

2^{ème} journée **LA PSYCHIATRIE POUR LES INFIRMIERS**

THÈME GÉNÉRAL

**TROUBLES
DU COMPORTEMENT
ET VIOLENCE**



WWW.ARSPG.ORG
ARSPG@D-S-O.FR



PROGRAMME

8h45	ACCUEIL	
9h00 - 10h00	Plénière (1h00) Psychoéducation	Dr. Philippe NUSS (Paris)
10h00 - 10h15	Pause café	
10h15 - 11h45	Session thématique psychiatrie adulte (1h30) 1/ Gestion de l'agressivité et de la violence 2/ Prise en charge des patients toxicomanes ou alcooliques (au choix) Session thématique pédopsychiatrie (1h30) 3/ Troubles du comportement chez le jeune enfant 4/ La violence et la périnatalité	Dr. Bluenn QUILLEROU (psychiatre hospitalier) + Mme Jacqueline FONTAINE (infirmière) Dr. Marie-Victoire CHOPIN (psychologue clinicienne) + Mme Claude CHEVROT COSSALTER (infirmière) Dr. Virginie CLOUD (psychologue) + Mme Corinne BROCHET (infirmière) Dr. Sabrina BAIT (psychologue) + Mme Hélène RUYS-MASSON (infirmière)
11h45 - 12h15	SYMPOSIUM PACT (Psychoses, Aider, Comprendre, Traiter) : les 1ères années : un nouveau module pour informer le patient atteint de schizophrénie et sa famille	JANSSEN Marie-Paule HORSCHLER (Clouange) et Sonia BLANC (Longeville-les-Metz)
12h15 - 14h00	Déjeuner libre	
14h00 - 15h00	SYMPOSIUM L'adaptation thérapeutique chez le patient souffrant de schizophrénie : rôle de l'équipe soignante	ASTRAZENECA Dr. Laurent LAYET (CH de Montfayet) et Mme Marie-Pierre CRESPO (infirmière - CH de Montfayet)
15h00 - 16h30	Session thématique psychiatrie adulte (1h30) 1/ Gestion de l'agressivité et de la violence 2/ Prise en charge des patients toxicomanes ou alcooliques (au choix) Session thématique pédopsychiatrie (1h30) 3/ Troubles du comportement chez le jeune enfant 4/ La violence et la périnatalité	Dr. Bluenn QUILLEROU (psychiatre hospitalier) + Mme Jacqueline FONTAINE (infirmière) Dr. Marie-Victoire CHOPIN (psychologue clinicienne) + Mme Claude CHEVROT COSSALTER (infirmière) Dr. Virginie CLOUD (psychologue) + Mme Corinne BROCHET (infirmière) Dr. Sabrina BAIT (psychologue) + Mme Hélène RUYS-MASSON (infirmière)
16h30 - 16h45	Pause café	
16h45 - 17h45	Plénière (1h00) Génosociogramme	Mme Nathalie DURIEZ
17h45 - 18h00	CONCLUSION	



LIVRE D'ABSTRACTS

PSYCHOÉDUCATION

Dr. Philippe NUSS (Paris)

La psychoéducation est une modalité relationnelle utilisée lors du soin de nos patients dans un contexte très varié. Si elle fait en partie référence au patient comme citoyen dans une logique de "droit à l'information", elle s'inscrit aussi dans le cadre de l'alliance thérapeutique. Elle aborde alors certains domaines pragmatiques, scientifiques, sociologiques, psychologiques, voire philosophiques sous une forme organisée lors de cycles de rencontres programmés avec différents intervenants. Elle reste néanmoins un lieu de création et d'énergie groupale. Organiser un groupe de psychoéducation nécessite donc de la part des soignants une formation initiale, du savoir organisé, mais aussi beaucoup de souplesse afin de ne pas transformer les patients en élèves, bons ou mauvais. Elle demeure à ce titre un lieu hautement psychologique où savoirs, expériences et partages doivent être entremêlés afin de favoriser l'adhésion au soin et la qualité de vie. Ces différents points seront abordés et déclinés selon les expériences et les besoins des participants.

ATELIER 1 : GESTION DE L'AGRESSIVITÉ ET DE LA VIOLENCE CHEZ L'ADULTE

Dr. Bluenn QUILLEROU et Mme Jacqueline FONTAINE

La violence n'est pas un concept psychiatrique. Le concept est importé de la criminologie, de la sociologie et d'une façon plus large des sciences de l'éducation, notamment celles spécialisées en matière de justice. En psychiatrie, dans la plupart des situations, on parle d'agitation, pas de violence. En psychanalyse, jusqu'à Bergeret, on élabore à partir de l'agressivité. L'agitation s'inscrit dans une sémiologie (l'agitation du dément, celle du confus qui s'exerce à certaines heures et prennent certaines formes...). On différencie la turbulence de l'enfant, le raptus, la fureur épileptique ou maniaque. Centrons nous sur l'effet et non pas sur la causalité psychique du comportement. Nous pouvons prévenir l'agitation pas la violence, redonnons du sens à la clinique....

Agitation, agressivité, violence, de quoi parle-t-on ? Les états d'agitation s'observent généralement chez des patients présentant une activité psychomotrice incohérente, brutale et sans lien apparent avec les expressions affectives et verbales. Ils surviennent chez les patients particulièrement excitables avec une difficulté au contrôle, une incapacité à supporter les frustrations.

Dans la psychose, on peut observer un comportement hostile et destructeur, souvent en relation étroite avec une frustration, mais on peut entendre aussi « violence psychotique », notion d'une recherche vitale de contrôle, et donc de contrainte, qu'on pourra lier dans ce cas à la présence angoissante « d'éléments psychiques éclatés » (Wilfred Bion).

Comment entrer en communication avec un patient psychotique au comportement violent que l'on ne comprend pas ? Ainsi, si la peur se manifeste chez le soignant et que le patient la ressent, comment maintenir une attitude soignante ?

La peur, la réponse en miroir, tous ces éprouvés et réactions peuvent être des freins à la compréhension et à la gestion de ses manifestations. Dans ce contexte où est la place possible pour l'accueil, la communication et le soin, si le soignant enferme le patient dans une image menaçante qui le dépasse ? Pourtant le soignant doit apprendre à observer, à décoder, à comprendre, à élaborer collectivement pour mieux appréhender ces situations afin de donner du sens au comportement observable. Le travail de relation, de lien, d'alliance thérapeutique de chaque professionnel mis en place dès l'accueil du patient participe à mieux gérer ces symptômes complexes encore faut-il que le collectif pluridisciplinaire et institutionnel remplisse aussi sa fonction de pare-excitation et de contenance.

ATELIER 2 - PRISE EN CHARGE DES PATIENTS TOXICOMANES OU ALCOOLIQUES

Dr. Marie-Victoire CHOPIN et Mme Claude CHEVROT COSSALTER

Si la recherche du plaisir et de l'apaisement existent depuis toujours, elle a néanmoins évolué dans notre civilisation actuelle. L'être humain subit des tensions intenses, internes propres à chacun (facteurs de fragilisation) et externes liées à une société exigeante en termes de performance, d'adaptabilité dans un contexte de difficultés socio-économiques.

Tout cela peut l'amener à l'usage abusif de substances psychotropes et à l'installation pernicieuse d'une dépendance. Celle-ci n'est que le début d'une longue liste de dommages physiques, psychiques, sociaux et relationnels qui pourront l'entraîner à des comportements dangereux pour lui-même et pour les autres.

La violence est un souci dans les soins hospitaliers en général, et, en particulier, dans le domaine de l'addictologie. Dans les soins, la violence prend un aspect particulier car elle apparaît dans un domaine où le soignant essaye d'aider. Il est délicat de recevoir un comportement violent de la part d'une personne qu'on est en train de secourir. Cette violence viendra du malade lui-même ou de sa famille. Souvent, celle-ci résulte d'une écoute insuffisante. L'habitude est d'aider quelqu'un en ayant l'attention sur les solutions plutôt que sur lui. Dans des cas bien plus extrêmes la qualité de la communication doit être irréprochable afin de ne pas attiser ni subir la violence. Il est toujours nécessaire de se rappeler, que ramener quelqu'un à la raison c'est le ramener à la raison de ce qu'il ressent. Ce n'est jamais essayer de l'apaiser.

La relation d'aide n'est pas facile mais le soignant n'est pas seul, il existe des équipes pluridisciplinaires, des structures de soins, des associations, des formations qui pourront l'aider à appréhender ces situations.

Nous partagerons avec les participants les principes et les outils de bonne communication qui permettent d'établir un lien de confiance solide « soignant – soigné », sans pour autant être indéfectible. La nature du lien et les causes de la violence chez ces patients seront également abordées à travers une analyse de cas cliniques, tout en suivant un fil théorique systémique et psychodynamique.



ATELIER 3 - LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET VIOLENCE CHEZ LE JEUNE ENFANT

Mme Corinne BROCHET et Dr. Virginie CLOUD

Les troubles du comportement chez l'enfant, d'une part se distinguent de troubles mentaux tels que le retard mental ou l'autisme, d'autre part ne relèvent pas toujours d'une pathologie psychiatrique.

Les principaux troubles chez l'enfant

Ils se classent en trois grandes catégories, le principal trouble du comportement de l'enfant restant le déficit de l'attention accompagné d'hyperactivité (TDA/H), d'hyperkinésie et d'instabilité psychomotrice. Il concernerait 3 à 5% des enfants scolarisés, particulièrement des garçons. Les troubles oppositionnels avec provocation (TOP) concernent des enfants désobéissants, provocateurs, colériques, en opposition permanente avec les ordres et les règles.

Les troubles de la conduite (TC) incluent l'agressivité physique, la destruction de biens et de matériels, la fraude, le vol...

Les causes de ces troubles font entrer en jeu tant de facteurs (tempérament, environnement psychosocial, vulnérabilité génétique...) qu'elles ne peuvent pas toujours être connues. On sait seulement qu'ils sont associés aux difficultés scolaires, sans pouvoir préciser s'ils en sont une cause ou une conséquence.

En résumé :

- Ceux qui **ne peuvent pas** apprendre, mais qui le **voudraient** (TDA/H)
- Ceux qui **ne veulent pas** apprendre, mais qui **pourraient** le faire à leurs conditions (TOP)
- Ceux qui **s'en moquent**, parce qu'ils s'intéressent à autre chose (TC).

ATELIER 4 – LA VIOLENCE ET LA PÉRINATALITÉ

Dr. Sabrina BAIT et Mme Hélène RUYS-MASSON

La violence est aujourd'hui un terme galvaudé, utilisé dans des contextes multiples et variés, créant un amalgame et une extension indéfinie de cette notion. Eminemment subjective, la violence est souvent justifiée par une autre violence, subie en amont. Elle surviendrait ainsi en réponse à la sensation propre de violence, dans un contexte de négation ou de menace du lien.

Physique, verbale, émotionnelle ou sexuelle, comment la violence peut-elle se définir en périnatalité ? Qui concerne-t-elle ? A qui s'adresse-t-elle ? Comment s'exprime-t-elle ? A quoi sert-elle ? Associée au temps périnatal, la violence se spécifie par sa délimitation dans le temps, autour de la naissance. Naître au monde, naître parent génère une crise psychique individuelle, conjugale et familiale, dans une société donnée, invitant à prendre en compte la famille et le remaniement de ses liens dans sa globalité. La grossesse et la naissance se présentent comme une violence du corps à l'égard de la psyché, du tiers dans l'entité du couple, de l'ascension dans les générations pour la famille élargie, qui brouillent le fonctionnement habituel du système familial, l'obligeant à trouver un nouvel équilibre.

Il s'agira dans cet atelier de trouver une définition commune de la violence périnatale, d'en délimiter quelques paramètres et de l'appréhender au travers de différentes situations cliniques issues du champ médico-social de la protection de l'enfance et, ainsi d'envisager comment identifier la violence, la recevoir et l'accueillir, lui répondre et la prévenir. Il s'agira de comprendre comment le projet de fonder une famille bouscule les repères des différents protagonistes et comment les soignants peuvent les accompagner en resituant le sujet dans une circularité relationnelle.

LE GÉNOSOCIOGRAMME : UN OUTIL D'INVESTIGATION ET DE TRAITEMENT

Mme Nathalie DURIEZ

Dans une société où l'individu passe avant le collectif, où l'injonction à être autonome domine sur les loyautés familiales, nous constatons de façon paradoxale l'engouement de plus en plus grand de nos contemporains pour la généalogie. Dans le travail que nous pouvons faire avec nos patients, le génosociogramme va bien au-delà d'une simple recherche généalogique car il met en évidence sur plusieurs générations les liens et les rapports socio-affectifs présents et passés, les sentiments d'attrait ou d'aversion, les rejets, les exclusions, les croyances, le dit et le non-dit, les « trous », les « oublis », les répétitions, etc. Si le génosociogramme est un excellent outil d'investigation, dans quel contexte est-il un outil de traitement pertinent ? Sachant que le génosociogramme peut révéler les loyautés familiales, les mécanismes de défense partagés par la famille, les patterns de régulation émotionnelle préférentiels, les stratégies de coping des uns et des autres, quelles sont les difficultés auxquelles le soignant peut se heurter dans la mesure où cet outil lui permet de s'approcher de très près des paradoxes entre le mythe familial et les transactions familiales ?

