Impliquer la famille pour mieux prendre en charge la crise suicidaire en milieu militaire

V. Vautier

Résumé

Les répercussions familiales et conjugales des crises suicidaires sont à présent bien documentées. À travers le geste suicidaire de l'un de ses membres, c'est toute la famille qui est déstabilisée. On sait aussi que le pronostic d'une crise suicidaire dépend en grande partie des capacités de réorganisation familiale. Le pronostic de réadaptation aux contraintes du milieu militaire obéit à la même règle. Certains auteurs parlent de soutenir les processus de résilience familiale. La famille est considérée par de nombreuses équipes de soins en psychiatrie comme un véritable partenaire thérapeutique. À travers l'exemple d'un dispositif systématique d'accueil des familles dans un service de psychiatrie d'un HIA, nous développons les objectifs du travail thérapeutique avec la famille.

Mots-clés : Alliance thérapeutique. Crise suicidaire. Entretien familial. Milieu militaire.

Abstract

GETTING THE FAMILIES INVOLVED IN ORDER TO TAKE BETTER CARE OF SUICIDAL CRISES AMONG THE ARMED FORCES.

The consequences of suicidal crises on the families are now well documented. The whole family is destabilized. The prognosis depends on the ability of the families to reorganize themselves. Some authors stress the need to support the process of the families' resilience). The families are seen as partners in the therapy. Based on the example of a plan of action which entailed receiving the families systematically in the psychiatric department of a hospital, we developed the objectives of a therapeutic strategy with the families.

Keywords: Crisis suicidal. Family interview. Military. Therapeutic alliance.

Introduction

La prise en charge de la crise suicidaire en milieu militaire implique nécessairement trois volets. Dans ces situations de crise, le psychiatre militaire est en relation avec l'individu en souffrance, l'Institution militaire et aussi la famille. Si les deux premiers volets ont été développés dans la littérature médico-militaire, le dernier l'est beaucoup moins. Les pratiques restent surtout centrées, par tradition, sur les souffrances individuelles et leurs conséquences en matière d'aptitude.

La prise en charge individuelle débute la plupart du temps aux urgences et peut déboucher sur une hospitalisation en fonction de critères cliniques et environnementaux. On voit bien que, dès le début de la prise en charge aux urgences, l'évaluation de l'environnement familial constitue un élément déterminant dans les soins.

V. VAUTIER, médecin principal.

Correspondance : V. VAUTIER, Service de psychiatrie, HIA Sainte-Anne, BP 20545 – 83041 Toulon Cedex 9.

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, les familles sont plus ou moins sollicitées. On sait aujourd'hui qu'il est préférable que les familles des militaires hospitalisés pour une crise suicidaire soient impliquées dans le déroulement des soins. Les raisons en sont multiples, nous y reviendrons dans le cadre de cet article.

Dans le service de psychiatrie d'un Hôpital d'instruction des armées (HIA), l'implication des familles dans ces prises en charge a donné lieu à une vaste réflexion institutionnelle ces trois dernières années. Cette évolution dans nos pratiques est le fruit de plusieurs évènements :

– la difficulté et parfois l'échec de certaines prises en charge ;
– la durée importante de certaines hospitalisations ;
– la fréquence des ré hospitalisations ;
– l'orientation et la formation de plusieurs thérapeutes du service en thérapie systémique ;
– l'existence d'une unité de thérapie familiale ambulatoire au sein de ce service, réservée en priorité aux familles de militaires.

Tous ces éléments nous ont obligés à une remise en question de nos pratiques. L'un des résultats de cette

longue réflexion a été la décision de systématiser les rencontres avec les familles de militaires et ce dans un cadre bien précis.

Pourquoi impliquer les familles ?

L'évaluation diagnostique

Dans ces prises en charge de crise, l'évaluation clinique, l'établissement d'un diagnostic syndromique et nosographique ne sont pas aisés. La rencontre avec la famille va permettre d'évaluer et d'observer les compétences relationnelles de l'individu, d'identifier des dysfonctionnements graves au sein du système familial, de mesurer le poids des vulnérabilités individuelles (en particulier celles du sujet hospitalisé) face au poids de la vulnérabilité du groupe familial. Cette rencontre avec la famille constitue un moment dense et riche d'informations concernant le fonctionnement de l'individu.

Le pronostic à court terme

L'autre apport déterminant de ces entretiens familiaux est l'établissement d'un pronostic à court terme. La récidive suicidaire dépend en partie des capacités de l'environnement à faire face à la crise. En effet l'environnement familial est susceptible d'être un espace de solidarité, d'aide et de protection pour l'individu en souffrance. Cet environnement doit être soigneusement évalué et soutenu par les équipes de soins. Il jouera un rôle primordial dans l'aggravation ou l'atténuation de la crise suicidaire (1).

L'optimisation des soins

Les soins doivent se porter sur l'individu et sa famille en particulier en ces moments de crise où tout le système familial est impacté et désorganisé. Les familles avec enfants sont les plus fragilisées. Il est préférable de les intégrer rapidement au processus thérapeutique afin :

– d'aider au maintien des liens intra familiaux ;

– de relancer la solidarité entre les individus et le processus d'empathie ;

– d'effectuer un travail sur les éprouvés, les émotions et les représentations ;

– d'aider à la réorganisation du fonctionnement familial.

Le thérapeute doit développer sa capacité contenante à travers une attitude « d'attention active » (2). Il est le garant, à travers son attitude neutre, disponible et bienveillante, dans un lieu et un temps bien délimités, d'un espace d'échange entre les membres de la famille. Pour cela, l'organisation de l'entretien est cruciale.

Dans le cadre des crises suicidaires, les familles témoignent le plus souvent d'une perte de repères, d'une perte de confiance dans celui qui a commis un geste auto agressif. Elles sont parfois dans l'incapacité d'envisager la reprise de la vie familiale. Des mouvements de rejet peuvent se manifester, de déni aussi. Il s'agit d'aider la famille à communiquer de nouveau, à verbaliser des émotions aussi variées et contradictoires que la honte, la colère, la culpabilité. L'objectif est de dépasser un sentiment de sidération pour permettre la récupération d'une capacité à communiquer. La présence d'un tiers (l'équipe soignante, les thérapeutes) permet ce travail d'élaboration. Le drame oblige la famille à d'importants changements. L'expression des émotions est la première étape vers un travail d'élaboration et de distanciation. Il s'agit de relancer les processus de pensée, de construction d'une causalité et de temporalité. Les enfants doivent être impliqués dans ce travail de verbalisation et d'échange. Mettre les enfants à l'écart ne peut qu'accroître leurs incertitudes et leur isolement.

Dans le temps de la crise, la famille doit pouvoir identifier les soignants, faire appel à eux après la sortie du patient. Le fait d'avoir été reçue est un élément rassurant pour toute la famille notamment au moment de la sortie.

De l'obligation légale d'information à la psycho-éducation

Outre leur portée diagnostique et thérapeutique, ces entretiens permettent d'apporter une information au patient et à sa famille et d'entamer l'éducation thérapeutique nécessaire en cas de trouble psychiatrique caractérisé. L'information et l'éducation thérapeutique sont une composante essentielle de nos jours en psychiatrie. Elles conditionnent en partie le pronostic du trouble (3, 4). À l'occasion de ces rencontres avec la famille, l'information se doit d'être vraie, claire, nuancée, progressive et ajustée au degré de compréhension et à l'état émotionnel de la famille. L'alliance thérapeutique est la plupart du temps renforcée après ce type d'entretiens.

Dispositif d'accueil des familles des patients hospitalisés dans notre service

Un entretien d'évaluation systématique

Dans les 48 heures suivant l'entrée d'un patient en crise suicidaire, l'entourage familial du patient est systématiquement reçu. L'accord du patient pour recevoir sa famille est évidemment requis. Le patient est toujours présent lors de ces entretiens. Très rares sont les situations où le patient refuse ce colloque dont les enjeux lui sont clairement exposés.

Les entretiens individuels déterminent quels membres de la famille vont être reçus. Ils ne peuvent concerner que les membres qui sont régulièrement en lien avec le patient, en particulier ceux qui partagent son quotidien. Si plusieurs membres de la famille vivent sous le même toit que le patient, nous insistons pour les rencontrer tous dans un même temps, même s'il existe des conflits.

Nous avons désigné un soignant qui s'occupe d'organiser tous les entretiens familiaux dans le service, en fonction des disponibilités de la famille et des plannings des thérapeutes qui seront alors présents.

Les soignants participant à cet entretien d'évaluation sont le psychiatre référent du patient, le psychologue clinicien référent du patient et une infirmière du service.

Ce dispositif est expliqué à la famille et au patient avant l'entrevue avec l'équipe.

Ce dispositif paraît chronophage. En réalité, ces rencontres constituent des temps particulièrement productifs et riches en matière de repérage diagnostique, de pronostic et d'alliance thérapeutique. Les grandes lignes du projet de soins sont en général définies à l'issue de cet entretien et sont énoncées au patient et à sa famille.

Entretiens familiaux ultérieurs

En fonction des éléments cliniques individuels et de la qualité du fonctionnement familial, d'autres entretiens peuvent être organisés et vont rythmer l'hospitalisation. Ils ont lieu en présence des mêmes intervenants.

Au moment de la sortie, dans les situations où le patient est en grande souffrance et/ou des dysfonctionnements familiaux majeurs ont été repérés, trois entretiens familiaux systématiques sont programmés avec les mêmes intervenants. Ils ont lieu dans les deux mois qui suivent la sortie. La plupart du temps, les familles et le patient se rendent systématiquement à ces trois rendez-vous. Nous n'avons que peu de désistements même dans les situations les plus enchevêtrées ou les plus conflictuelles. Au cours de ces trois entretiens, l'intérêt d'une orientation vers une thérapie familiale est évalué et discuté avec la famille. Si cette orientation est donnée, la famille est alors dirigée vers une consultation spécialisée, distincte de la prise en charge hospitalière.

Conclusion

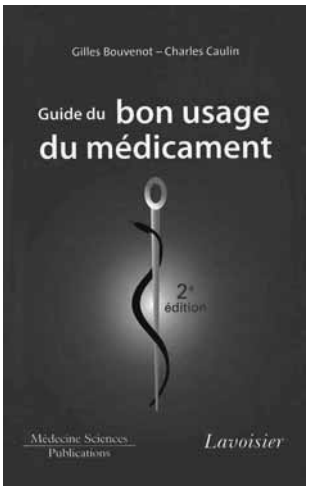
Ce dispositif d'accueil systématique des familles de patients hospitalisés pour crise suicidaire peut paraître lourd. En réalité, il a maintenant toute sa place dans notre prise en charge hospitalière. Il est rodé et pérenne. Il nous a permis de réduire les évènements indésirables dans le service, de réduire les durées moyennes de séjour, les ré hospitalisations et a renforcé l'alliance avec les familles. Ce travail collectif autour des entretiens familiaux a aussi conforté les liens entre les soignants et réduit les problèmes de communication entre médecins, psychologues et infirmiers.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt avec les données développées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Delage M. Traitement familial du traumatisme psychique. Thérapie familiale, Genève 2000; 231: 273-87.
2. Delage M. Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. Thérapie familiale, Genève 2002;23: 269-87.
3. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. Annales Médico-psychologiques 2011;169: 184-7.
4. Gromb S. L'évolution du droit à l'information du patient. Presse Med. 2003; 32:5357.

VIENT DE PARAÎTRE



GUIDE DU BON USAGE DU MÉDICAMENT

Gilles BOUVENOT, Charles CAULIN

Le Guide du bon usage du médicament offre à tous les praticiens, quels que soient leur discipline et leurs modes d'exercice, une information claire et rigoureuse sur plus de 3 5oo médicaments. Les auteurs de cet ouvrage de référence se sont basés à la fois sur les référentiels, recommandations et consensus actuels et sur leur pratique quotidienne pour guider le praticien dans les grandes étapes de la prise en charge du patient.

Ordonné selon les principales disciplines médicales, l'ouvrage expose, pour chaque maladie, le diagnostic, les moyens thérapeutiques disponibles et la stratégie de prescription. Les médicaments, présentés par classes thérapeutiques, sont détaillés selon leurs modes d'action et d'emploi, les précautions d'utilisation, les indications, contre-indications et effets indésirables. Les nombreux tableaux et arbres de décision participent au caractère accessible et pratique de l'ouvrage ; de même, dans l'index, les maladies et syndromes sont en italiques pour les distinguer des dénominations communes des médicaments et des techniques thérapeutiques.

Cette 2e édition prend en compte les toutes dernières actualisations, très nombreuses dans le domaine. Elle couvre le traitement d'un nombre accru de maladies dans l'ensemble des spécialités et est enrichie des données les plus récentes concernant notamment l'évaluation et la réglementation des médicaments, ainsi que les restrictions de prescription propres à certaines situations.

L'ouvrage s'adresse à un très large public: l'ensemble des médecins, qu'ils soient spécialistes ou généralistes, les pharmaciens, les professionnels de santé ainsi que les étudiants de 3e cycle.

Les auteurs, Gilles Bouvenot et Charles Caulin, tous deux professeurs de Thérapeutique, sont impliqués au plus haut niveau de l'évaluation nationale du médicament. Le professeur Gilles Bouvenot est actuellement membre du Collège de la Haute Autorité de santé et président de la Commission de la Transparence. Le professeur Charles Caulin fut président de la Commission d'AMM à l'AFSSAPS. Ils ont travaillé en étroite collaboration avec plus de 150 auteurs, parmi les meilleurs spécialistes de leurs disciplines et de l'évaluation mais également médecins praticiens, donc professionnels de terrain.

ISBN : 978 2 257 20451 6 – Format : 13x19,8cm – Pages : 1320 – Prix : 69 € – ***Éditeur: Médecine sciences Publications-Lavoisier*** *– 11 rue Lavoisier – 75008 Paris – Tél. : 33(0)1 42 65 39 95 – Fax : 33(0)1 42 65 02 46. Contact presse : ars@lavoisier.fr – www.Lavoisier.fr*