



## **Patients paranoïaques et intervention de crise réflexions après quelques années de pratique ERIC<sup>1</sup>**

**Laure Zeltner & Marion Bronchard<sup>2</sup>**

ERIC est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique d'orientation systémique. Nos modalités d'intervention s'adaptent au contexte, elles sont variées et s'étendent de la consultation d'avis conjoint à la prise en charge intensive à domicile et enfin à l'hospitalisation sous contrainte si nécessaire. Nous sommes sollicités par des professionnels de la santé, du contrôle social ou des familles. Après plusieurs interventions éprouvantes chez des patients « paranoïaques » dans des contextes différents, nous avons souhaité préciser nos difficultés et définir des guidelines d'intervention.

Tout d'abord comment définir le paranoïaque ? Dans l'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse les frontières entre d'un côté la paranoïa et de l'autre la psychose sont floues. Nous prendrons comme définition celle de Kraepelin « psychoses dans lesquelles s'installent un système délirant durable et inébranlable qui laisse intacte les facultés intellectuelles, la volonté et l'action ». Cette définition englobe les organisations paranoïaques et les formations paranoïaques réactionnelles, elle est pertinente pour notre clinique, celle des interventions de crise à domicile.

### **L'inconfort**

---

Dans un premier temps nous décrirons l'inconfort dans lequel nous mettent le paranoïaque et ses proches.

#### **L'inconfort dans lequel nous met le paranoïaque**

Les difficultés de la relation au patient paranoïaque sont connues.

Il est très difficile de ne pas se laisser entraîner dans un jeu de miroir où nous lui renvoyons méfiance, suspicion, mise à distance, tentative de contrôle et peur. C'est insidieusement que ces sentiments nous gagnent et finissent par nous paralyser

---

<sup>1</sup> Texte présenté lors des 16<sup>e</sup> journées de l'AFERUP (Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques), Nantes, 2005

<sup>2</sup> Praticiennes Hospitalières, secteur 78G11, Centre Hospitalier J.-M. Charcot, Plaisir (78).

(quand nous ne le sommes pas plus brutalement par des menaces de représailles explicites).

Au fil de l'entretien on se trouve gagné par le doute et il devient difficile de penser. Le doute est d'autant plus fort que la clinique est une clinique en ombre portée : on ressent la violence de la relation, les proches nous ont alertés sur les troubles du comportement du patient, mais nous ne voyons qu'un être raisonnable et posé, à l'argumentation sans faille, dans une habitation propre et bien rangée. Cela va à l'encontre de la clinique à laquelle nous sommes formée, qui est une clinique du manifeste, et qui, le cas échéant nous sera demandée pour établir les certificats d'hospitalisation sous contrainte.

De plus, la collusion qui existe fréquemment entre, d'une part, la construction délirante et d'autre part, les enjeux relationnels dans la réalité, renforce ce doute et peut amener les intervenants à adopter successivement des positions thérapeutiques contradictoires au fil des convictions qui s'imposent à eux concernant la situation. Ainsi, pour une patiente qui se sentait persécutée par son mari, l'accusait de maltraitance et demandait le divorce, dans un contexte où le mari avait effectivement mis toute la famille dans une situation de grande précarité en dépensant des sommes massives à des jeux d'argent, on a vu l'équipe d'urgence en l'espace d'une demi-heure, hospitaliser la patiente en HDT et prescrire un traitement injectable, puis la laisser sans traitement en hospitalisation libre.

En outre, ce jeu en miroir de suspicion et de tentative de prise de contrôle est majoré dans le contexte de l'intervention de crise. En effet le patient a toutes les raisons de se méfier de professionnels interpellés par les proches téléphoniquement et le plus souvent mandatés par ces derniers pour une hospitalisation. Le professionnel est aussi en alerte, tentant de démêler le plus rapidement possible une situation passablement confusionnante et ayant en tête de ne pas passer à côté d'arguments en faveur d'un risque de passage à l'acte imminent.

### **L'inconfort dans lequel nous mettent ses proches**

Il existe un isomorphisme relationnel entre le paranoïaque et ses proches et entre les proches et le système soignant. La quérulence de la famille vis-à-vis du système de soin est d'autant plus forte qu'elle est soumise à la pression du patient.

Les proches sont ainsi fréquemment demandeur de façon insistante, voir violente, d'une solution psychiatrique hospitalière. La tentation est grande d'entrer dans une coalition avec l'un ou l'autre des protagonistes du système.

Il est important d'être particulièrement vigilant à cet aspect pour tenter, de l'éviter si possible, ou tout au moins, de ne pas trop l'amplifier par le cadre d'intervention posé lors des premiers entretiens. Le premier espace à se créer est auprès de la famille, nous nous engageons à leur côté dans la crise, accepte-elle de nous donner du temps ?

Tous ces aspects de la relation sont importants à bien connaître car les repérer permet de retrouver plus facilement et plus rapidement une position intérieure suffisamment souple pour travailler. Maintenir un certain confort psychique est en effet central pour le professionnel dans ces contextes de grande violence relationnelle et en particulier lorsqu'il décide d'hospitaliser le patient sous contrainte en

prévention d'un passage à l'acte grave, moment où il devient dans la réalité le persécuteur du patient comme il l'est déjà dans l'esprit de ce dernier.

Pour travailler dans de bonnes conditions il est également nécessaire de définir le plus précisément possible notre mode d'action. En effet notre incertitude participe à la majoration de la crise en nourrissant la méfiance du paranoïaque et de son contexte.

### **Selon l'état clinique et la dangerosité du patient**

- Nous privilégions dans un premier temps « l'intervention thérapeutique de crise » qui vise à créer une alliance avec le patient et son contexte.
- Si elle échoue, ou si la dangerosité est immédiate l'intervention de contrôle psycho-social est nécessaire, elle implique alors une vigilance accrue quant au cadre de l'intervention.
- La situation devient particulièrement délicate quand l'indécision nous gagne.

## **L'intervention thérapeutique de crise**

### **Initier le travail en aménageant un espace du côté des proches**

La recherche d'alliance avec le patient et son système de relation est primordiale. Nous devons résister de manière active à la coalition où nous sommes invités et négocier un espace ténu de relation entre l'écorce et l'arbre, le paranoïaque et ses proches, souvent sujets de persécution.

La marge de manœuvre est, pour initier le retour à une situation moins tendue, du côté des proches. Ce qui justifie de leur demander plus, même dans un contexte où ils sont malmenés.

Ainsi dans une situation où le mari d'une patiente était attaqué par cette dernière pour son inefficacité et sa mollesse face à ses persécuteurs et à ceux de ses enfants, nous avons fait tout un travail pour que ce mari, terrorisé dans ce moment de décompensation et chroniquement en retrait, prenne davantage sa place d'époux et de père. Cette nouvelle attitude lui a permis d'amener sa femme à accepter des soins. Cette stratégie qui vise à contrôler le symptôme tout en soutenant la fonction de ce symptôme permet paradoxalement une alliance avec le patient. En outre, en modifiant le contexte dans lequel a émergé le vécu persécutif on espère minimiser l'importance de ce dernier à plus long terme.

### **Il est possible de travailler avec le système relationnel du patient en l'absence de celui-ci**

Parfois il est possible de travailler avec les proches en l'absence du patient, afin qu'ils trouvent une position vis-à-vis de celui-ci qui permettent à ce dernier d'accepter les soins.

La recherche active d'alliés potentiels du patient est alors souvent un levier clef.

### **Il est nécessaire de créer une alliance avec le patient**

Quand nous sommes dans la tentative d'alliance avec le patient paranoïaque, un levier potentiel est de reconnaître son vécu de victime, dans l'empathie, en présence

de ses proches. Derrière le masque du terroriste peut alors se dessiner les contours de la personne terrorisée par la relation, elle devient digne de sympathie simultanément pour ses proches et nous-même. C'est un apprivoisement réciproque volontaire, dont l'enjeu est de bâtir un espace de relation.

L'invitation à la relation dans un respect de l'espace de la personne pourra être représenté par la place du corps du soignant dans le territoire du patient. Il est important de laisser à la personne du paranoïaque l'illusion de la maîtrise de la relation dans le fond et la forme. Par exemple rebrousser chemin si notre présence dans son territoire est vécue de manière intrusive, laisser un flacon de traitement ou une ordonnance sur la table pour lui laisser le temps de décider ce qu'il souhaite.

Cet espace n'est jamais acquis en totalité, le patient paranoïaque reste toujours méfiant, sur le qui-vive et c'est un mal nécessaire, s'il devient trop confiant il risque de se vivre trahi à nouveau et ceci ne fera que confirmer sa vision du monde : « on ne peut que me trahir ». Il est possible de porter la méfiance soi-même : « je suis un psychiatre méfiant » et ainsi soulager le patient de ce poids nécessaire, ou de prescrire la méfiance : « méfiez-vous de votre mari », afin de paradoxalement lui permettre de baisser un peu la garde, juste ce qu'il faut.

Pour illustrer notre propos nous allons vous parler d'une situation en particulier : celle de Mme R.

L'intervention fait suite à la demande du médecin généraliste. Mme R présente un état d'excitation psychomoteur avec insomnie. Elle est persuadée que son mari avocat complotte contre elle. Elle est agressive, vindicative contre son mari, elle pleure par moments, par d'autres elle est plutôt sthénique. Elle est actuellement au chômage après une période de « harcèlement » à son travail, c'est son mari qui l'a conseillée dans ses démarches « en sous-marin ».

Elle refuse tout soin. La cellule familiale est réduite. Elle n'a pas d'autre réseau. Nous demandons à Mr d'exprimer à sa femme son inquiétude et son impuissance, nous sommes prêts à venir afin d'aider Mr à soutenir son épouse.

Mr ouvre la porte, Mme est dans le salon. Quand nous entrons dans son salon, la main tendue pour se présenter, elle se raidit, nous demande de prouver notre identité, nous refuse le fait de nous asseoir. Nous rebroussons alors chemin, nous excusant d'être entré de manière si cavalière. La discussion va se poursuivre alors dans le hall, c'est elle qui pilotera notre avancée dans son espace. Nous serons vigilants à garder une position basse et respectueuse d'invitation à la relation. Un mal de dos aidant je demande à m'asseoir pour poursuivre la discussion. Elle finit par nous inviter dans son salon après 45 minutes de prélude à la relation.

Au fil de l'entretien nous apprenons combien Mr vit une situation familiale complexe, il poursuit judiciairement son père qui cherche à déposséder son grand-père paternel de ses biens. Mr et Mme R vivent donc dans un univers où la règle est la lutte pour la survie et où ceux censés vous protéger vous veulent du mal, Mme au travers d'un harcèlement au travail non reconnu, Mr dans son métier d'avocat pour les affaires pénales et dans sa relation à sa famille. La reconnaissance de la souffrance de chacun, la requalification du symptôme de Mme comme une manière de lutter au côté de son mari permet de diminuer la pression et de prescrire un traitement neuroleptique que Mme R accepte.

Après un suivi à domicile d'un mois elle se rend chez un psychiatre et poursuit le traitement.

## **L'intervention de contrôle psycho-social**

---

Si le choix d'intervention retenu est le contrôle alors il faut se donner les moyens humains et thérapeutiques de contrôler quitte à « comploter » une intervention. Le patient paranoïaque, quoi qu'il arrive, sera toujours plus méfiant que nous.

L'intervention peut être décidée d'emblée si les éléments délirants sont évidents et qu'il existe un risque important de passage à l'acte dans l'immédiat. La police sera alors sollicitée en première ligne afin d'assurer la sécurité des personnes (patient, soignant, famille), le HO sera privilégié.

Elle peut être décidée après une tentative de prise en charge thérapeutique de crise si le maintien de l'opposition au soin rend notre intervention caduque. L'enjeu est alors clairement posé au patient du risque qu'il prend d'être hospitalisé avant l'intervention de contrôle.

Plusieurs points semblent importants :

- être convaincu que c'est le seul choix possible et pour cela prendre la décision en équipe,
- porter la casquette d'expert psychiatre qui prend une décision médicale de contrôle sur des arguments à donner au patient sans chercher à les justifier ou à convaincre le paranoïaque de la justesse de notre position,
- ne pas dénier la violence qui sera faite au patient et à sa famille,
- choisir le cadre le plus confortable possible pour soi, sachant que le domicile est à éviter (potentiel plus grand de vécu intrusif et de passage à l'acte violent),
- ne pas hésiter à « comploter » cette intervention avec les proches et le médecin généraliste afin de définir avec eux le lieu et l'heure les plus adaptés,
- être nombreux au moment où l'annonce va être faite au patient, afin d'amplifier l'importance qu'il a en tant que personne, de contenir la violence potentielle, de survivre au colloque singulier entre le persécuté et le persécuteur, de faire porter le poids du tiers à plusieurs personnes,
- s'il menace de nous poursuivre en justice lui dire clairement ses droits.

Pour illustrer notre propos nous allons illustrer cette intervention par une seconde vignette clinique : le cas de Mr Q.

Mr Q est d'origine camerounaise, il est venu en France après avoir laissé sa mère mourante au pays. Ses frères et sœurs sont en colère contre lui car il était implicitement délégué pour s'occuper d'elle. Il est de nationalité française par son père fonctionnaire. Il est par ailleurs imprégné de culture animiste et en rupture de référence culturelle. Sa sœur aînée l'héberge à défaut d'une autre solution. Elle souhaite qu'il s'autonomise au plus tôt.

Au pays il a été persécuté par un membre de sa famille sous forme de menaces, de passage à tabac, de pression policière et ceci dans un contexte de conflit d'intérêt (héritage).

C'est un homme grand et fort qui s'exprime par métaphores. Il est délirant, pense qu'il dégage une odeur pestilentielle, se croit surveillé, toute parole anodine prend sens dans son système délirant. Nous tentons une prise en charge en ambulatoire. Il accepte de nous voir mais ne prend pas le traitement prescrit, c'est une pseudo-alliance thérapeutique. Sa sœur nous dit son épuisement et sa terreur.

Il dort avec un couteau afin de tuer l'esprit qui l'attaquerait dans son sommeil. Sa sœur s'enferme la nuit ainsi que ses enfants dans la peur d'un passage à l'acte. Il n'a

jamais été violent mais sa stature imposante, sa conviction inébranlable qu'il pourrait sauver l'humanité d'un danger qu'il perçoit, son système délirant construit qui s'étend avec comme persécuteurs principaux sa sœur et son beau-frère sont autant d'arguments qui nous font poser l'indication d'une hospitalisation en HDT.

Cette décision est prise **en équipe**, nous percevons en effet un double risque :

- aider la famille à se « débarrasser » de Mr Q en l'hospitalisant,
- continuer une prise en charge inefficace qui certes maintient Mr Q dans sa famille mais à quel prix ?

Nous décidons donc de faire venir Mr Q et sa famille sur ERIC afin de décider et mettre en œuvre l'hospitalisation qui ne peut en aucun cas être une solution d'hébergement. Nous misons sur le fait que l'alliance a été suffisamment construite avec Mr Q et sa famille pour qu'il vienne jusque dans notre service alors même que les enjeux d'une hospitalisation lui ont été formulés le jour précédent lors d'une visite à domicile. Ceci nous permet de maîtriser le cadre de l'intervention et donc d'être confortable.

La chambre d'hospitalisation est prête, l'équipe de l'intra-hospitalier prévenue. Nous demandons à la sœur de venir avec des personnes qui pourraient la soutenir et porter avec elle le poids du tiers. Nous prévenons l'équipe de sécurité afin qu'elle soit présente dès le début de l'entretien qui se fera avec deux infirmiers du service et un stagiaire psychologue. La mobilisation en nombre reconnaît la violence qui va lui être faite et organise un cadre suffisamment sécurisant pour l'ensemble.

Il arrive seul et en premier, nous attendons pour débiter l'entretien la présence de tous. Mr Q commence en disant qu'il vient pour la dernière fois et qu'il est comme un arbre. Nous lui proposons de choisir entre le chêne et le roseau, ce qui ne lui parle pas étant donné son origine africaine. Nous cherchons ensemble d'autres métaphores.

Il nous demande ce qu'il a : si il est malade et que nous pouvons le prouver par des résultats biologiques il accepterait le traitement. Nous lui parlons de notre méfiance à nommer ce qu'il va lui-même argumenter, il n'existe pas de preuve si ce n'est notre expertise de clinicienne, il souffre d'un syndrome de persécution. Soit il accepte de prendre un traitement et nous donne des garanties suffisantes, soit nous l'hospitalisons contre son grès à la demande de sa famille. Il dit qu'il s'oppose à l'hospitalisation et à la surveillance de la prise de traitement, il remet la décision entre nos mains.

La suite de l'entretien se focalisera sur quels moyens nous allons employer pour l'emmener jusqu'à sa chambre et le traiter. Bien que nous soyons nombreux c'est un colloque singulier. A chaque fois il nous laissera décider des moyens employés et nous choisirons par « méfiance » l'option la plus contenant, lui laissant un espace de liberté dans la contrainte. Il nous avertit juste que si quelqu'un le touche il le frappera.

En nous montrant méfiants nous nous allions à sa propre méfiance, attentifs dans le fond et le forme à la teneur de l'intervention qui consiste à contrôler sa folie, nous lui permettons paradoxalement d'être coopérant.

## **Comment faire en cas de doute diagnostic ?**

---

Un autre point est le doute dans lequel nous met le paranoïaque quand les enjeux relationnels sont intriqués au thème de la persécution et qu'il est opposant au soin.

Notre expérience montre qu'il est alors utile de travailler en coordination avec les différents acteurs médico-sociaux, sachant que la disqualification du système paranoïaque peut gagner le système thérapeutique. Pour illustrer ce dernier point nous allons parler du cas de Mme C.

Mme C est connue de nos services pour deux épisodes mystiques délirants.

Son mari nous appelle pour décrire ce qu'il pense être une récurrence délirante. Elle a entrepris une démarche de divorce, par ailleurs elle ne se nourrit que parcimonieusement, se rend régulièrement à la police pour se plaindre de la violence de son mari, s'est dépossédée de ses vêtements et de ses biens, accuse son mari de relation « pédophile » à sa fille. Celui-ci se dit démuni, impuissant.

Nous percevons la coexistence des enjeux conjugaux et de l'écllosion délirante. L'équipe est partagée, certains pensent que le problème est le mari, du fait de sa violence et de ses antécédents psychiatriques, d'autres que la femme est délirante.

Elle refuse catégoriquement de venir nous rencontrer et notre marge de manœuvre est étroite. Elle se rend quotidiennement à la police ainsi que le mari pour se plaindre l'un et l'autre d'être victimes.

Le problème, après une tentative d'hospitalisation avortée, perdure à domicile. Le mari nous appelle quotidiennement afin de faire un rapport circonstancié du comportement de son épouse, ceci est corroboré par le fils.

Après une nouvelle intervention au commissariat de police où un long entretien avec Mme ne permet pas de mettre en évidence la dimension pathologique de la persécution, nous faisons une synthèse avec le CMP qui partage notre dilemme. Finalement le chef de service tranche et propose une hospitalisation en HDT pour une période d'observation, lui-même fera le certificat médical.

Après une brève période d'hospitalisation et de reprise de traitement la vie conjugale a repris, avec ses aléas.

## En conclusion

---

L'intervention de crise à domicile pour un patient paranoïaque et son entourage est possible mais demande, nous l'avons vu, une rigueur technique particulière. Potentiellement traumatique du fait du niveau de violence relationnelle, du doute et du risque de disqualification secondaire, elle nécessite une inter-vision constante. La question se pose de la façon dont les intervenants peuvent s'y former, et ce d'autant plus que la bibliographie sur les aspects pratique de ce type de prise en charge est quasiment inexistante.



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer : Zeltner L. & Bronchard M. (2014) : Patients paranoïaques et intervention de crise à domicile, *Le chameau psychiatrique*, [www.chameaupsy.com/articles-originaux/197-lz-mb-2014](http://www.chameaupsy.com/articles-originaux/197-lz-mb-2014)