

Dr Grison Curinier : Psychiatre

Ces Personnalités qui nous mettent en difficultés

Notes de N DELAGE

Troubles de la personnalité :

6 à 10 % de la population OMS

Entre 30 et 80 % en douleur chronique

Pas de troubles proprement associés à la douleur chronique

La DC est un facteur de modification de la personnalité

Notre place vient de la place où nous met le patient : cette place on l'occupe bien volontiers même un peu trop

SAUVER => Au risque d'Abandonner ensuite ?

Il veulent qu'on les sauve : ils nous mettent en place de les sauver : position du super héros : place gratifiante pour le soignant !

...si on n'y arrive pas ...on lâche => Vécu d'Abandon par le patient

REPARER/ LE REPARATEUR : => au risque de REMPLIR ?

Question des gestes techn, de la chir , des medic...

Quand elle vient s'empiler et juste remplir en déviant l'objectif initial

Réparer l'histoire infantile les liens primaires. Trauma anciens plus fréquents que dans la pop générale

IDENTIFIER => au risque de FIGER ?

IL faut une cause à leur douleur : une cause soma : Questions de l'identité // vulnérabilité => Attention cela peut figer

Comment faire alors ? N'Est-ce pas plutôt la rencontre qui est difficile ?

On va donc chercher des positions intermédiaires :

⇒ SECURISER plutôt QUE SAUVER

○ Peur de l'abandon / le lien est fragile / ils s'agrippent

- Pour leur permettre de se sécuriser : comment crée t'on un lien stable / qui donne confiance
- ⇒ ELABORER plus que réparer et remplir
 - Proposer des pistes
- ⇒ Transformer : pour changer il faut de la sécurité / on aimerait qu'ils bougent / Est ce que c'est bouger ou transformer : il va quitter qqchose qu'il connaît = > Donc il faut qu'il soit sécurisé. La douleur, ils connaissent, ils sont sécurisés avec leur douleur => donc compliquer d'abandonner le symptôme

MODALITES RELATIONNELLES AVEC NOUS = « Transfert »

Valable avec tous les soignants

Ajuster en fonction des propositions de soins dès le début de la PEC

Toute l'équipe doit s'interroger sur les modalités relationnelles : DES LE DEBUT de la PEC :

Parfois ça commence pas trop mal ...on se laisse embarquer.. on va parfois dans un lien bcp trop intense => intensité passionnelle qui peut déborder la patiente et les soignants (car carence infantile ...)

S'AJUSTER / TROUVER LE BON DOSAGE DANS LA RELATION

Risque de surdosage relationnel

Bien doser : « Impression du soignant de ne pas être suffisamment bon »

QUELLES PISTES ?

1) REPERER la COMORBIDITE PSY ASSOCIEE

-Troubles de l'humeur : Dépression = 50% des Patients DC

Dépression atypique : irritabilité seule / peu d'autres S apparents

-Addiction

-Psychose : délire hypochondriaque

Le PB de la DC brouille tout !

Si on ne fait le Dc on va se mettre en difficulté et ne pas bien soigner le patient

2) IMPLIQUER d'emblée le patient comme un acteur de sa PEC

Alliance thérapeutique
S'entendre sur les objectifs partagés
Education thérapeutique

3) DIFFRACTER

SI mode projectif de défense du patient (locus externe) : ils projettent sur l'extérieur leurs pbs : quand on est plusieurs c'est plus facile à accueillir

Ils diffractent les aspects diff de leur personnalité sur les dif membres de l'équipe

ECOUTER TOUTE L'EQUIPE : Y compris la parole de la secrétaires

4) S'ARTICULER :

Comment fait- on exister l'ailleurs du CETD dès le départ

- ⇒ Travail en Equipe
- ⇒ En lien avec les autres acteurs de soin

5) Question de la TEMPORALITE

⇒ Comment ce temps va être investi par les soignants / Le patient lui ne peut donner de temporalité / A nous de structurer le temps :

- Points d'étapes = Points de bilans avec des objectifs
- REINTERROGER POUR SE REAJUSTER

ETAPES :

1-Puis faire des propositions de soins ajustés

2-Point d'étape / réévaluation

(si on renouvelle les soins sans cesse cela fait du remplissage = étayage mais cela est différent des objectifs concrets

Intégrer le patient comme partenaire du soin / « on fait équipe avec le patient »

3 -Soins intégrant les nouveaux objectifs

4 -Modalités relationnelles

5-Fin de PEC et relais

Intervention de la PHILOSOPHE :
Julie Henry : synthese de la journée :

Progrès de la médecine => Evolution des spécialités médicales =>
Qui font évoluer les demandes

3 mois : c'est court

qu'est ce que Guérison ?= arrêt du Nomadisme ?
Par quoi commencer ?

La place de la souffrance dans notre vie d'homme
La souffrance de Bertrand Vergeli : A quoi correspond une société
si elle se donnait comme objectif d'éviter toutes souffrances ?

Vivre c'est vieillir
Vivre c'est souffrir ?
Injonction à absence de souffrance
Question du handicap => surhumain
Injonction de vivre avec et en faire qqchose de positif

Canguilhem : frontière entre le normal et le pathologique
Quand c patho : c'est à la médecine d'y répondre
Jusqu'où va la responsabilité des soignants =>

Ambivalence : question de reconnaissance et d'identité
A t'on à faire à des patients chroniques ou à des patients
souffrants de douleur chronique ?
Cette chronicisation de la PEC :
Ambivalence de la reconnaissance et de l'identité

Besoin de reconnaissance par un milieu autorisé

« Statufication » : c'est le patient qui devient chronique

question de l' idem / ipse
idem : je suis tjs le meme

laisser-moi cette douleur qui me fait exister et enlever moi cette
douleur qui me fait souffrir

Identité narrative de Ricoeur
ne plus faire la scission avant après : pour cela il faut
suffisamment d'assise . Sans nier l'évènement

c'est quoi le soin ?
le lien avec la représentation
pression aussi à être les bons soignants

Préserver du nomadisme et en même temps redonner de
l'autonomie au patient

Un échange oriente oui en effet

Injonction à s'adapter : Barbara Siegler : « il faut s'adapter »

Injonctions paradoxales :

Spinoza : agir depuis nos représentations et simplement .
On est assigné à nos représentations par nos comportements :
mais comment les faire bouger dans le temps à partir des
représentations autres . Pour être en mouvement : il faut avoir
bcp d'étayage pour prendre le risque de changer d'avis. Attention
si notre avis change on peut avoir l'impression d'un effondrement.
Etablir un lien suffisamment stable pour pouvoir changer d'avis
Contenance /autonomie
S'adapter et résister

Impérieux besoin d'avoir du temps
Le soin hospitalier aurait besoin d'avoir l'exemple du soin de la
Douleur Chronique = se donner du temps.

Besoin de l'interdisciplinaire : entrecroiser les approches face au risque du multidisciplinaire que l'on voit dans le soin : lié à une hyperspécialisation

Spinoza : le corps et l'esprit c'est une seule et même chose sous deux modalités : qui donnent aussi par moment la possibilité d'investir par moment plus l'une ou l'autre => symbole de l'interdisciplinarité

Risque que la PEC globale soit globalisante : une seule spécialité qui aurait tout avis sur la question

Ex : l'éthique c'est pluridisciplinaire