

Le refus de soi

Cet atelier a pour objectif de parler de ces patients qui au-delà de malmener leurs psychismes et parfois, de fait leurs enveloppes corporelles, par les conduites addictives peuvent être amenés à attaquer encore plus concrètement leurs corps.

Nous travaillons au CHU de Nantes, dans l'unité d'hospitalisation pour les sevrages à une substance, dits « complexes ». Notre approche se veut intégrative avec différentes orientations de soins possibles (médicaments, médiations groupales thérapeutiques, entretiens individuels d'orientation psychanalytique, systémique, solutionniste...) et l'accompagnement possible vers la réduction des risques et des dommages.

Nous allons vous présenter deux vignettes cliniques qui nous ont marqués et nous marquent encore. L'une concerne un jeune homme présentant une schizophrénie et qui se mutilé régulièrement, pas toujours sous l'emprise des produits, et avec une escalade dans les passages à l'acte qui ne sont finalement pas que suicidaires. L'autre concerne une femme qui met en acte ses pulsions de mort et son vécu de déchéance avec des injections qui putréfient son corps et ce finalement peu importe la substance psycho-active qu'elle peut s'injecter.

Nous avons choisi de vous présenter 2 vignettes particulièrement difficiles mais symboliques de la mise en mots / maux possible par le corps et de partager nos ressentis et vécus d'impuissance mais aussi de créativité que ces patients suscitent encore dans notre lieu de soins.

Vignette de Charlotte

Charlotte à 42 ans, elle est née à Lisieux. Elle est issue d'une famille très aisée.

Sa mère souffre de troubles bipolaires (non précisés) et a été atteinte d'un cancer du col de l'utérus.

Son père est décédé en 2011 d'un cancer de l'hypophyse.

Elle est détentrice d'un BAC+2 commerce qu'elle n'a jamais exploité. Elle a travaillé quelque temps en usine.

Elle touche aujourd'hui l'AAH et elle est sous curatelle depuis 2017.

Elle a vécu un temps dans la région du Havre puis à Rouen pour arriver à Nantes en 2013.

Elle vit en couple avec Murielle depuis 2011, elles n'ont pas d'enfant (Murielle a de son côté des enfants majeurs). Elles ont pris un appartement ensemble en arrivant sur Nantes. Mais les difficultés dues aux produits entraînent un épuisement de sa compagne qui la renvoie. Elle se retrouve à la rue pendant 6 mois. Elle est aujourd'hui hébergée dans un appartement du CHRS.

Elle est suivie par le CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) depuis son arrivée à Nantes.

Elle est en rupture complète avec son entourage familial :

- Sa mère avec qui elle est en grand conflit. Elle l'appelait surtout pour lui demander de l'argent. Maintenant qu'elle est sous curatelle, elle a pu toucher son héritage (rente annuelle sur des parts dans des entreprises) qui lui était refusé avant.
- Un frère qui vit en Argentine (marié, 2 enfants) avec lequel elle n'a plus de contact. Il est venu il y a quelques années pour la voir à Nantes mais elle a mis en échec cette visite (ne s'est pas présentée au rendez-vous car sous l'effet des produits).

Elle refuse tout ce qui vient de cette famille.

Malgré le nombre d'années qu'elle est suivie par les différents acteurs, les renseignements sont assez pauvres.

Histoire de la maladie :

Début des consommations à 17 ans : cocaïne, héroïne, alcool.

Charlotte fait sa première tentative de suicide à 19 ans avec le traitement de sa mère.

Elle a souffert de troubles alimentaires de type boulimie avec vomissement puis anorexie mentale restrictive de 20 ans à 22 ans.

Elle multiplie les scarifications et les tentatives de suicides entre ses 19 et ses 26 ans. Ce qui entraîne de nombreuses hospitalisations avec finalement un diagnostic de troubles de la personnalité de type « border line ».

Elle fera 15 TS avant 2009.

Début des injections en 1999 à 23 ans avec du Subutex qu'elle mésuse jusqu'en 2009. La première injection est lors de la primo consommation de Subutex. Puis elle est substituée par méthadone mais il y a persistance de la dépendance à l'injection (« voir mon sang pour vérifier que je suis en vie »).

Elle fera deux hospitalisations pour sevrage sur Paris, la dernière en 2013 sera suivie d'une d'abstinence de 6 mois.

Premier contact avec l'addictologie du CHU Nantes en mars 2014 à la suite de 3 hospitalisations en psychiatrie pour idéations suicidaires et « descente de cocaïne » difficile (idéations suicidaires majorées dans ce contexte de « descente »).

Malgré sa vie à la rue, elle reste assez féminine.

Maintien du lien addictologique en consultation et en liaison. Méthadone délivrée par le CSAPA.

Elle va aussi régulièrement au CAARUD.

Elle souffre aussi d'emphysème.

Une Hospitalisation Temps Plein d'avril à mai 2015 est organisée en addictologie: pour sevrage cocaïne, skénan, alcool, injections et soins au niveau des jambes (érysipèle puis ulcères nécrotiques sur les abcès liés aux injections). Injections qu'elle fait dans les toilettes publiques, voire entre 2 voitures dans la rue (à la vue de tous).

Sort suite à une 2ème reconsommation (cocaïne puis alcool) mais peut faire un bilan positif de cette HTP malgré qu'elle ait été désignée comme « bouc émissaire » par le groupe suite à un vol dans l'unité. Son lien avec le groupe est souvent difficile du fait de son odeur corporelle (liée à sa vie à la rue et à ses plaies), mais aussi de son aspect physique (vestmentaire et dans son vocabulaire) qui la classe tout de suite dans les « toxicomanes » ce qui entraîne, au sein du groupe, de la méfiance. Cela la rend malheureuse mais c'est un fonctionnement qu'elle repère et entretient malgré tout (consciente de la dynamique de groupe, des imagos qu'elle renvoie, mais ne peut / souhaite faire autrement à cette époque).

Somatique : Depuis 2 mois, présence d'abcès cutanés aux points d'injection de toxiques IV, en regard de la crête tibiale droite avec aggravation progressive. Prise d'antibiotiques initialement (AUGMENTIN pendant 7 jours en automédication) puis arrêt des antibiotiques et poursuite des injections au niveau de la plaie.

En juillet, apparition d'adénopathies inguinales droites douloureuses et d'une lésion érythémateuse de la face externe de la cuisse droite qui l'amènent à consulter aux urgences.

Aux urgences, tableau d'érysipèle sur abcès sous cutanés multiples, pas de défaillance hémodynamique, hémocultures faites, voie veineuse profonde jugulaire externe droite pour antibiothérapie par pénicilline (patiente impiquable en périphérie), et transfert dans un service de soin.

Elle a failli être amputée.

Etat dentaire déplorable mais elle refuse tout soin.

Une HTP en novembre 2016 est à nouveau organisée, suite à une demande de Charlotte pour réduire les risques associés à une augmentation des consommations. Les jambes sont toujours très abimées. Les soins se centrent sur l'état cutané.

Dans cette période elle va en consultation de suivi pour les plaies vasculaires, le résultat :

Plaies des deux jambes inférieures, peu suintantes, avec bords nécrotiques mais non actifs (pas de pourtours violacés). Nombreuses ulcérations +/- creusantes, un peu fibrineuses.

Pas de signes de surinfection.

Une HTP en juin 2017 est réalisée:

Découverte d'une hépatite C. active, un traitement est mis en place. Les plaies des jambes sont toujours présentes. Une information sur la réduction des risques vis à vis des injections et du VHC est

faite. Charlotte prend conscience que le skénan Per Os est plus efficace sur les douleurs qu'en IV... Nous avons demandé l'avis de l'équipe mobile de la douleur pour tenter une modification du traitement antalgique par SKENAN qui est partiellement mésusé. Charlotte est demandeuse d'un traitement transdermique. Proposition d'un relais par DUROGESIC 75 mg, qu'elle finit par refuser. L'équipe de la douleur propose de lui en reparler à son arrivée à la prochaine séquentielle.

Elle sort suite à une reconsommation d'alcool "pour me faire virer" (bière) et surtout en raison d'un craving important pour la cocaïne.

Cette hospitalisation permet la mise en place d'hospitalisations séquentielles et une rencontre de Murielle pour discuter des soins, de l'inquiétude partagée et du VHC. Murielle est très présente et soutenante, mais semble aussi épuisée...

En juillet : Validation du traitement par HARVONI pour 8 semaines.

Une HTP en séquentielle d'une semaine en septembre 2017 est réalisée :

Charlotte semble aller mieux depuis la précédente HTP, restaurée sur le plan physique et psychique.

Elle a pu expérimenter plusieurs jours sans injection.

Elle est inquiète pour son amie dialysée 2 fois par semaine.

Elle est mise en difficultés par les démarches administratives.

Son intégration a été plus difficile avec le groupe des patients.

Elle a pu maintenir l'abstinence pendant une semaine.

Charlotte a accepté un switch skénan/ patch de durogésic. (Relais skénan 100 x 2 par durogésic 75 microgrammes), ce qui permet de limiter le mésusage. Il est bien accepté.

Charlotte a été revue par l'équipe mobile Douleur. Bonne tolérance du Durogésic / douleur, pas de craving.

Elle demande sa sortie contre avis médical avant la fin prévue de son HTP, suite à une reconsommation d'alcool, au fait qu'elle ait été, à nouveau, mise à mal par une accusation de vol dans l'unité, et principalement par le fait qu'elle reçoit son argent le soir-même, et qu'elle est envahie par une envie de consommer de la cocaïne.

Suite à une radiographie pulmonaire modifiée par rapport à celle de 2016, un scanner est demandé auquel elle ne se présentera pas.

Sérologie virale de l'hépatite C toujours positive car il y a eu une mauvaise observance du traitement. Après avis du spécialiste, la reprise d'un traitement par HARVONI est décidée.

Sa sortie contre avis médical ne remet pas en cause le soin et elle semble investir les séquentielles et la prise en charge, comme des temps pour prendre soin d'elle et se (re)poser.

Entretien infirmier de réduction des risques fin septembre 2017 avec un infirmier de l'UGA et une infirmière du CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) :

Charlotte se présente agacée car elle vient d'être reprise car elle consommait de l'alcool devant l'unité.

Au niveau des consommations, elle met en avant sa baisse importante des pratiques d'injection.

Par contre, elle continue à les faire dans des toilettes publiques. Quand elle a son produit, elle ne peut pas attendre d'être chez elle.

Elle ne partage plus son matériel. Elle est parfois obligée d'utiliser 2 fois le même, mais n'emprunte plus jamais de matériel.

A ce jour, il faut qu'elle se prenne en main pour faire ses démarches administratives sous risque de se retrouver à la rue avec les conséquences inévitables d'augmentation des consommations.

Synthèse avec les partenaires + Charlotte fin 2017, à l'occasion du départ à la retraite de son médecin référent.

Objectifs sociaux mis en avant : démarches actives pour la mesure de protection, la gestion de son argent et la recherche d'un logement. Les équipes acceptent le passage hebdomadaire des IDE (et non plus quotidiens) pour les pansements. Les objectifs de soins addictologiques sont désormais clairement annoncés et assumés : réduction des risques et des dommages avec inquiétude partagée sur le risque d'amputation voire de septicémie et donc de décès...

HTP séquentielle en février 2018 :

Fait un bilan plutôt positif entre ses 2 séquentielles: démarches administratives faites, amélioration des relations avec sa compagne.

Elle a reprise les IV skénan et cocaïne. Il y a cependant une amélioration des plaies: elle fait ses pansements quotidiennement, et 1 fois /semaine par IDE (CAARUD)

Sérologie VHC: Charge virale indétectable.

Elle se questionne sur le suivi des soins: séquentielles, suivi médical (départ du médecin référent au CSAPA). Elle demande des consultations de suivi dans le service avec médecin + IDE.

Elle se présente fière d'elle et de cette hospitalisation. Elle peut dire qu'elle lutte contre le craving. Mais elle peut voir aussi les effets positifs de l'abstinence "je suis pas pire".

Se projette vers la sortie: objectifs d'1 jr / semaine sans consommer.

Elle demande à avoir des rdv conjoint (médecin + IDE). Elle veut travailler la RDR avec le CAARUD. Elle est motivée par les séquentielles. La prochaine est programmée pour le mois de mai.

HTP séquentielle en mai 2018: ne s'est pas présentée.

Son traitement:

1. Cholécalférol (Vitamine D3 (**ZYMAD**) 80 000 UI/2ML buvable)

80 000 UI, 1 ampoule(s), PO, tous les 14 jours

2. Lévomépromazine (Lévomépromazine (**NOZINAN**) 100MG cp)

100 mg, 1 cp, PO, 1x/jour (coucher)

3. Lévomépromazine (Lévomépromazine (**NOZINAN**) 25MG cp)

25 mg, 1 cp, PO, 1x/jour (matin)

4. Lormétazépan (Lormétazépan(**NOCTAMIDE**) 2 mg comprimé)

1 cp, PO, 1x/jour (soir)

5. Miansérine (Miansérine(**ATHYMIL**) 10MG cp)

30 mg, 3 cp, PO, 1x/jour (coucher)

6. Oxazépan (Oxazépan (**SERESTA**) 50MG cp)

50-0-25-50 mg, PO

7. Paracétamol (**Paracétamol** 500MG cp)

1 000 mg, 2 cp, PO, 2x/jour (matin,soir)

QSP 1 mois

8. Morphine orale immédiate (Morphine (**ACTISKENAN**) 10MG gélule Li)

10 mg, 1 gélule(s), PO, toutes les 6h, PRN: Douleur

QSP 7 jours

CLINUTREN 1/jour QSP 1 mois

Méthadone solution buvable: 60 mg matin et soir car métabolisme rapide. Délivrance au CSAPA.

Poursuite du Formotérol (Formotérol (**FORADIL**) 12 µg/dose pr inhal.)

1 bouffée, INHALEE, 2x/jour (matin,soir)

Allergies

SOLIAN 100MG CPR

Les dernières nouvelles :

Il y a eu un entretien conjoint fin novembre 2018, avec le Médecin du CSAPA, le médecin de l'UGA et un infirmier référent de l'UGA.

Il a été convenu une reprise des séquentielles à l'UGA : une semaine tous les 2 mois avec comme objectifs co-construits : reprendre un rythme, se réalimenter correctement, prendre soin de soi, faire le point sur ses plaies. Entre les séquentielles, les objectifs ont été posés ensemble : aller aux RDV avec le médecin du CSAPA en présence si possible d'un IDE référent de l'UGA.

Les plaies des jambes sont toujours présentes et elles s'améliorent lentement. Des soins infirmiers sont programmés 3 fois par semaine à son domicile et elle arrive à être présente 2 fois sur les 3 en moyenne.

Elle continue à s'injecter de la cocaïne et du « skénan de rue ». Le skénan prescrit lui sert contre la douleur. C'est un contrat passé avec son médecin addictologue qui refuse d'être son « dealer » ce qu'elle accepte et donc elle aménage.

Elle fait toujours la « manche ». Elle va sur les marches des églises et exhibe ses jambes. C'est pour payer ses produits car elle refuse de se servir de l'argent de sa famille pour son addiction.

Il y a une négation de sa féminité qui est de plus en plus flagrante.

Malgré son aspect et la difficulté de la prise en charge, Charlotte sait créer et conserver le lien. Elle est très entourée : sa compagne avec qui elle est séparée mais qu'elle voit plusieurs fois par semaine. L'UGA où elle a de bons liens médicaux et infirmiers. Le CAARUD, le CSAPA et les assistants sociaux du CAARUD et de l'UGA qui travaillent ensemble.

Les points essentiels de cette prise en charge

- Les pulsions de mort sont autant en action que les pulsions de vie ;
- La déchéance physique est agie / actée par les injections dans les zones nécrosées avec des odeurs de putréfaction....c'est à dire en miroir de l'estime qu'elle a d'elle même mais aussi avec un bénéfice secondaire assumé sur la manche ;
- L'histoire de vie et les probables traumatismes précoces restent inabordables malgré la qualité du lien qui reste préservé avec les différentes équipes qui interviennent autour d'elle : la multiplicité des intervenants lui permet sans doute de ne pas trop se « dévoiler » (ce qu'elle reconnaît aisément en entretien individuel) ;
- Le contre transfert est lui aussi ambivalent entre attachement et rejet : personnalité sympathique et vivante dans ses interactions et centres d'intérêt versus odeur et passages à l'acte renvoyant à l'impuissance des soignants...le statut de « bouc émissaire » renvoie aussi les professionnels à leur propre ambivalence ce qui génère parfois un clivage au sein de l'équipe ;
- Le lien semble malgré tout suffisamment sécurisant pour qu'elle revienne régulièrement demander des hospitalisations courtes mais nécessaires à une certaine restauration de soi (physique et psychique). Cela nous a amené à repenser le cadre de nos soins : les objectifs de soins (réduction des risques), nos exigences et limites (durée courte pour éviter des consommations inévitables pendant les soins et aboutir à des sorties non contractualisées), notre fonctionnement (anticiper autant que possible son intégration dans un groupe de patients capable de faire avec son fonctionnement et ne pas trop la stigmatiser : lui montrer une autre facette que celle de « bouc émissaire ») et notre posture (accepter que les injections continuent, comme moyen de se prouver à elle même qu'elle est en vie, et les nommer plutôt que de les nier).

Vignette de « Jeff »...

Je vais vous présenter la vignette d'un patient polytoxicomane au sein de l'unité G. Apollinaire, que nous prénommerons « Jeff » pour la journée et ce dans le respect de son anonymat. La complexité de sa PEC est tant sur l'approche addictologique que sur l'approche psychiatrique et pour répondre à l'intérêt du jour sur la dimension « corps et âme » et à la notion du « refus de soi », des passages à l'acte auto-agressifs venant atteindre son intégrité corporelle propre.

En mai 2017,

Son psychiatre de secteur adresse Jeff pour une prise en charge addictologique. Il a 34 ans, je vais vous faire part de cette lettre de liaison adressée au service.

« Il s'agit d'un patient suivi par un psychiatre en ville et au CMP de secteur pour une schizophrénie dysthymique depuis une quinzaine d'années (2001).

Il bénéficie d'un traitement par CLOPIXOL AP 400 mg tous les 14 jours, traitement qui permet une parfaite stabilisation de sa psychose.

Jeff a perdu sa mère suite à un cancer rapidement évolutif et meurtrier en décembre 2016. Cette mère était extrêmement étayante et son décès est venu profondément le déstabiliser dans ses repères et son quotidien.

Depuis, Jeff présente un certain nombre de symptômes de la sphère dépressive. Il est plus fermé, triste, il s'isole beaucoup chez lui et tient un discours pessimiste. Il existe des consommations de plus en plus massives et régulières de toxiques. Jeff a toujours consommé régulièrement du cannabis et tabac depuis ses 15 ans, de l'alcool et des médicaments psychotropes (dont des Benzodiazépines) depuis ses 18 ans avec une dépendance aux SPA depuis ses 23 ans dont les NPS, cocaïne, crack, héroïne/opium, par voie nasale et IV depuis ses 30 ans, dans une recherche d'effet thymorégulateur et/ou dissociatif.

Mais ces derniers mois les consommations se sont majorées, venant anesthésier la souffrance dépressive. La famille, qui se mobilise beaucoup et apparaît comme une véritable ressource, est très inquiète de la situation actuelle de Jeff.

En effet, il a été hospitalisé en mai 2017 après avoir verbalisé auprès de son infirmière référente au CMP des idées suicidaires. La contenance du service avait permis d'apaiser la crise suicidaire et un traitement par XEROQUEL avait été mis en place. Malheureusement, le traitement n'a pas été observé et Jeff s'est de nouveau réfugié dans les produits à sa sortie. Il a été réadmis en SPDT 10 jours après sa sortie suite à une IMV (XEROQUEL, TERCIAN, THERALENE). Il n'y a aucun élément évocateur d'une décompensation psychotique. A son arrivée, il se présentait vide, triste, amenant un discours négatif sur la vie, laquelle « n'a plus rien à m'apporter ». Il existait des troubles du sommeil, un vécu auto-dépréciatif, de l'anxiété et des propos mortifères.

Le traitement par XEROQUEL a été repris. Le traitement de fond antipsychotique switché. Il a été décidé en accord avec son psychiatre traitant de mettre en place une molécule plus thymorégulatrice (ABILIFY MAINTENA).

Nous travaillons avec Jeff sur la mise en place d'un étayage plus conséquent (CMP, éducateurs, psychologue, loisirs ...) sur l'extérieur. L'hospitalisation a été l'occasion d'évoquer la question des produits Jeff à bien conscience du caractère délétère de ses consommations pour son état de santé et sa redynamisation. Il est demandeur d'aide et est volontaire pour un travail en consultation d'addictologie. Il n'envisage pas pour le moment d'arrêter le cannabis et l'alcool mais il aimerait pouvoir maîtriser sa consommation. En revanche il estime que la cocaïne et l'héroïne le mettent en danger et aimerait durablement se mettre à distance de ces produits et de l'imprégnation des toxiques. »

Août 2017

Son suivi addictologique commence en août. Jeff cherche à s'informer sur les risques liés à la consommation de crack. Il semble bien conscient de la nécessité d'arrêter mais reste ambivalent quant à une abstinence totale, tout en minimisant les consommations associées d'alcool et de cannabis. Une PEC à Apollinaire est envisagée.

Dans une deuxième consultation, Jeff dit vouloir vraiment arrêter les produits mais dit-il « il faut toujours que je sois à la recherche de mon trésor » à savoir, toujours aller plus loin dans l'expérience de la défonce. Très attiré par les nouvelles drogues de synthèses, malgré ses multiples passages aux urgences sous produits pour des troubles du comportement et des

redescendentes difficiles avec ce qu'il nomme des « délires parano ». Il reste motivé par un lit bilan à Apollinaire de 4 jours et une date d'hospitalisation est programmée pour novembre 2017. Les hospitalisations en lit bilan sont des hospitalisations de 4 jours visant à réaliser un bilan bio-psycho-social de la situation des patients (évaluation addictologique et psychiatrique par les médecin et IDE, rencontre avec l'assistante sociale, bilan organique par le médecin généraliste de l'unité si besoin / point d'appel, sinon simple bilan biologique et ECG) et de proposer des soins spécifiques.

Novembre 2017

Pour cette hospitalisation courte de 4 jours, Jeff vient accompagné de sa cousine. Je me souviens bien de cette rencontre pour le moins inhabituelle. J'ai fait son entretien d'accueil et c'est bien la première fois depuis que je travaille à Apollinaire où je me suis vu interrompre l'entretien. C'était bien plus la symptomatologie psychiatrique qui s'exprimait au premier plan et la communication avec sa cousine sur son état actuel qui permettait d'évaluer la priorité d'un soin en unité de psychiatrie, remettant ainsi en question la possibilité à ce que Jeff puisse s'inscrire dans le cadre de soin de l'unité pour le moment. Je me suis vu interrompre la réunion clinique et solliciter le médecin responsable, le Dr CHOLET, pour la nommer. Au vu de l'entretien, de son refus de parler dans un premier temps, son imprévisibilité psycho-motrice (alternant des sons, jargons, mouvements d'art martiaux, saute sur son siège...), de son vécu persécutoire, se focalisant sur les lunettes du médecin, percevant des halos de couleur autour de chacun de nous, pouvant se jeter en avant et ce malgré la présence contenante de sa cousine, nous faisons la demande d'hospitalisation en psychiatrie avec un transfert immédiat possible sur son secteur (unité fermée) et la délivrance d'un traitement sédatif. Grâce à la présence de sa cousine qui nous accompagne jusque dans l'unité, Jeff accepte de nous suivre et prendre son traitement. Il est cependant convenu de travailler le lien addictologique avec le médecin et l'infirmier et de prévoir un lit bilan à la suite de son hospitalisation. Modalité peu commune pour une entrée...

Liaison addictologique

Nous tentons de garder le lien tant fragile de cette entrée par de la liaison addictologique pendant son hospitalisation en psychiatrie (consultations par le médecin et un IDE puis un IDE seul, au sein de l'unité fermée). Le ressenti de ce travail tant auprès du patient qu'auprès de l'équipe soignante est teinté d'une ambiance pesante. Jeff développe un discours clivant entre les équipes soignantes (addictologie *versus* psychiatrie) et son médecin référent pour cette hospitalisation, c'est-à-dire le psychiatre qui le prend en charge en hospitalisation. Pour rappel, Jeff bénéficie alors d'un suivi par un psychiatre libéral qui reste à ce moment de la prise en charge, le médecin référent de sa prise en charge globale...

Tandis que cette ambiance vient interroger la dynamique et la référence de la prise en charge, Jeff présente des troubles de son comportement avec une agitation psychomotrice attribuée par l'équipe de psychiatrie comme fortement liée à une imprégnation massive en toxiques et qui nécessite plusieurs jours de prise en charge en chambre de soins intensifs et la mise en place le 20 novembre d'une mesure de contrainte qui sera levée le 23 novembre. L'hospitalisation est marquée par cette alternance entre phases d'apaisement psychique sur les temps d'abstinence et de recrudescence des troubles du comportement avec altération du contact lorsque Jeff reconsume dans l'enceinte même de l'hôpital. Son comportement « de polytoxicomane », perçu dans une unité de psychiatrie, suscite une certaine tension au sein de l'équipe de soins (« *il n'a pas sa place ici, il est ingérable* ») ainsi qu'un certain rejet par les autres patients hospitalisés. Autrement dit se pose la question, au delà de la capacité de Jeff à s'intégrer dans le cadre des soins psychiatriques, de sa place même en tant que patient et sujet.

« Où devrait-il être pris en charge ? Quelle structure pourrait accepter / contenir ses débordements et de ce fait accepter sa propre part d'impuissance ? »

C'est donc tout naturellement que Jeff nous (à nous équipe d'addictologie venant le voir en unité de psychiatrie), qu'il nous fait part d'idées noires et du risque de passer à l'acte contre lui-même, s'il devenait totalement abstinant.

Dans cette confusion des places de chacun et des symptômes présentés par Jeff, nous sommes tous confrontés au principe de réalité :

Jeff est victime **le 22 novembre**, au sein de l'unité, d'une agression à l'arme blanche par un autre patient. L'équipe a dû s'interposer entre eux et faire appel aux renforts pour une situation qu'elle ne pouvait maîtriser seule et mettre en sécurité Jeff pour prendre tout de suite en charge les soins de premiers secours avec compression de l'hémorragie au niveau de son cou et de sa joue. 3 soignants ont comprimé les différentes plaies hémorragiques et l'a mis en sécurité dans la salle de soins en position allongée, jambes surélevées. Appel de l'IDG de psychiatrie et de l'interne de somatique, premiers soins mis en place et appel du poste de sécurité afin qu'ils appellent la Police ainsi que le SAMU. Pose de voies veineuses périphérique. La Police et la SAMU sont intervenus et ont continué la prise en charge de Jeff jusqu'à son transfert en urgence au CHU où il a bénéficié d'une intervention chirurgicale afin d'explorer et suturer ses plaies (visage, cou et main droite). Cet événement vient montrer la mobilisation des professionnels de santé sur la PEC somatique et la santé de Jeff. Il est réadmis au sein de l'unité dès le lendemain.

Finalement, l'hospitalisation en lit bilan sur l'unité G .Apollinaire se fait du **18 au 22 décembre 2017**.

Jeff se présente avec un meilleur contact qu'au dernier entretien sur l'unité de psychiatrie pendant lequel il était à nouveau dispersé et imprévisible, tout en reconnaissant qu'il y avait eu une consommation de THC et NPS (méthamphétamine).

On lui rappelle les règles de l'unité (déjà énoncées pendant les consultations en liaison) : exigence d'expérimenter l'abstinence pendant les soins, les modalités d'une unité ouverte, la participation aux médiations groupales et individuelles, ce qu'il semble accepter.

Sur les entretiens individuels infirmiers, il est convenu d'investir certains outils comme la palette des émotions pouvant être la porte d'entrée à une certaine affiliation. En effet, Jeff continue à nous interpeller sur ce terrain pendant nos échanges, nous décrivant « de quelle couleur » nous sommes (c'est-à-dire la couleur du halo qui nous entoure selon lui) selon les moments et ce que cela signifie pour lui (colère, bienveillance, méfiance...). Jeff se prête à l'expérience et partage (avec plus de précisions) sa vision sur les halos de couleurs

lumineuses qu'il perçoit autour des gens. Ses hallucinations visuelles se colorent d'après sa perception sensitive de la personne, du lien qu'il crée et redonne ainsi la nature du transfert positif ou négatif, selon un code que l'on pourrait définir d'archaïque, mélange du vécu d'angoisses massives et d'un mysticisme certain voir divin. Pour ma part, j'avoue avoir été embarqué sur un terrain peu commun, créatif dans l'utilisation de l'outil avec un univers tout aussi productif que déroutant et qui a surtout permis un lien de confiance, de soutien et de reconnaissance de sa souffrance (sans pour autant valider les phénomènes hallucinatoires).

Jeff est comme animé sur les temps de repas et les temps de soins formels (groupes, entretiens individuels) mais a tendance à s'isoler sur les autres moments de la journée que nous ne ponctons pas. Il fait un bilan positif de cette hospitalisation qui est marquée par l'absence de consommation de SPA avec majoration des troubles du sommeil et craving important pour la cocaïne, et par l'absence de trouble du comportement. Dans sa recherche de lien et d'attention, Jeff a pu s'identifier au groupe de patient. Il reste en difficulté pour différencier les soins addictologiques des soins psychiatriques (ce qui était assez prévisible au vu du premier contact et de notre propre confusion initiale).

Nous convenons donc de poursuivre les soins addictologiques par des hospitalisations séquentielles de 4 jours tous les mois dans un objectif de réduction des risques et de différenciation des espaces de soin (pas de suivi en consultation médicale en raison de la fréquence des hospitalisations et de la présence de 2 psychiatres dans le suivi – libéral et hospitalier).

Nous avons pu réaliser un entretien de sortie avec l'oncle maternel de Jeff, personne soutenante et aussi désignée par la mère (décédée) comme celui devant s'occuper de son fils. Il nomme l'épuisement familial dont Jeff a conscience. Nous abordons les ressources et les difficultés relationnelles de Jeff, son besoin de tester le lien, mais aussi l'engagement et le « tyrannisme » présent dans l'inquiétude et la mobilisation de son entourage (injonction familiale d'« arrêter » et de « prendre soin de lui », sans vraiment savoir ce qui devrait être arrêté, ni ce que cela représente le « prendre soin de soi » et sans pouvoir nommer les conséquences si jamais Jeff n'obtempère pas...).

La sortie du lit bilan consiste en un retour dans l'unité de psychiatrie (ce qui est très inhabituel) et la sortie définitive est actée le **22 décembre**, Jeff présentant une certaine

stabilité clinique ainsi qu'une certaine lassitude vis-à-vis de cette hospitalisation de 2 mois. Il souhaite poursuivre les soins en ambulatoire.

Malgré l'objectif de différencier les soins, sur la programmation de la première hospitalisation séquentielle de **janvier 2018**, une hospitalisation en unité de psychiatrie est organisée en amont du lit bilan afin de sécuriser son état psychique et lui permettre d'accéder le plus possible aux soins addictologiques. Jeff ne peut à nouveau s'inscrire dans le soin, l'hospitalisation s'est interrompue au bout de 2 jours pour « vol de tablette ». Il se présente 2 jours après pour faire le point sur cette hospitalisation.

Il revient en **février 2018** : point fait dans l'entre séquentielle : consommations de crack, pas de consommation de LSD ni MDMA ni Speed.

THC pas de consommation depuis 2-3 semaines, OH occasionnel, tabac environ 20 cig/j, dit fumer des plantes (?) qui poussent devant chez lui, sans effet...

Bonne présentation et bon contact en entretien, attend de l'H° de reprendre un rythme de repas et de sommeil, contrat reposé d'aucune consommation pendant la prise en charge. Il n'a pas été vu par le médecin, il a fugué avant l'entretien médical. Une consultation avec l'addictologue est alors proposée pour redéfinir le sens des soins addictologiques, le sens des hospitalisations séquentielles et plus généralement de définir des objectifs de soins addictologiques.

Jeff est présent à la consultation de suivi addictologique en **avril 2018**. Il s'excuse du dernier lit bilan "manqué": « impossible d'attendre ». Jeff fait à nouveau la demande de reprendre des séquentielles.

A nouveau plusieurs prises / jour : THC (tous les jours), crack (1 pipe / jour), héroïne fumée (exceptionnellement), pas de NPS, mésusage de benzodiazépines (stock) avec une appétence qui l'amène à s'énerver quand le médecin refuse de lui en prescrire...

La séquentielle se fait du **7 au 11 mai 2018** :

Jeff arrive avec un meilleur contact, il fait le lien avec l'absence de consommation de NPS. Toujours des consommations de cocaïne fumée (échanges de pipes à crack) et THC quotidiennement, consommation d'ecstasy et d'héroïne occasionnellement.

On parle de la RDRD: connaît le CAARUD...

On évoque la communauté thérapeutique "on en reparle en septembre si je n'ai pas arrêté".

Dans la répétition de l'agir et de la discontinuité des soins, Jeff fugue de l'hospitalisation dès le lendemain.

Passage aux urgences fin juin 2018 (23/06)

Alors que Jeff était chez lui, et après avoir fumé du cannabis (un joint), il s'est donné plusieurs coups de couteau dans le cou puis dans le thorax. Il présente une plaie au cou de 5 cm, 9 plaies thoraciques, un pneumothorax et 17 points de suture sont nécessaires, ..

Pendant l'entretien, il se présente de bon contact, très fatigué. Jeff décrit une thymie basse avec absence d'activités occupationnelles, un ennui au domicile. La sensation de désœuvrement semble alors prédominer pendant l'entretien.

On ne retrouve pas d'effraction délirante en entretien. Il dit ne pas souffrir d'activité hallucinatoire ou délirante . Il décrit un geste impulsif sans phénomène de déréalisation, sans injonction ni syndrome d'influence. Geste à intentionnalité suicidaire nette. Il critique peu son geste ce jour, ne voyant pas de solutions à son état actuel, avec des idées d'incurabilité. Il est en demande d'une hospitalisation, bien qu'il ne sache comment on pourra l'aider.

Une hospitalisation en Psychiatrie adulte en HL fait suite. Il revient donc sur le site et nous sommes amenés à le croiser...

La présentation de Jeff n'était que plus marquante ! De voir ses agrafes au bas de son cou, de manière circulaire, me faisait référence en toute spontanéité à la vision de Frankenstein ! Comment se corps pouvait être meurtri par cet agir et exprimer, adresser à l'autre la « coupure » entre « le corps et l'âme ». Comment pouvons nous penser le risque associé du retour à son domicile et comment éventuellement l'accepter? Quelle place pour les

consommations dans cette présentation si morcellée et parcellaire ? Fallait-il aussi envisager une « coupure » vis-à-vis des consommations (un tel passage à l'acte après un seul joint...)?

Cette « coupure » fait référence au travail de génogramme fait en post-cure en 2003 et 2006. Voici les transmissions qui nous sont parvenues avec la collaboration de nos partenaires :

« Famille marquante. Jeff est adressé par un secteur de St Jacques pour état délirant et dissociation, dans un contexte où son père était venu à St Jacques avec le fait de le prendre en photographie et Jeff disant que son père lui avait volé son âme, père avec qui il n'avait plus de lien et sa mère qui décrit ce père comme dangereux.

Travail sur le génogramme qui a pu débuter après plusieurs sollicitations sur la présence du père et qui a pu se faire.

Mère qui dit fuir cet homme qui a une double vie. Famille en Bretagne. La séparation parentale est assortie de 15 ans de procédure judiciaire avec plusieurs déménagements y compris à La Réunion où la mère se met en couple avec un militaire. Elle dit que le père est venu enlever les enfants pour les circoncire, avec une autre procédure judiciaire. La mère revient en Métropole avec les enfants. Jeff, alors adolescent, commence les consommations et après 2-3 ans arrive à l'institut, dans un contexte de conflit parental et se dit "coupé en deux".

Mère, d'une famille d'agriculteurs avec qui résidaient des ouvriers, notion d'abus sur elle et soeur(s). Ce travail familial vient parler de madame et de son rapport aux hommes.

Père qui a pu se décrire comme bigame, vivant entre la France et la Kabylie, a une fille de l'âge de Jeff et un autre garçon. Dit avoir eu peur et être inquiet lorsqu'il s'est aperçu que madame était partie du foyer avec les enfants, et qu'il est parti à leur recherche.

Jeff a pu recouper ces 2 histoires et partir en Algérie voir son 1/2 frère et 1/2 soeur.

Son premier et son deuxième prénom signifient, par ses 2 familles, en celte et en kabyle, "généreux".

Le frère qui a 2 ans de moins que lui, porte aussi un prénom et un deuxième prénom avec la même signification dans ces 2 cultures. Ce frère paraissait plus agressif dans le lien.

A une 1/2 soeur issue de l'union de sa mère et du conjoint militaire qui s'appelle Léna qui a 6 ou 7 ans de moins que lui.

A cette époque (2003 et 2006), la question diagnostique se posait autour de sa structure, notamment sur un état limite, dans un contexte d'être entre deux pays et de conflit parental, de penser être une trahison de l'un pour l'autre, d'insécurité. Effectivement les consommations l'amenaient à ce qu'il se déstructure. La question autour d'un certain mysticisme du côté de la famille maternelle se posait aussi. »

A la lumière de ces informations, nous faisons alors l'hypothèse que la coupure est sans doute aussi symbolique que mutilante, les consommations venant faire rupture de ses liens paradoxaux et nourrir la solution la plus essentielle du refus, refus de son contexte familial et part de là le refus de soi. Ce PAA venait aussi mesurer l'impact du contexte d'hébergement de Jeff (hébergement comme lieu de vie, lieu de sentiment sûr mais aussi lieu de passage de différents dealers, consommateurs, squatteurs...).

Comment la vision soignante ne pourrait-elle pas être affectée par cette dynamique de l'habitat tant interne qu'externe de la condition de Jeff ? La PEC sociale débute en juin 2018 dans ce sentiment de crise voire d'urgence et une fois de plus marquant.

Juin 2018

Entretien de consultation avec notre assistance sociale à la demande de son addictologue.

Objectif : effectuer des demandes de communautés thérapeutiques. Jeff n'a pas pu honorer les précédents RDV fixés, aussi, il s'agit d'une 1^e rencontre ce jour.

Jeff vit seul à Nantes en appartement, célibataire sans enfant - mais à un ami qui "squatte" chez lui selon ses dires, il évoque un logement sal, insalubre (punaises de lit), qu'il souhaite quitter.

Il touche l'AAH et est sous curatelle.

Sur les motivations du projet de demandes de communautés thérapeutiques : Jeff évoque son souhait d'être "à la campagne", dans un endroit lui permettant "du repos". Ne veut pas

être en ville. Volonté de contact avec les autres, - "je ne veux pas être seul". Évoque le désir de "convivialité", d'être avec des personnes ayant des vécus similaires, qui lui ressemblent. Volonté de soutien. Désireux d'effectuer des activités.

Souhaite s'éloigner des addictions. Explique qu'il souhaite, au sein de la communauté dans laquelle il ira, pouvoir parler librement de "la religion", de ses "croyances".

Différentes communautés thérapeutiques sont évoquées, avec l'importance (et la difficulté) de trouver une communauté adaptée à sa personnalité, ses souhaits, mais aussi qui accepte les soins dont Jeff a besoin. En effet, avec l'importance d'évoquer auprès des communautés la schizophrénie (diagnostic finalement retenu par les différents médecins) et les injections dont Jeff a besoin tous les 15 jours au CMP. 4 communautés retiennent particulièrement l'attention de Jeff. Il est évoqué les délais d'attente des communautés thérapeutiques, souvent très longs avec l'importance que Jeff en ait bien conscience.

Aussi, il est convenu avec Jeff que l'assistante sociale contactera toutes les communautés, dont celles qui l'intéressent avec le rendu des possibles et des modalités des dossiers à constituer. Une discussion autour de la recherche de logement est nécessaire en attendant l'aboutissement du projet. Seulement il est difficile pour Jeff d'effectuer cette démarche de façon autonome. Son curateur aurait finalement dit à Jeff qu'il ne peut pas l'accompagner dans cette démarche et l'accompagnera seulement pour finaliser les démarches lorsqu'il aura trouvé un logement.

Dans la suite de cette PEC sociale, Jeff peut manquer des RDV, certaines demandes se voient refusées et d'autres annoncent des délais longs devant le manque de place disponible. Des rendez-vous en addictologie viennent l'étayer pour faire face à cette incertitude et cette attente.

2^{ème} PAA grave avec passage aux urgences en octobre 2018 (18/10), le lendemain du rendez vous avec l'addictologue...

Jeff est adressé pour récurrence de TS par IMV (1 plaquette de 10-12 cp de TERCIAN 100 mg) et plaies de la base du cou... Il n'a pas consommé d'alcool. Il reconnaît une consommation de

crack le matin des faits. Il s'est fait 2 plaies par arme blanche de la base du cou avec un coupe chou.

Une nouvelle orientation en HL sur son secteur fait suite à son PAA.

Jeff est depuis hospitalisé sur son secteur avec une PEC conjointe en CATTP et en HDJ d'addictologie. Cet HDJ (1 jour / semaine) vient étayer et soutenir la PEC en psychiatrie pour ce patient « complexe » (éviter d'être seul dans la PEC, Jeff ne voit plus son psychiatre libéral), mais a aussi pour objectif de poursuivre le travail de lien suffisamment sécuritaire pour qu'il puisse envisager un changement dans ses consommations et comportements.

Jeff participe comme patient expert dans l'accueil de nouveaux patients, et bénéficie d'entretiens infirmiers réguliers sur la RDR afin de minimiser les consommations sur les temps de permissions, consommations acceptées comme celles qu'il s'octroie, dans ce contexte et cet objectif (pas de consommation dans l'enceinte de l'hôpital, matériel propre, objectif à terme de réduire les consommations).

Le travail social a porté ses fruits, nous avons eu une réponse positive d'une communauté thérapeutique, en début de semaine alors qu'il est actuellement sur son hospitalisation séquentielle à Apollinaire jusqu'à vendredi avec retour sur l'unité de secteur. La Communauté thérapeutique valide l'admission le 09 janvier prochain. Le projet de la prochaine hospitalisation séquentielle se fera du 3 à 9 janvier pour un sevrage à Apollinaire avant son départ pour la communauté avec l'organisation du transfert.

Jeff se voit fatigué et nomme l'enjeu du projet, appréhende sa capacité à s'inscrire dans la communauté, avec comme tapisserie de fond une période de l'année qui lui est tout particulièrement difficile, ressassant l'histoire familiale (décès maternel) et son histoire personnelle (agression dans l'unité de soins).

Pour conclure,

La PEC de Jeff a été (est encore) un temps soit peu un challenge. Il nous a mis au travail sur nos propres liens entre les différentes instances, les différentes équipes et les différentes philosophies du soin. Au principe d'isomorphisme du système familial, il a pu nous inquiéter et nous a mobilisés, luttant contre les forces du clivage parfois teintées d'une

certaine tyrannie dans ses PAA, venant nommer une dynamique relationnelle dans son appel au corps soignant, aussi bien qu'une velléité suicidaire propre.

La notion du « corps et esprit » s'applique aussi au soin : penser avec créativité des PEC aussi complexes que la symptomatologie des patients et faire corps d'une manière contenante. La RDR semble bien « le refus de soi » à penser guérir mais accepter un accompagnement au moindre risque dans son sentiment d'impuissance, là où finalement nous ne maîtrisons pas grand chose, malgré nos spécialité respectives.

FIN (à suivre...)