fait ça ». Concernant un possible regret de son geste ou de ses conséquences, elle exprime simplement qu'elle ne réitérera pas sa tentative car elle ne saurait pas se faire d'injection. Il est également difficile d'obtenir des informations sur son ressenti par rapport à la perte de son mari, elle dira simplement « d'autres femmes sont veuves et s'en sortent alors moi aussi ». Voyant que la patiente n'est pas encore prête à élaborer une réflexion autour de ce qui s'est passé, je clôture l'entretien en lui précisant les craintes de l'équipe par rapport à sa santé psychologique et sa mesure de maintien en hôpital. Je lui propose également un suivi pour discuter de ses difficultés et préparer son retour à domicile, ce qu'elle accepte.

Au terme de ce premier entretien je ressens et observe un détachement émotionnel assez marqué, à la fois par rapport au passage à l'acte suicidaire et à la perte de son mari. Madame apparaît calme, s'exprime clairement sur des éléments de sa vie. Bien que la patiente dise ne plus vouloir se suicider, cet apaisement m'apparaît comme un signal d'alarme. En effet, il

arrive d'observer dans le processus suicidaire une phase où la personne semble aller mieux alors qu'elle a pris la décision de mettre fin à ses jours (21). De plus, elle présente plusieurs des facteurs de risque cités précédemment : une première tentative récente, la perte d'un être cher, des douleurs physiques importantes et une perte d'autonomie en étant hospitalisée. Face à tous ces éléments, il me paraît extrêmement important que la patiente reste hospitalisée dans ce pavillon, avec une surveillance particulière quant à l'accès à de potentiels moyens létaux (22). Enfin, ce détachement pourrait également miroiter le déni que l'on retrouve dans les différents stades du deuil. Le fait que madame soit hospitalisée et non chez elle, sans son mari, peut apparaître comme un facteur favorisant l'absence de la réalisation de ce qui s'est passé. Ces différentes pistes de réflexion seront à explorer lors des prochains entretiens.

Les deux séances suivantes seront consacrées à l'anamnèse ainsi qu'à une évaluation plus précise du risque suicidaire de la patiente.

1. Anamnèse de Mme D, 72 ans.

Motif d'hospitalisation : Tentative de suicide collective (patiente, mari et fils) par injection d'insuline. C'est le mari qui a fait les injections : 2 ampoules à chacun. Le mari, diabétique, en est mort. Madame a été inconsciente plusieurs heures. C'est le fils qui a appelé les secours depuis le domicile alors qu'il était lui aussi dans un état comateux. La patiente a été prise en charge par les urgences de l'hôpital général avant d'être transférée au pavillon 7 de « La Clairière ».

Symptômes actuels : Ils sont difficiles à obtenir de prime abord étant donné que la patiente n'exprime pas de plaintes outre cette hospitalisation contre son gré. Toutefois, au fil des séances, plusieurs problématiques apparaissent.

Tendance à se faire du souci et angoisses très importantes : Madame s'imagine toujours qu'il va arriver malheur à ses proches, ce qui l'angoisse beaucoup. Elle s'inquiète constamment pour son fils (ce qu'il fait, comment il va, s'il va retrouver un emploi...) et par rapport à son avenir (problèmes financiers importants, démarches administratives suite au décès de son mari). Elle explique cette tendance à l'inquiétude par un choc lorsqu'elle avait 4 ans et qu'une amie l'avait mise en garde par rapport au fait que son père (alors chasseur) pourrait mourir au travail. Cette parole l'a traumatisée au point qu'elle ne voulait plus laisser partir son papa le matin et pleurait toute la journée. Depuis, la crainte d'une catastrophe touchant ses proches ne l'a jamais quittée.

Ruminations : constantes, centrées essentiellement sur son fils (notamment depuis la séparation celui-ci). Il est difficile pour la patiente de penser à autre chose, la discussion revient sans cesse sur ce sujet. Au fil du temps, des ruminations concernant le suicide collectif et les évènements précipitant émergeront.

Pensées magiques de type « j'essaie de ne pas trop penser à toutes ces choses [en parlant de malheurs] parce que j'ai déjà eu comme des prémonitions et je ne veux pas que ça arrive », « j'avais pourtant prévenu mon fils de faire attention à cette femme, je savais qu'elle n'était pas bien ». Ces pensées sont présentes depuis de plusieurs années.

Résignation face à sa situation : « c'est comme ça, il va bien falloir continuer », « de toute façon je ne changerai pas, j'ai toujours été comme ça », « ça n'ira pas mieux (en parlant à la fois des inquiétudes et de ses douleurs) »

Perte d'appétit depuis l'arrivée à l'hôpital.

Insomnie : sommeil fragmenté depuis de nombreuses années à cause des contraintes entraînées par le diabète de son mari (mesure de taux de glycémie plusieurs fois durant la nuit) ; difficultés d'endormissement, réveils nombreux et précoces depuis l'hospitalisation.

Sentiment de vide : « je n'ai plus rien en moi », « je ne pleure même plus alors qu'avant je pleurais tout le temps ». Ce sentiment est présent depuis son hospitalisation

Retrait social. La patiente est très souvent assise seule, en retrait du groupe. Ne sollicite que très peu l'équipe soignante. Elle dit ne pas avoir envie de communiquer avec les autres, que de toute façon « [elle est] dans [ses] pensées » ; elle a toujours été très solitaire, sans amis.

Idées suicidaires : non exprimées de prime abord. La patiente exprime ne pas vouloir recommencer, que si elle et son fils sont encore là, c'est que Dieu ne les voulait pas encore. Toutefois, elle présente une certaine ambivalence quant à l'issue de sa tentative : « je n'aurais pas dû » VS « pourquoi moi je suis toujours là ».

Données structurales : Pas de troubles chez les parents. Un oncle (frère de son père) s'est suicidé lorsque la patiente était enfant. Mis à part l'épisode ayant marqué le début des angoisses de la patiente, pas d'évènements marquants durant l'enfance.

Dit avoir été/être dépressive mais très peu d'informations à ce sujet (qui a posé le diagnostic ? apparemment personne, c'est un ressenti de la patiente car elle pleurait tout le temps, était tout le temps en train de penser à des choses négatives, plus d'énergie ou de motivation). Pas de consultations ni d'hospitalisations psy dans le passé.

Au niveau de sa personnalité, Mme D noue des relations fusionnelles avec ses proches (mari et fils) mais n'a pas d'amis (en avait une dans le village mais ne la voit plus car elle ne peut plus se déplacer) et que très peu de contacts avec les autres membres de sa famille (n'a

pas revu ses petits-enfants depuis 2 ans). Elle dit avoir un « caractère facile mais il ne faut pas [l]'énervé », elle a ses opinions (qu'elle se fait très rapidement) et ses envies bien marquées et peut facilement s'énervé si on la contredit ou ne respecte pas ses désirs.

Contexte familial et lieu de vie : Parents décédés il y a plus de 20 ans. Pas de frères et sœurs. Veuve depuis la TS collective, elle était mariée depuis plus de 50 ans et décrit sa relation avec son mari comme fusionnelle (ils ont toujours tout fait ensemble, c'est d'ailleurs pour cette raison qu'elle a voulu mourir avec lui). A un fils (45 ans) qui est revenu vivre chez eux il y a peu suite à la procédure de divorce (datant d'il y a plus d'un an). Ce dernier serait en dépression (selon les dires de madame) car il ne se remet pas de sa séparation, à des dettes, ennuis avec la police (femme aurait appelé la police car il suivrait un de ses enfants). TS avec ses parents.

Vit dans une maison dans un état plutôt délabré (plusieurs arrivées d'eau ne fonctionnent pas, problèmes de chauffage etc...). Dépendante de son mari pour les tâches de la vie quotidienne à cause de ses douleurs qui l'empêchent de se déplacer (gonarthrose).

Consommations : /

Traitement actuel, maladies physiques :

Insuffisance cardiaque : lasix 40mg matin, isoten 5mg midi. Hypertension : amlor 5mg matin. Ulcère gastrique : pantomed 40mg soir. Antidépresseurs : deanxit matin et midi, sertaline 50mg matin, trazolan 100mg soir. Somnifère : zolpidem ½ le soir. Mycoses au pied : daktarin spray. Constipation : movicol matin si nécessaire. Anxiolytique : xanax retard 0.5 le matin et 1 à 18h. Antipsychotiques : Risperdal 2mg ½ le soir et seroquel 200 à 18h si nécessaire (après mon questionnement au médecin psychiatre, il s'avère qu'ils sont prescrits pour les ruminations).

Travail/revenus : Retraitée, touche une pension

Facteurs de protection : Résiliente, dit avoir toujours réussi à se sortir de et à trouver des alternatives à ses difficultés. Veut s'en sortir pour pouvoir soutenir son fils.

Attentes quant à l'hospitalisation : Il est difficile d'en trouver : madame veut sortir, ne veut pas de son hospitalisation et pense que de toute façon rien ne peut changer (« j'ai toujours été comme ça » « il est mort, il ne va pas revenir, c'est comme ça »). Finalement, après réflexion, la patiente pense qu'elle pourrait bénéficier de cette hospitalisation pour préparer au mieux le retour au domicile avec son fils et les difficultés qu'elle risque de rencontrer.

2. Evaluation du risque suicidaire

Risque : immédiat. En cas de passage à l'acte, le risque serait mortel (cette première tentative était déjà à haut risque léthal et la mort était souhaitée, pas de message d'appel à l'aide sous-jacent).

Intention : incertaine. Ambivalence face à la mort, souhaiterait par moment ne pas avoir survécu mais pas de projet concret de réitérer sa tentative. Ne parle pas de méthodes de suicide, au contraire, dit que de toute façon qu'elle ne saurait pas recommencer car elle ne sait pas faire de pique. Toutefois, les idéations suicidaires sont nombreuses : ressasse sans cesse la TS et son issue, pense beaucoup à la mort, questionnement sur l'intérêt d'être toujours en vie. Il n'y a pas de menaces suicidaires dans le discours de la patiente et pas de comportements suicidaires actuels.

Vulnérabilités : Antécédent de suicide dans la famille (oncle), donc possible vulnérabilité génétique. Cependant, on ne retrouve pas de traits particulièrement impulsifs ou agressifs chez la patiente, ni d'abus ou de négligences durant l'enfance. On relèvera néanmoins l'événement déclencheur des angoisses de la patiente lorsqu'elle avait 4 ans. Cet événement a été vécu comme un traumatisme. La patiente dit qu'encore aujourd'hui en repensant à ce moment elle sent son cœur qui se serre et la peur l'envahir (sentiments qui se présentent uniquement lorsqu'elle repense à l'événement et pas de manière envahissante). Depuis, elle a toujours vécu dans une appréhension constante qu'un malheur n'arrive à ses proches, avec une hyperréactivité aux événements stressants (par exemple, souvenir qu'un jour son fils a donné un coup de volant sur l'autoroute : « nous aurions pu faire un accident grave et tous mourir »).

Facteurs de risque : on peut souligner la présence d'affects dépressifs et d'anxiété sévère. Première TS récente, avec décès du mari avec qui elle a vécu la majeure partie de sa vie et avait une relation fusionnelle, perte de son autonomie en étant hospitalisée, difficultés financières. Douleur chronique due à sa gonarthrose.

Je note durant ces séances est que le dialogue reste difficile. La discussion tend beaucoup vers le fils. Les inquiétudes quant à ce qu'il fait, comment il va, sont au premier plan et la patiente a du mal à parler et à se concentrer sur autre chose. Madame est capable de me donner des informations sur son passé mais dès lors que l'on essaye d'aborder la tentative suicide le discours devient très plaqué et elle change rapidement de sujet. Je sens que l'alliance thérapeutique se crée petit à petit mais celle-ci reste précaire à mes yeux car la

patiente est toujours dans une certaine résistance face à l'hospitalisation. Ainsi, il est difficile pour moi de trouver un juste milieu entre la prise d'information nécessaire à l'avancée de la thérapie, les évitements de Mme D ainsi que son état de détachement émotionnel. Néanmoins, un élément important qui ressort lors de la troisième séance est le mot « dépression » qu'elle emploiera pour qualifier son état préalable à la tentative de suicide. Afin de ne pas aborder le suicide ou les émotions de manière frontale, je profite alors de ces mots pour rebondir sur les symptômes dépressifs sur un versant psychoéducatif. Après avoir demandé à la patiente sur quels éléments elle se basait pour dire cela et voyant qu'elle avait du mal à répondre à ma question, je lui ai proposé de lui expliquer quels pouvaient être les symptômes présents chez les personnes souffrant de dépression. J'ai donc terminé la séance en expliquant ces différents symptômes dépressifs et ai proposé à la patiente de réfléchir aux critères dans lesquels elle se retrouvait.

Lors de la séance suivante, un réel déclic aura lieu, tant sur le plan de l'alliance thérapeutique que sur l'élaboration cognitive et émotionnelle de Madame. En effet, celle-ci parviendra pour la première fois à parler plus en détails de la tentative de suicide qu'ils ont faite et de ce qui y a mené. Elle me dit en début de séance avoir réfléchi autour de la discussion que nous avons eu sur la dépression et qu'elle se reconnaissait dans certains symptômes mais que depuis le décès de son mari elle ne parvenait plus à pleurer. Elle dit être « comme vidée, je n'ai plus de larmes, c'est comme si je n'étais même pas triste, c'est normal ça ? » ; ce à quoi je lui répondrai que le deuil suit une évolution complexe chez chacun et qu'une des premières étapes est justement une période où on ne réalise pas, ou où nous ne voulons pas réaliser la perte. Elle reconnaitra alors que même si « je sais bien que mon mari est décédé », elle ne le réalise pas encore totalement car elle est dans un cocon à l'hôpital et pas dans leur lieu de vie où se trouvent tous leurs souvenirs ensemble. Il lui reste difficile de mettre un sens sur ce qui s'est passé et pourquoi « ils en sont là aujourd'hui » (en référence à elle-même, son mari et son fils). Je lui propose alors de réfléchir à la situation en suivant l'ébauche d'une analyse fonctionnelle car la patiente souhaiterait pouvoir prendre du recul et comprendre ce qui s'est passé.

3. Analyse fonctionnelle de la tentative de suicide de Mme D

Facteur déclencheur : annonce du médecin que les deux reins du mari de Mme D sont touchés et qu'une dialyse serait à envisager dans le futur, qui a été perçue comme un choc.

Facteurs de maintien : épuisement face aux nombreuses contraintes de la maladie, qui malgré tout ne « servent à rien ». Epuisement émotionnel déjà présent au préalable (ruminations et inquiétudes par rapport au fils), amplifié depuis cette annonce qui a entraîné un sentiment de désespoir.

Facteur précipitant : mari qui dit qu'il veut mourir.

Autre problème : douleur chronique de gonarthrose qui handicape fortement madame dans sa vie quotidienne.

Situation : « mon mari me dit qu'il ne veut pas de la dialyse, qu'il est épuisé et qu'il veut mourir. Nous en parlons, ainsi qu'avec mon fils, qui lui non plus n'en peut plus de ses tracas et souhaite partir avec nous. »

Cognitions : « si mon mari veut mourir, je veux partir avec lui », « nous avons toujours tout fait ensemble je n'envisage pas ma vie sans lui », « nous sommes une famille soudée »

Emotions : sérénité/soulagement (face à l'idée qu'il n'y aura plus de soucis, plus de tristesse).

Comportement : injection d'insuline.

Conséquence : perte de connaissance et état comateux pour Mme D, fils qui regagne conscience peu de temps après l'injection et appelle les secours, décès du mari.

Cette ébauche d'analyse fonctionnelle faite directement avec la patiente lui permettra ensuite d'exprimer des émotions de colère face au médecin qui leur a annoncé l'avancée de la pathologie. Madame D me fera également part de ses regrets de ne pas avoir tenté de convaincre son mari d'attendre pour voir s'ils seraient capables de gérer la situation. Une certaine culpabilité est ressentie car selon elle, son mari l'aurait écoutée et les choses se seraient passées autrement. A ce moment-là, il me semble important de normaliser et valider les sentiments de la patiente, tout en soulignant le fait que la culpabilité est souvent ressentie lors du décès d'un proche par suicide. Nous terminerons alors l'entretien par un échange autour du deuil après un suicide où j'expliquerai notamment qu'il est normal de ressasser l'événement, de questionner sa part de responsabilité dans celui-ci et qu'il arrive de ressentir de la colère envers le défunt.

4. Diagnostics et diagnostics différentiels

A ce moment-là de la thérapie, j'ai plusieurs hypothèses diagnostiques que j'ai pour objectif d'affiner par la suite.

- **Dépression** : ce diagnostic a été posé par le médecin psychiatre de la structure, il me paraît tout de même important d'en vérifier la justesse, notamment parce que durant les premiers entretiens il était très difficile de recueillir des informations sur l'état psychique de Mme D avant son hospitalisation. Ainsi, il est délicat de faire la part des choses entre les symptômes représentatifs du deuil qu'elle vient de subir et ceux d'une possible dépression. Néanmoins, Madame me dira être triste et pleurer tous les jours depuis plusieurs semaines avec une certaine lassitude par rapport aux tâches de la vie quotidienne. Elle m'a indiqué sortir de moins au moins (attention toutefois, il conviendra d'approfondir si cette réduction des activités est due à ses douleurs physiques et/ou à une souffrance morale). On notera également la présence d'insomnie, qui s'ajoute aux réveils habituels liés à la contrainte du diabète de son mari. Quelques jours avant la tentative de suicide, d'autres symptômes se sont développés et sont encore présents ce jour : perte d'appétit, sentiment de culpabilité (par rapport à son fils, à la gestion du diabète de son mari, l'impact de ses pensées négatives sur la survenue des malheurs,...).

- **Trouble obsessionnel-compulsif** : bien que la patiente n'ait apparemment aucune compulsion marquée, ses ruminations se rapprochent d'obsessions de par leur caractère récurrent, intrusif et persistant malgré des tentatives de suppression par distraction. Ces pensées l'empêchent d'être pleinement "présente" dans des conversations et sont source d'une grande anxiété provoquant de la détresse chez Madame. De plus, on peut souligner le sentiment de pensée magique avec la peur qu'un événement dramatique ne survienne parce qu'elle l'aurait imaginé. Il conviendra de creuser la présence ou non de compulsions mentales et le niveau d'insight.

• Diagnostic différentiel

- **Personnalité schizoïde** : le discours de la patiente peut faire penser, dans un premier temps, à un trouble schizoïde (vit uniquement pour et par sa famille, sans intérêt pour les autres relations ou activités sociales, pas d'amis, détachement affectif). Toutefois, au fil des entretiens, il apparaîtra que le détachement affectif apparent est plutôt dû au deuil. De même, son repli social semble s'être instauré à la suite d'un accroissement de ses douleurs physiques

ainsi que l'émergence d'une dépression. En effet, madame a eu un travail et des amis qu'elle investissait par le passé.

- **Psychose** : l'absence d'idées délirantes (à part une pensée magique restreinte qui est plus représentative du TOC) ou d'hallucinations, ainsi qu'un discours organisé et cohérent, me poussent à exclure cette éventualité. De plus, l'apparition à son âge d'un trouble psychotique est peu probable et elle n'a, ne semble-t-il, aucun antécédent psychiatrique.

- **Anxiété de séparation** : une détresse importante est présente quant à la séparation d'avec son fils. Toutefois, cette détresse se manifeste depuis la tentative de suicide et serait liée à l'état psychologique de ce dernier. Les soucis excessifs par rapport à la survenue d'un malheur sont présents depuis longtemps et ne sont pas uniquement liés à l'idée de la séparation.

- **Trouble anxieux généralisé** : les inquiétudes de la patiente sont constantes et le côté égocytone ou égodystone est difficile à évaluer (« il est normal de se faire du souci pour ses proches », « je suis comme ça »,...). Cependant, les inquiétudes sont limitées à l'idée qu'un malheur pourrait arriver à ses proches avec un côté dangereux de la pensée (« si j'y pense trop ça risque d'arriver », « il faut que je pense à autre chose »). L'interférence de la pensée entravant son fonctionnement et le côté irrationnel de celle-ci renvoient davantage à un TOC.

Suite à l'élaboration de toutes ces hypothèses diagnostiques, je souhaitais orienter les séances suivantes sur l'établissement d'un historique plus précis de l'apparition des différents symptômes ainsi qu'une recherche approfondie autour du diagnostic de TOC (notamment vérifier la présence ou non de compulsions mentales et les identifier le cas échéant) dans le but d'affiner ce diagnostic. De plus, j'envisageais d'effectuer un travail motivationnel avec madame D quant à son envie de s'investir dans la suite de la prise en charge car l'hospitalisation est toujours vécue de manière négative.

Malheureusement, la patiente apprendra le décès de son fils par suicide. Les deux derniers entretiens que nous effectuerons ensemble seront alors principalement des entretiens de soutien permettant la reconnaissance et la validation de la souffrance de madame. La discussion sera notamment axée sur les différentes émotions ressenties (tristesse, culpabilité de ne pas avoir été là et de ne pas avoir soupçonné la gravité de la détresse de son fils, colère envers l'ex-compagne, regret) avec une partie psychoéducative sur le deuil après un suicide (23,24). Un point nécessaire dans l'accompagnement du survivant après le suicide d'un proche est d'offrir un environnement où il est possible d'aborder le suicide sans que la

personne ne se sente stigmatisée ou jugée et puisse parler du défunt en toute liberté (25), ce que je me suis appliquée à faire.

III. Analyse critique

Pendant la crise suicidaire, il est important d'une part de reconnaître le mal-être du patient, de ne pas le stigmatiser, et d'autre part de faire une évaluation approfondie des facteurs de risque incluant notamment une identification précise des comportements qui entraînent les conduites suicidaires (1,26). C'est ce que j'ai essayé de faire tout au long de ces séances, avec une partie d'anamnèse qui a été difficile à la fois parce que la patiente ne comprenait pas l'intérêt de son hospitalisation ou des entretiens psychologiques, et à cause du détachement émotionnel présent pendant les premières semaines après sa tentative de suicide. Le plus difficile pour moi durant les premiers entretiens a été d'instaurer une alliance thérapeutique solide malgré cette hospitalisation sous contrainte. Ainsi, j'ai privilégié une attitude non-directive qui a sans doute ralenti le rythme des séances mais qui était à mes yeux nécessaire à ce moment-là. Ce choix m'a permis de construire, au fil du temps, un lien thérapeutique qui a contribué au bon déroulement des séances ainsi qu'aux progrès observés dans l'élaboration cognitive et émotionnelle de la patiente.

Cela a été une prise en charge complexe sur le plan global, au niveau de l'équipe hospitalière. En effet, dès l'entrée au pavillon 7 de madame et de par son apparente absence d'émotions, une certitude quant à une nouvelle tentative de suicide dans le futur pouvait être notée chez les membres de l'équipe. Ainsi, lors des réunions de staff, sa situation était mentionnée rapidement et il était difficile pour moi de m'imposer afin de discuter du traitement médical avec le psychiatre ou du déroulement de l'hospitalisation avec le reste de l'équipe soignante.

Sur le plan plus spécifique de la thérapie, j'ai également rencontré plusieurs difficultés. D'une part la mise en observation sous contrainte a fait qu'il était parfois compliqué pour moi, au début de la thérapie, de recadrer la patiente lorsque la conversation s'éloignait de manière trop importante de la question initiale, par peur de nuire à l'alliance thérapeutique qui se construisait. J'ai su, au fil des séances, adapter mon attitude et mes questions pour progresser avec la patiente dans le sens d'une compréhension de son fonctionnement.

L'étape de diagnostic a été une réelle difficulté pour moi et aurait nécessité plus de temps afin d'affiner mes hypothèses. La première complexité a encore une fois été le détachement affectif de la patiente, qui pouvait s'apparenter à un état de choc après la tentative de suicide

et le décès du mari, venant se superposer aux symptômes déjà présents et ralentissant ainsi la récolte d'informations. De plus il a été délicat de retracer l'historique des différents symptômes et de faire la part des choses entre ceux qui étaient présents depuis un laps de temps conséquent et ceux qui sont venus s'ajouter récemment, notamment depuis le décès de monsieur D. Le suicide du fils de la patiente survenu peu après a naturellement mis le déroulement prévu de la thérapie en suspens.

La suite de la prise en charge se serait avérée complexe. Dans l'hypothèse où je l'aurais effectuée, je me serais dans un premier temps concentrée sur l'accompagnement des deuils du mari et du fils de la patiente, ainsi que sur un travail motivationnel préalable à la prise en charge des symptômes dépressifs. Cette étape motivationnelle me semble particulièrement importante car madame D reste persuadée qu'elle ne changera pas. De plus, ses douleurs physiques ainsi que sa personnalité solitaire rendent l'activation comportementale et le lien social difficiles. Enfin, une prise en charge axée sur les inquiétudes obsessionnelles de la patiente aurait été favorable (dans l'hypothèse où celles-ci seraient encore présentes malgré le décès des personnes à la source de ces angoisses).

En conclusion, j'ai énormément appris de ce stage et tout particulièrement de cette prise en charge. Le milieu de la psychiatrie d'urgence a été un véritable challenge pour moi, où je me suis retrouvée confrontée à des histoires de vie parfois très difficiles, comme avec l'exemple de madame D. J'ai pu m'apercevoir que je suis capable d'entendre ces histoires sans me laisser submerger par les émotions. J'ai également su adapter mon rythme à la spécificité de chaque patient, en acceptant de faire des détours dans l'évolution prévue.

Bibliographie

1. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry*. févr 2012;27(2):129-41.
2. WHO | World Health Organization [Internet]. WHO. [cité 7 mai 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/gho/mental_health/en/
3. WHO Mortality Database [Internet]. [cité 7 mai 2017]. Disponible sur: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 1 févr 2008;192(2):98-105.
5. Cedereke M, Öjehagen A. Prediction of repeated parasuicide after 1–12 months. *Eur Psychiatry*. mars 2005;20(2):101-9.
6. Mishara BL, Tousignant M. Qu'est-ce que le suicide ? Dans : Mishara BL, Tousignant M, rédacteurs. *Comprendre le suicide*. PUM; 2004. p 31-40.
7. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life Threat Behav*. 1 juin 2007;37(3):248-63.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life Threat Behav*. 1 juin 2007;37(3):264-77.
9. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 15 févr 2005;133C(1):13-24.
10. Fu Q, Heath AC, Bucholz KK, Nelson EC, Glowinski AL, Goldberg J, et al. A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychol Med*. janv 2002;32(1):11-24.
11. Mann JJ, Currier DM. Stress, genetics and epigenetic effects on the neurobiology of suicidal behavior and depression. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. juin 2010;25(5):268-71.
12. López JF, Vázquez DM, Chalmers DT, Watson SJ. Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis. *Ann N Y Acad Sci*. 1 déc 1997;836(1):106-34.
13. Brodsky BS, Stanley B. Adverse Childhood Experiences and Suicidal Behavior. *Psychiatr Clin North Am*. juin 2008;31(2):223-35.

14. Roy A, Hu X-Z, Janal MN, Goldman D. Interaction between Childhood Trauma and Serotonin Transporter Gene Variation in Suicide. *Neuropsychopharmacology*. 14 mars 2007;32(9):2046-52.
15. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial Transmission of Suicidal Behavior: Factors Mediating the Relationship Between Childhood Abuse and Offspring Suicide Attempts. *J Clin Psychiatry*. avr 2008;69(4):584.
16. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mars 1997;170:205-28.
17. Isometsä E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. mars 2014;59(3):120.
18. Anderberg J, Bogren M, Mattisson C, Brådvik L. Long-Term Suicide Risk in Anxiety-The Lundby Study 1947-2011. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(3):463-75.
19. Wasserman D. *Suicide: An unnecessary death*. Taylor & Francis; 2001. 160p.
20. Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic Pain and Suicide: Understanding the Association. *Curr Pain Headache Rep*. 1 août 2014;18(8):435.
21. Smith M, Segal J, Robinson L. *Suicide Prevention: How to Help Someone who is Suicidal and Save a Life*. HelpGuide.org [En ligne]. 2003. Disponible sur: <https://www.helpguide.org/articles/suicide-prevention/suicide-prevention-helping-someone-who-is-suicidal.htm?pdf=true>
22. Z LD, L RH, Vicenzio H-P. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2004;34(4):448-53.
23. SOS: A handbook for survivors of suicide | Suicide Prevention Resource Center [Internet]. [cité 28 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.sprc.org/resources-programs/sos-handbook-survivors-suicide>
24. Jordan JR. Is Suicide Bereavement Different? A Reassessment of the Literature. *Suicide Life Threat Behav*. 1 mars 2001;31(1):91-102.
25. Pompili M, Shrivastava A, Serafini G, Innamorati M, Milelli M, Erbutto D, et al. Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian J Psychiatry*. sept 2013;55(3):256.
26. Rudd MD, Bryan CJ, Wertemberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J, et al. Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial With 2-Year Follow-Up. *Am J Psychiatry*. 13 févr 2015;172(5):441-9.

