G. DEDIEU, M. BOUDET

# Qui sont, que sont les malades difficiles? Ceux qui ne sont pas "faciles"?

Malades faciles : ceux qui demandent et acceptent les soins?, ceux qui respectent les règles et le cadre de soins?, ceux qui rentrent dans les attentes des soignants, ceux qui "guérissent", ceux qui restaurent notre narcissisme?, ceux qui nous disent en partant "merci, vous m'avez bien aidé"?...
Il y a quelques malades de ce type, tous les autres sont-ils difficiles?
Nous allons décrire deux grandes catégories de malades qui nous semblent "difficiles" :

1. ceux qui résistent aux changements
2. ceux qui réalisent des passages à l'acte.

## 1) CEUX QUI RESISTENT AU CHANGEMENT

Psychotiques mais autres pathologies, personnalités narcissiques en particulier.
Ils tirent d'importants bénéfices secondaires de leur pathologie et de l'hospitalisation.
Ils mettent en échec nos soins et nos projets.
Ils restent hospitalisés très (trop) longtemps parfois; ils reviennent à peine sortis.
Ces patients posent la question des alternatives à l'hospitalisation.
Il nous arrive même parfois d'accepter ou de réaccepter en hospitalisation des patients pour lesquels nous sommes convaincus que l'hospitalisation est inutile et inefficace.
Voulons-nous éviter de rester sur un échec, sommes-nous dans une illusion de toute puissance et d'efficacité?
Dans certains cas, nous maintenons l'hospitalisation et nous attendons la rupture, le clash, le passage à l'acte qui provoque la sortie.
Dans d'autres cas, nous acceptons la situation, l'enlisement et nous laissons s'installer la chronicité. ces patients ne nous demandent plus rien, se noient dans le fonctionnement quotidien.
Cela nous permet d'investir notre temps et notre activité de soignats, vers les nouveaux patients, vers ceux qui nous sollicitent, vers ceux qui passent à l'acte.
"Nous ne pouvons pas tout faire".

## 2) CEUX QUI REALISENT DES PASSAGES A L'ACTE

Nous ne détaillerons ni les passages à l'acte, ni les transgressions, ni les troubles du comportement,ni les pathologies ou structures de personnalité.
Nous considérons que les passages à l'acte et la violence sont une éventualité toujours présente et qu'il est important d'essayer de la prévenir, de ne pas la déclencher, de ne pas l'aggraver.
Mise en place des conditions spécifiques d'accueil et d'admission (bureau d'accueil, entretien conjoint médecin-infirmier, retrait des objets et des substances dangereux, mise en pyjama si nécessaire, niveau de "vigilance suicide", explications précises par rapport aux modalités d'admission, évaluation des antécédents, mise en chambre d'urgence si besoin, sur prescription médicale...).
Nous avons une unité d'admission fermée (HO-HDT-HL) et deux unités d'admission ouvertes.

Passage à l'acte chez un patient en HL :

- Dans certains cas cela aboutit à une sortie du Service.
- Dans certains cas transfert vers une unité fermée (sorties accompagnées ou pas de sortie, chambre d'urgence ou pas, contention ou pas,traitement injectable ou pas).
- Dans certains cas, transformation de l'HL en HDT ou en HDT U ou en HO.

Dans tous les cas, importance d'une prise de décision concertée entre les différents professionnels, expliquée au patient et respectée par tous.

- Si passage à l'acte
- Rappel du règlement intérieur du Service (affiché dans toutes les chambres).
- Rappel de la loi "générale" et si besoin, recours aux forces de l'ordre.
- Règle du "Qui casse paie".
- Dans certains cas, mise en chambre d'urgence, qui équivaut pour nous à des soins intensifs en psychiatrie. Protocole précis d'admission, de soins, de renouvellement (document ci-joint). 1 chambre d'urgence pour 60 lits.
- Si besoin, contention en chambre d'urgence ou en chambre standard (nous n'avons pas de protocole détaillé).

- Appel à du renfort si besoin.
- Système d'alarme (peu efficace).

Pour les malades difficiles (comme pour beaucoup d'autres) : contrats thérapeutiques, plans de soins qui favorisent la cohérence des soignants. Nécessitent cependant un minimum d'adhésion et d'implication de lapart du patient.

Sont également difficiles, les patients "leaders" qui génèrent des phénomènes de groupe, qui ont un ascendant sur les autres patients, qui détectent et utilisent les dysfonctionnements institutionnels. Un ou deux patients peuvent arriver à déséquilibrer facilement le fonctionnement d'une unité. Il s'en suit souvent un renforcement de la "parano" soignante : contrôles, vérifications, doutes, fonctionnement projectif. Solutions : séparer certains patients, éviter rencontres, visites....

Ces quelques lignes n'abordent pas la totalité des problèmes que posent ces malades difficiles; nous souhaitons seulement qu'elles permettent de lancer la discussion.

Guy DEDIEU
Cadre infirmier

Michel BOUDET
Psychiatre des Hôpitaux
Psychiatrie Générale ecteur A
Centre Hospitalier Ariege Couserans