REPÉRER
COMPRENDRE
AGIR

SchiZ'ose dire

oser parler des Schizophrénies

3

« MON FILS / MA FILLE EST EN CRISE »

Quelques réponses aux questions que vous vous posez

Lilly

Ce document a été rédigé par un psychiatre et un infirmier.

Il s'adresse aux personnes et aux familles dont un proche semble souffrir ou souffre de troubles psychiatriques. Il est possible, à sa lecture, de reconnaître les manifestations communes à certains de ces troubles. Il fait le point sur les connaissances scientifiques actuelles de la maladie, les possibilités thérapeutiques et les moyens de prévenir la rechute.

Il peut être lu seul, ou en famille. Mais il est préférable de le lire avec un ou des soignants, à qui il est possible de demander des explications complémentaires, notamment par rapport à votre situation. Il est possible de s'en servir lors de réunions associatives telles que celles qu'organise l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et /ou handicapées psychiques (Unafam).

Il peut être lu en une seule fois. Mais il vaut mieux le lire tranquillement, s'arrêter et le reprendre, en fonction de vos attentes et de votre rythme.

Auteurs : **Dominique Friard** (infirmier de secteur psychiatrique) ; **Dr Pierre-Ludovic Lavoine** (psychiatre).

Fascicule coordonné par **Isabelle Lolivier** (rédactrice en chef du mensuel Santé mentale).

Les informations sont données à titre indicatif.

« MON FILS / MA FILLE EST EN CRISE »

SchiZ'ose dire
oser parler des Schizophrénies

SOMMAIRE

REPÉRER ..... p. 9

1 Des questions sans réponse p.10
2 Les différents masques de la crise p.12

COMPRENDRE ..... p. 15

3 La crise et la maladie ..... p. 16
4 Entre stabilisation et rechute ..... p. 18
5 L'entourage et la crise ..... p. 20

AGIR ..... p. 25

6 Consulter au plus vite un médecin ..... p. 26
7 Votre proche est hospitalisé ..... p. 32
8 Vous éprouvez le besoin de partager vos craintes p.38

Vous avez peut-être tenu des propos de ce type.

Vous aussi vous vous inquiétez pour un de vos proches (fils, fille, parents, ami(e), collègue) dont le comportement (délire, hallucinations, agressivité, repli sur lui-même...) ne correspond plus aux normes communément admises. Vous vous sentez inquiets, débordés, vous ne savez pas quoi faire, ni à qui vous adresser.

Vous venez enfin de conduire votre proche chez le médecin ou de le faire hospitaliser. Ce monde inconnu vous effraie. Vous craignez qu'il ne soit « fou ». Vous avez peur de ne plus le revoir. Il est possible que dans l'urgence et la précipitation, peu ou pas suffisamment d'explications vous aient été données à propos de sa maladie, du traitement, et des conditions d'hospitalisation.

Sachez d'abord que vous n'êtes pas seul.

De nombreux parents et proches de malades souffrant de troubles psychiques graves sont confrontés aux mêmes difficultés et aux mêmes doutes que vous. Dans le monde environ 24 millions de personnes souffrent de schizophrénie (OMS – Rapport 2001 sur la santé dans le monde).

En France, 1 % de la population est atteinte de cette maladie. C'est pourquoi des parents se sont rassemblés au sein de l'Unafam (l'Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques), dont nous reparlerons plus loin.
C'est aussi en raison des difficultés rencontrées par les familles que de nombreuses équipes soignantes ont ouvert des espaces de rencontres et d'échanges.

« Mon fils passe son temps couché dans son lit dans le noir même en plein jour.
Il ne se lève que la nuit. Il se regarde dans la glace pendant des heures
en se palpant le visage. »

« Mon fils est scotché à son ordinateur. Il me dit qu'il joue à des jeux de rôle et que par ce biais il est en lien avec le monde entier, qu'il parviendra bientôt à tout contrôler. J'ai peur qu'il se perde dans son monde. Mon mari me dit de ne pas m'inquiéter, que ça passera mais moi je suis inquiète. »

« Ma fille est bizarre. Elle n'arrête pas de parler toute seule. Quand j'ai reçu son bulletin de notes trimestriel, assez catastrophique, elle m'a dit que ses profs n'étaient pas de vrais profs, que c'est un complot contre elle. Les filles de sa classe sont jalouses d'elle. »

« Ma fille dit que la maison est hantée, que des scorpions l'envahissent, que c'est Satan qui les attire. Elle fume de plus en plus de cannabis, je ne sais plus quoi faire. »

« Mon fils redevient agressif comme lors de sa dernière hospitalisation. J'ai peur d'une rechute, que dois-je faire ? »

« « Mon petit-fils dit que je ne suis pas sa vraie grand-mère mais une comédienne chargée de lui donner la réplique. Il est convaincu d'être dans une émission de téléréalité et que le monde entier le regarde 24 heures sur 24. Je n'y comprends rien, je ne sais pas quoi faire. »

Ces questions ont pour but de vous aider à préciser ce qui se passe avec votre enfant ou votre proche, ce que vous pensez qu'il ressent et l'effet que cela produit en vous. Leur but est de vous aider à mieux l'aider.

QUELS ÉLÉMENTS VOUS PERMETTENT DE DIRE QUE VOTRE PROCHE TRAVERSE UNE SITUATION DE CRISE ?

COMMENT TOUT CELA A-T-IL COMMENCÉ ?

COMMENT AVEZ-VOUS RÉAGI ?

A QUOI ATTRIBUEZ-VOUS CET ÉTAT DE CRISE ?

COMMENT IMAGINEZ-VOUS LE SOIN EN PSYCHIATRIE ?

QUEL TYPE D'AIDE ATTENDEZ-VOUS DU MÉDECIN ET DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE ?

Le but de ce fascicule est de vous aider à mieux repérer les moments où votre proche va mal, à mieux comprendre ses réactions et éventuellement à agir en conséquence avec les soignants.

Une famille dont l'un des membres vit des situations étranges, parfois violentes, a besoin de comprendre ce qui se passe pour savoir comment l'aider au mieux à traverser cette « crise ». C'est certainement ce que vous essayez de faire.

De la même façon, le médecin et l'équipe soignante ont besoin de vous pour comprendre la situation et proposer l'aide la plus adaptée.

Cette crise est aussi une expérience douloureuse à vivre pour tous les proches. Il est donc important d'accepter d'être aidé même s'il est difficile de faire confiance, surtout lorsque l'on n'est pas convaincu que celui que l'on aime soit réellement malade.

REPÉRER

LES DIFFÉRENTS MASQUES DE LA CRISE

1 DES QUESTIONS SANS REPONSE

La période qui précède la première rencontre avec une équipe de soins en psychiatrie est pénible et angoissante, toutes les familles en témoignent. On cherche des explications aux modifications du comportement du proche.

- Les informations glanées ici ou là, et notamment sur les sites Internet, n'apportent pas de réponses claires et adaptées au cas toujours unique et singulier que vit chaque famille.

- A cette étape, on cherche d'abord à se rassurer. On passe vite sur les ressemblances pour retenir d'abord les différences. « Mon fils/ma fille n'a pas ce trouble-là, il s'agit d'autre chose. Ce n'est pas une schizophrénie. »

- On préfère penser qu'il s'agit d'une crise d'adolescence un peu « carabinée » qui va passer, qu'il faut être patient.

- On se dit que son état est dû à une rupture affective, que ça va s'arranger, qu'il ou elle en trouvera un(e) autre beaucoup mieux.

Seul un entretien avec un spécialiste, qu'il ne faut pas hésiter à solliciter malgré ses craintes, permettra de faire un premier point.

Il vaut mieux consulter pour rien un psychiatre que de passer à côté de quelque chose de sérieux.

Une fois la maladie décelée et nommée, le patient et son entourage sont mieux préparés à y faire face.

Si la schizophrénie ne peut pas être diagnostiquée d'emblée, une rencontre précoce avec des soignants permet néanmoins de commencer une prise en charge adaptée plus tôt et de diminuer les conséquences de la maladie.

NOTES

Parce que chaque patient est unique et possède sa propre histoire, et parce que les individus d'un même « clan » vivent en interactions perpétuelles, il n'existe pas une crise mais des situations de crise. Les familles rapportent donc des éléments vécus qui définissent différents « masques » de la crise.

« On ne le voit plus, il reste enfermé dans sa chambre... »

Le repli, voire l'isolement de votre proche est un comportement fréquent. Peur des autres, difficultés à communiquer avec la famille, incapacité à prendre des initiatives... Autant de causes mises en avant par votre enfant pour expliquer ce comportement bizarre, sorte de refus de vivre au milieu des autres (évitement des contacts, dialogues impossibles...).

Vous vous retrouvez donc face à une situation particulièrement angoissante car il se dessine quelque chose de non envisageable : le refus (apparent) de partager les émotions et les affects du quotidien. Vous ne savez pas comment agir, vous vous demandez si vous devez respecter son isolement ou au contraire tenter de passer outre. Vous tentez d'adopter l'un puis l'autre de ces comportements, sans avoir l'impression que ça change quoi que ce soit.

Ce registre symptomatique de l'isolement peut annoncer d'une part une entrée (ou une rechute) dans la maladie mentale et d'autre part une crise à venir au sein même de la famille.

« Il fait des choses bizarres, son sourire est inquiétant... »

Gesticulations étranges, douches à répétition, aménagement bizarre de sa chambre, accoutrement décalé, sourires immotivés, réactions paradoxales sont souvent rapportés. Votre inquiétude ici se cristallise autour de l'impossibilité à comprendre, à donner un sens « logique » à toute une série de conduites étranges très souvent en décalage avec les situations.

L'ensemble de ces comportements reflète un profond malaise, sorte de discordance entre le corps et la pensée, entre l'affect et la relation à l'autre. Votre proche vous donne parfois l'impression de pouvoir s'évader de l'endroit où il se trouve ou encore de « s'absenter » de votre discussion. Vous avez l'impression qu'il n'est pas là, qu'il ne vous écoute pas et ça vous énerve autant que ça vous inquiète. Vous avez parfois l'impression qu'il le fait exprès.

Parfois alarmante, cette symptomatologie de l'étrangeté peut tout à fait s'amplifier jusqu'au déclenchement d'une crise plus importante.

« Il tient des propos incompréhensibles... »

Idées de grandeur, de préjudice, propos incohérents, discours hermétique, invention de mots, dialogues solitaires, la parole de votre parent/malade est parfois totalement déconcertante. Vous signalez souvent qu'il s'agit du fruit de son imagination, que ces idées ne correspondent pas à la réalité. Effectivement, certains de ces propos semblent dénués de toute attache à la réalité, au bon sens, même si votre proche est capable à d'autres moments d'avoir un discours très adapté. Là encore, la difficulté à saisir du sens dans le discours de l'autre renvoie à l'angoissante problématique du « nous ne le comprenons plus ».

Ce registre symptomatique du discours est bien évidemment à prendre en compte dans le repérage possible d'un moment d'exacerbation des symptômes ou d'une crise.

« Il se montre violent et agressif... »

Parfois sans raison apparente, parfois suite à des tentatives répétées pour rentrer en communication avec lui, votre proche présente des réactions hostiles, agressives voire violentes. De l'agressivité verbale à la grande crise d'agitation avec des bris d'objet et parfois des atteintes corporelles, plusieurs situations sont possibles. La violence, quelle qu'elle soit, fait peur car elle renvoie à une incapacité momentanée de communiquer autrement que par des actes, comme s'il y avait un court-circuit dans la pensée elle-même. **Disons le tout net, vous n'avez pas à supporter ces accès de violence. En soi, c'est une raison d'aller chercher du secours et de l'aide.** La violence signale que quelque chose est en train de déborder qu'il faut contenir. Et si vous ne pouvez le faire seuls, il faut chercher de l'aide.

Rappelons que la violence n'est absolument pas spécifique aux troubles mentaux et à la schizophrénie en particulier. Elle peut être favorisée par la prise de toxiques comme l'alcool ou le cannabis. La prise d'un traitement régulier permet la plupart du temps de la canaliser.

Cette symptomatologie des comportements violents ne doit en aucun cas être banalisée car elle signe très souvent la dimension aiguë (donc de crise) des troubles mentaux.

« On n'en peut plus, ça va exploser... »

Son isolement, sa bizarrerie, ses paroles « folles », sa violence deviennent de plus en plus difficile à soutenir. Toute votre énergie psychique est mobilisée par ce proche dont vous vous sentez responsable. Vous en oubliez même parfois vos autres enfants. La spirale de la crise s'écrit à partir de tous ces efforts soutenus de tolérance, d'amour, de honte ou de peur. Vous vous sentez parfois au bord du désespoir, en colère, dans un mouvement de rejet devant l'intolérable que représente cet enfant qui n'est plus en relation avec vous « comme avant ».

Quand vos limites sont atteintes et vos moyens de défense débordés, vous risquez de traverser une crise familiale. Il est donc essentiel de pouvoir repérer l'existence de ces sentiments contradictoires qui naissent de la relation avec le proche/malade.

COMPRENDRE

LA CRISE ET LA MALADIE

Qu'est ce qu'une crise ?

Si vous ouvrez le dictionnaire « Le petit Robert », vous lirez que le mot crise signifie « accident qui atteint une personne en bonne santé apparente, ou l'aggravation brusque d'un état chronique ». Jusque-là, tout semblait aller bien, mais quelque chose vient perturber cette relative harmonie. Cette rupture (ou discontinuité) avec l'état antérieur caractérise la crise.

Quand des parents interpellent des soignants en leur disant « mon fils (ma fille) est en crise », ce sont bien des paroles de parents qu'il faut entendre. Car dans le contexte familial, la crise revêt de multiples visages qu'il faut pouvoir décoder, d'autant que l'entité « crise » dans le jargon psychiatrique présente plusieurs sens.

Au sens psychiatrique du terme, on peut distinguer trois types de crise :

- **les crises dites développementales** (adolescence, grossesse, retraite, ménopause ...) qui s'expriment plus ou moins bruyamment ;
- **les crises dites existentielles** qui traduisent un effondrement des défenses psychiques habituellement opérantes dans des contextes traumatisants ;
- **les états de crise liés au déclenchement ou à l'évolution d'une maladie psychiatrique.**

C'est ce dernier cas qui nous intéresse, celui où les situations de crise suivent l'évolution de la maladie.

L'entrée dans la maladie : « je ne reconnais plus mon fils (ma fille) »

« Il travaillait bien au lycée. Puis il a commencé à avoir des problèmes d'attention, de concentration. C'était comme s'il avait perdu la mémoire, comme si les études ne l'intéressaient plus. Sa moyenne s'en est ressentie. Il a fini par ne plus aller au lycée et par passer de plus en plus de temps dans sa chambre dans le noir. »

Ce comportement inhabituel, cet isolement, ce laisser-aller général sont évocateurs de perturbations psychiques qui s'installent insidieusement. Quoi qu'il en soit, ce qui caractérise le plus l'entrée dans la maladie, c'est ce sentiment partagé par les proches d'un changement (brutal ou progressif) de la façon d'être («de la personnalité ») de votre proche/malade.

Ce changement peut s'accompagner d'autres symptômes :

– une plus grande difficulté à se concentrer sur un travail ou sur une tâche précise ;

– une plus grande nervosité lorsqu'il est en société ou lorsqu'il doit affronter une situation imprévue ;

– une plus grande fatigabilité ;

– une consommation excessive de cannabis ;

– la perception de choses qu'il ou elle est seul(e) à voir, entendre, goûter ou ressentir, et qu'il ou elle ne peut pas expliquer ;

– l'impression que son esprit est submergé d'éléments d'information dénués de sens ;

– la peur d'être agressé sans savoir pourquoi ;

– ...

Toutes ces manifestations peuvent être dues à une maladie psychique. Et il est possible, devant l'ensemble des symptômes rapportés, que ce soit une schizophrénie. C'est un diagnostic complexe à poser qui prend en compte l'évolution de la pathologie et celle du patient. Il faut donc être prudent avant de dire : « Mon fils, ma fille est schizophrène. »

Le terme de schizophrénie désigne toute une série de troubles dont les caractéristiques communes sont les suivantes :

- une évolution sur une longue durée, associant des périodes aiguës et des périodes de stabilisation (ou de rémission) ;

– pendant les périodes pathologiques, des manifestations à type de délire, avec fréquemment des hallucinations, un sentiment d'étrangeté ;

– l'impression que la pensée est connue d'autrui ou influencée ;

– des difficultés pour établir des relations simples et de confiance avec les autres ;

– des difficultés pour repérer en soi la nature même des problèmes psychologiques rencontrés.

Chez certains patients, la première manifestation de la maladie peut prendre la forme d'une bouffée délirante aiguë (BDA).

Le début est brusque, « comme un coup de tonnerre dans un ciel serein ». On note dans les jours ou les semaines qui précèdent des bizarreries du comportement, des inquiétudes imprécises, de la tristesse et parfois de l'euphorie, des troubles du sommeil. La bouffée délirante se manifeste par un délire d'apparition brusque. Les thèmes du délire se chevauchent, se succèdent donnant une totale incohérence aux propos. Dans ce cas de figure, votre proche oscille entre l'expérience de la toute puissance dans une ambiance d'optimisme béat que rien ne vient légitimer et l'expérience angoissante d'une catastrophe imminente, de persécutions, de possession… Votre proche peut être convaincu d'avoir une mission exaltante à accomplir, il peut se dire le fils ou la fille d'un personnage important, il peut avoir la sensation d'être possédé…

La BDA se caractérise par la brièveté de l'épisode (quelques jours ou quelques semaines). Dans un cas sur deux, elle sera sans conséquence sinon sans lendemain. Mais ces épisodes aigus peuvent se répéter sur un mode intermittent. La maladie peut se chroniciser de façon cyclique sous la forme d'un trouble bipolaire, ou constituer un mode d'entrée dans la schizophrénie.

Il s'agit d'une urgence qui implique une rencontre avec une équipe de psychiatrie et le plus souvent une hospitalisation.

L'entrée dans la maladie d'un jeune adulte a un effet traumatique sur l'ensemble de la famille. Les parents, confrontés à l'insupportable, réagissent « comme ils peuvent » en faisant souvent le pari du « ça va passer ». Cette réaction, bien compréhensible, conduit les proches à supporter de plus en plus de choses angoissantes et pénibles. Cette hyper-tolérance aboutit à terme à une situation de crise familiale, quand les limites des uns et des autres sont dépassées.

La prise en charge du proche/malade (et de sa famille) permet de sortir de l'impasse violente de la crise, le patient est alors dit « stabilisé ».

La stabilisation : « ça se maintient... »

« Ça se passe beaucoup mieux, il communique de nouveau avec ses frères et sœurs ; il recommence à s'intéresser à ce qui l'entoure. En même temps, on voit bien que tout n'est pas comme avant la maladie, il reste fragile. »

Sorti de la crise, le proche retrouve un équilibre plus ou moins instable avec des signes à minima de la maladie et surtout des difficultés à vivre pleinement les investissements habituels. Il persiste par exemple une tendance à se tenir à l'écart des groupes, des difficultés à rencontrer l'amour, une incapacité partielle à s'inscrire dans une démarche de réinsertion socioprofessionnelle... En même temps, il conserve un rythme de vie acceptable loin du désarroi affectif qu'il peut connaître dans les phases aiguës de sa maladie.

Ces périodes de « stabilisation » ou encore de « rémission » sont essentielles pour bâtir un projet global de soins, de réinsertion et d'aménagement des relations familiales. Elles signent clairement une des caractéristiques majeures de la maladie : sa chronicité. En effet, comme d'autres maladies (diabète, asthme...), les pathologies psychiatriques évoluent le plus souvent par phases sur de nombreuses années.

Par ailleurs, il est clair que toutes les actions soignantes, sociales et familiales mises en œuvre lors des phases de stabilisation n'empêchent pas toujours le proche/malade de retomber dans la maladie.

La rechute : « mon fils (ma fille) est en crise »

« Ça recommence. A nouveau il s'enferme dans sa chambre, il est comme absorbé par ses pensées. Il refuse de nous accompagner dans nos sorties en prétextant des choses bizarres. On ne peut plus communiquer avec lui. »

Souvent, le proche en crise est une personne en rupture de communication avec l'entourage familial, rupture le plus souvent due au processus pathologique sous-jacent, mais pas uniquement. Il peut en effet s'agir d'un problème d'observance du traitement ou de dissensions familiales (en lien ou non avec le patient) mal vécues par le proche/malade qui réagit « à sa façon » par des symptômes plus ou moins bruyants.

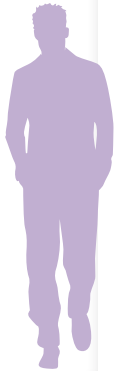
C'est pourquoi la notion de crise est à prendre d'abord dans une dimension contextuelle (la famille) et une dimension situationnelle.

Cette rechute peut avoir des formes différentes. Parfois sans cause déclenchante repérable, parfois à la suite d'une situation déstabilisante, le proche/malade reproduit les mêmes schémas comportementaux et relationnels qu'au début de la maladie. Dans d'autres situations, ce sont des symptômes jusqu'alors inexistants qui sont au premier plan.

La notion de rechute (de nouvelle crise) illustre malheureusement une des caractéristiques des maladies psychotiques : leur évolution par poussées (ou par phases plus ou moins aiguës). C'est pourquoi il est très important de poursuivre un suivi régulier et permanent auprès des équipes soignantes et de veiller à la prise régulière du traitement.

Le suivi adapté à la symptomatologie (bien souvent une consultation mensuelle peut suffire) reste le meilleur garant d'une évolution favorable et moins chaotique.

NOTES



La famille est en crise : « on est débordé par la situation »

« On n'en peut plus. Il se montre agressif, son père ne dort plus, sa mère est en arrêt de travail au bord de la dépression. Son petit frère fait des cauchemars. On ne sort plus, les amis ne viennent plus à la maison. Nos dernières vacances remontent à plus de trois ans... »

La maladie, du fait de ses implications relationnelles, provoque des situations difficiles qui remettent régulièrement en cause le groupe familial. En fonction des caractéristiques propres à chaque famille, des réactions complexes fondées sur les liens affectifs tissés au fil des années se développent. Les symptômes de la maladie s'expriment sur un terreau, dans une organisation à chaque fois singulière. Il en va de votre foyer comme des autres.

Ainsi, vous pouvez vous trouver dépassés, débordés par les difficultés relationnelles qui vous lient à votre proche (notamment quand ce dernier est en crise). Ce débordement aboutit à une situation de crise familiale, dont l'évolution suit schématiquement quatre phases :

- le choc (l'entrée dans la maladie) produit par la rencontre avec la réalité ;
- le refus de la réalité (l'incapacité à réagir) ;
- la reconnaissance de la réalité du traumatisme ;
- l'adaptation à la nouvelle situation (nouvel aménagement des relations).

La prise en charge du proche malade (et de sa famille) permet de sortir de l'impasse violente de cette crise en stabilisant la symptomatologie du patient et en apaisant le vécu douloureux de la famille.

Le vécu de l'entourage : « on est traumatisé »

« Son père est choqué, il vit très mal la situation, il ne comprend plus son fils. Sa mère est quant à elle bouleversée, elle ne sait plus comment s'adresser à lui et passe son temps à pleurer. »

Votre proche souffre d'une maladie mentale qui, de par ses manifestations, compromet bien souvent l'équilibre de la cellule familiale. L'entourage est alors pris dans un tourbillon de sentiments contradictoires, mélangeant amour et haine, rejet et attitude fusionnelle (de « collage »), dépit et espoir dans un climat d'inquiétude.

Toutes ses émotions, bien compréhensibles, plongent la famille dans une détresse angoissante qui impacte les relations familiales.

Les émotions qui submergent les proches [1]

Les proches d'une personne qui souffre de schizophrénie sont souvent assaillies d'émotions contradictoires. Chacun se sent tour à tour prêt à soutenir, aider et accompagner, à prodiguer compassion et empathie et à d'autres moments incapable de supporter le proche qui vampirise la vie familiale. Ces variations sont normales. Vivre avec une personne atteinte de schizophrénie ne préserve pas de l'emportement, du chagrin ni du découragement. Nul ne peut, à chaque instant de sa vie contrôler ses émotions. Chercher à se protéger est une réaction légitime.

- **La peur**, étroitement liée à l'ignorance, porte sur différents objets (dangerosité pour lui-même, pour soi ou les autres enfants plus petits ; peur de mal faire, peur qu'il ne guérisse jamais, peur qu'il reste hospitalisé, peur qu'elle se retrouve enceinte sans la possibilité d'assumer sa maternité) ;

- **La colère** peut être suscitée par le manque d'initiative, la procrastination du proche, la sensation de ne pas être écoutée par l'équipe soignante et le médecin ;

- **La culpabilité** des familles a souvent été entretenue par l'équipe soignante elle-même qui décrivait des mères « schizophrénogènes » et des pères absents. On se sent coupable d'en faire trop, de ne pas être assez disponible. On se sent honteux d'abriter des sentiments peu charitables ;

- **La honte** et la peur du « qu'en dira-t-on » empoisonne non seulement les relations avec le proche mais également l'estime de soi de chacun des membres de la famille ;

- **L'impuissance** est le sentiment ressenti par un proche dépassé par les événements, qui vit la situation comme un cauchemar. On se croit facilement tout puissant pour aider celui ou celle que l'on aime, mais la réalité nous confronte douloureusement à nos limites...

- **L'angoisse permanente** est plus pernicieuse que la peur. Elle use non seulement le parent mais également le proche qui étouffe sous les effets d'une sollicitude permanente qui bloque toutes ses tentatives d'autonomisation.

Ce vécu doit trouver un lieu d'écoute où la famille déposera en quelque sorte ce trop plein d'affects afin de ne pas provoquer une confusion des sentiments qui place alors l'ensemble du « groupe famille » lui aussi au bord de la crise.

Les limites de l'entourage : « on n'en peut plus »

« A la maison, la pression est terrible, chacun est miné par ce qui arrive. On a tout donné, tout essayé pour le soulager et l'aider... on ne pense même plus à nous. »

Chacun et chaque famille a ses propres limites face à l'être aimé qui souffre en particulier de psychose. Ces limites témoignent des capacités de tolérance de chacun face à une situation stressante, angoissante, déstabilisante. Il est tout à fait essentiel d'éviter un débordement des limites qui conduit trop souvent à des prises de position trop radicales qui traumatisent la famille avec son lot de blessures et de rancunes.

1 - Le Dr Christian Gay décrit ces différentes émotions dans son ouvrage « Vivre avec un maniaco-dépressif » (Hachette Littératures, Paris 2008, pp. 71-86). Bien que décrites à partir de patients souffrant de troubles bipolaires, ces émotions, dans notre expérience, se retrouvent chez les proches de patients souffrant de schizophrénie.

LES COMPORTEMENTS DES PROCHES [1]

- Le déni se manifeste comme un refus de prendre en compte la maladie. Le parent ne veut pas entendre parler de maladie, de limitation ni de traitement. Le proche malade est alors pris dans un conflit de loyauté entre son ou ses parents et l'équipe soignante ;

- La banalisation consiste à ne pas donner d'importance au trouble qui n'est pas perçu comme grave et invalidant. Les parents insistent ainsi pour que leur proche cherche du travail alors qu'il est bien trop angoissé. On évite ainsi de se sentir coupable. Pour la famille, ce mécanisme de défense est nécessaire à leur survie psychique même s'il se paye d'un prix très lourd pour leur proche ;

- L'agressivité est une réponse en miroir à l'agressivité de son proche. Elle est suscitée par la souffrance, l'incompréhension de la maladie. Elle est une façon d'évacuer un trop plein de fatigue, de peur, d'impuissance ou de culpabilité ;

- Le rejet survient quand les parents se sont épuisés à aider leur proche, quand ils ont la sensation de tout avoir tenté, en vain ;

- L'ambivalence des sentiments se calque sur l'évolution de la maladie, sur l'alternance d'espoir et de désespoir qu'elle provoque. On aime son enfant et on le déteste simultanément. L'ambivalence peut s'accompagner d'une « ambitendance » dans l'attitude. On affirme vouloir aider son proche tout en le fuyant, l'évitant dans la réalité. Ce double langage est redoutable pour le malade qui ne sait sur quel pied danser. Elle provoque parfois de la violence en retour ;

- La surprotection consiste à interpréter toute parole ou tout acte qui sort un peu de l'ordinaire comme un signe de rechute.

- La rationalisation consiste à faire porter par le malade et la maladie toutes les difficultés du couple parental et de la famille.

- La culpabilisation, enfin, est un facteur d'aggravation du trouble. Le proche se sent acculé et responsable de tout ce qui arrive, à lui et aux autres.

Déterminer ses propres limites dans ce contexte si difficile est tout à fait primordial pour éviter de tomber dans les pièges de relations familiales trop passionnelles

Trouver la bonne distance : « on ne peut pas le laisser seul »

« Partir en vacances sans lui est impossible, il ne pourrait pas se faire à manger. Sans compter qu'il risque de se laisser aller et de faire entrer n'importe qui à la maison. »

Trouver la bonne distance avec ce proche/malade n'est pas chose aisée. Par bonne distance, nous signifions là un équilibre relationnel « ni trop près ni trop loin » qui permet à chacun de conserver une partie de son espace psychique. L'enjeu de cette distance est capital car il permet de garder une certaine clairvoyance face aux situations critiques voire de crise.

Ni froideur, ni indifférence, la distance avec le proche atteint de psychose s'aménage petit à petit en prenant en compte le besoin de l'autre d'être parfois livré à lui-même. Cette prise de position signifie en fait la capacité de la famille à ne pas se situer comme totalement impliquée dans les mouvances de la pathologie du proche.

Il n'existe pas de recette miracle pour établir la « bonne distance ». Seules les expériences amènent progressivement les différents acteurs à mieux se situer les uns par rapport aux autres.

1 - Le Dr Christian Gay décrit ces différentes émotions dans son ouvrage « Vivre avec un maniaco-dépressif » (Hachette Littératures, Paris 2008, pp. 71-86). Bien que décrites à partir de patients souffrant de troubles bipolaires, ces émotions, dans notre expérience, se retrouvent chez les proches de patients souffrant de schizophrénie.

L'entourage et les soignants : « aidez-nous ! »

« On ne veut même pas nous dire le nom de la maladie dont souffre notre enfant, et en même temps on nous demande de coopérer aux soins ! Comment s'y prendre ? »

Très souvent les familles se plaignent de ne pas être entendues par les équipes soignantes ou encore mal informées sur ce qui est fait pour leur enfant (tant sur les traitements que sur les questions de la maladie). Les soignants accordent en effet parfois peu de crédit à l'opinion des familles alors qu'elles connaissent de très près la réalité de la maladie. Si tout ne peut leur être divulgué (secret professionnel oblige), de plus en plus d'équipes sont soucieuses de ces questions.

Les soignants pour leur part pointent souvent des difficultés de la part des familles à coopérer avec eux pour faire avancer le projet de soins.

Ces impasses qui caractérisent parfois les relations entre soignants et familles doivent être dépassées par le dialogue.

L'équipe soignante peut être le dépositaire du vécu douloureux de la famille. Elle peut également l'aider à définir ses limites et à aménager une distance plus appropriée avec le proche en souffrance.

En même temps, il est primordial de différencier les lieux d'écoute proposés aux patients et ceux destinés à leur entourage. Le secteur psychiatrique public présente les outils qui répondent à ces besoins (variétés des interlocuteurs et des lieux de rencontre).

AGIR

FAIRE FACE À LA CRISE

CONSULTER AU PLUS VITE UN MÉDECIN

Quelque chose ne va pas, mais on se dit que ça va passer, que c'est une période difficile. Mais ça empire. Les comportements gênants le sont de plus en plus. Ça s'installe. On se dit que c'est un mauvais rêve, que l'on va se réveiller. Et que tout sera comme avant. On n'ose pas en parler. On a honte. On se sent coupable. On se cache. On ne sort plus. On ne va plus voir ses amis. Le temps passe, la « maladie » s'aggrave. On a peur qu'il soit « fou ». Et on s'en veut de penser de telles choses.

Cette attitude est fréquente. Face à un choc, face à quelque chose d'anormal, face à n'importe quelle maladie, on commence par refuser la réalité, par la nier.

Mais le risque de décompensation (son état s'aggrave) est bien réel si on ne met pas en place rapidement une prise en charge. **D'autant que plus celle-ci est précoce, meilleur est le devenir de la personne malade et plus ses chances de réinsertion sociale et familiale sont grandes.**

C'est pourquoi, plus vous attendez pour consulter, plus le traitement risque d'être complexe et la réinsertion sociale difficile. Il faut donc consulter un médecin au plus vite.

Si votre proche est consentant

CONSULTER VOTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

- Dans un premier temps

Le plus simple est de consulter son médecin généraliste, son médecin de famille. Il vous connaît, parfois il a vu grandir votre enfant qui a probablement confiance en lui. Il lui dira peut-être des choses qu'il ne vous dira pas à vous. Essayez d'accepter cette idée. Parlez-en avec votre conjoint de telle sorte que ce soit une décision commune. Énoncez à votre médecin vos inquiétudes. Décrivez votre perception des changements qui se sont opérés. Vous pouvez vous préparer mentalement à cela avant. Essayez de le faire le plus sereinement possible de telle sorte que votre proche ne se sente pas piégé. S'il est malade, il supportera mal les manifestations trop affectives, les désaccords entre ses parents. Vous pouvez éventuellement proposer de vous retirer pour qu'il puisse parler seul avec le médecin. Votre généraliste est un tiers. Son avis est précieux. Il vous rassurera probablement. Il proposera peut-être un traitement médicamenteux ou souhaitera prendre l'avis d'un confrère psychiatre. Écoutez-le, même si ce qu'il vous annonce confirme vos craintes.

Vous n'avez peut-être pas de médecin généraliste, c'est dommage : le médecin généraliste peut être un maillon important dans le suivi de votre proche.

- Dans un second temps

L'avis le plus sûr est celui du spécialiste en l'occurrence le psychiatre, que vous ne manqueriez pas de consulter s'il s'agissait d'une autre maladie.

CONSULTER UN PSYCHIATRE ?

Bien sûr cela peut vous faire peur.

En effet, pour certains, aller voir un psychiatre, ce serait comme faire entrer la folie dans votre maison, renoncer et abandonner votre enfant à la psychiatrie. Peut-être craignez-vous que ce médecin vous culpabilise, qu'il vous dise que vous n'avez pas été de bons parents, que vous n'avez pas fait ce qu'il fallait. Peut-être craignez-vous d'être emporté par un système qui vous échapperait. Vous imaginez peut-être l'asile avec ses hauts murs, la camisole et les chambres d'isolement.

Mais aujourd'hui, l'essentiel du soin en psychiatrie se passe hors de l'hôpital. La plupart des psychiatres ont appris à collaborer avec les familles et cherchent essentiellement à établir une alliance avec l'entourage du patient. Ils savent que sans vous, ils ne peuvent rien faire pour soigner et surtout pour réinsérer votre proche.

Comme pour toute maladie, vous pouvez consulter un psychiatre libéral ou un psychiatre hospitalier. Au terme de la consultation, il pourra :

- vous rassurer et vous dire que votre proche n'a rien de grave ;
- percevoir quelques petits problèmes psychologiques et proposer des entretiens pour l'aider à assumer un passage difficile ;

- confirmer vos craintes et prescrire un traitement assorti d'un suivi régulier.

Si cet avis ne vous convient pas, rien ne vous interdit de prendre conseil auprès d'un autre spécialiste.

Le secteur public propose des lieux de rencontre de proximité pour vous et votre proche :

- Le centre médico-psychologique (CMP) où des psychiatres consultent.

On y trouve également des psychologues qui ne prescrivent pas de médicaments mais sont formés à l'écoute et pratiquent des psychothérapies. De même, vous pouvez y rencontrer des infirmiers qui évalueront avec vous la situation.

- Dans certains départements, il existe des **Centres d'accueil et de crise (CAC)** dont la fonction est d'écouter les familles, les personnes en souffrance psychique et de mettre en place des traitements adéquats sans recourir forcément à l'hospitalisation. **Il est également possible que votre proche soit hospitalisé dans un CAP 48 si le secteur où vous habitez est pourvu de ce type de structure de soins.** Ces centres d'accueil permanents sont des centres medico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoire et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit heures (CAP48) ou soixante douze heures (CAP72) .

- Aux Urgences de l'hôpital général, la psychiatrie de liaison est de plus en plus développée. Si vous réussissez à y amener votre proche, celui-ci pourra être reçu par des infirmiers expérimentés en psychiatrie ou un psychiatre qui pourront évaluer son état. Les CAP 48 sont souvent reliés aux Urgences de l'hôpital général.

Dans ces lieux, un traitement ambulatoire sans hospitalisation peut permettre de traiter cette crise, et de la dépasser. C'est le cas pour la plupart des personnes suivies en psychiatrie. Certaines ont été hospitalisées au préalable, d'autres non.

Évidemment, il faut que votre proche accepte de vous y accompagner. Ses éventuelles réticences ne vous empêchent pas de repérer les lieux, les personnes. Si vous-même avez confiance, votre proche aura moins de raisons d'être angoissé à l'idée de rencontrer un professionnel. S'il est vraiment réticent, vous rencontrerez dans ces lieux des soignants qui évalueront avec vous ce qu'il convient de faire. Vous pourrez aussi leur faire part de vos inquiétudes, de votre peine, de votre colère. Ils sauront également vous écouter. Dans certains secteurs de psychiatrie (voir encadré) il existe des lieux de parole spécifiques pour les familles.

Quel que soit votre choix, il importe de vous préparer psychiquement à cette rencontre avec des professionnels. Il est capital que vous puissiez en parler avec votre conjoint, que vous évoquiez ensemble vos inquiétudes, vos attentes. Notez les éléments déclenchants, tout ce qui peut vous paraître important de signaler au médecin ou à l'équipe. N'hésitez pas à l'écrire sur un papier si vous craignez d'oublier quelque chose.

Le secteur psychiatrique

Le secteur psychiatrique est la base de l'organisation de la psychiatrie de service public. Il correspond à une zone géographique découpée administrativement d'environ 70.000 habitants (de + de 20 ans). Chaque secteur dispose d'un ou plusieurs Centres médico-psychologiques (CMP), qui est l'unité de prévention, de diagnostic et de soins. De nombreuses solutions sont proposées à la personne qui souffre ou à sa famille par une équipe pluriprofessionnelle (médecin, infirmier, assistante sociale, ergothérapeute, éducateur, psychomotricien, kinésithérapeute...).

« Il ne veut rencontrer personne ! »

Il ne s'agit pas dans un premier temps de contraindre votre proche à se soigner, sauf s'il court ou fait courir à autrui un danger immédiat et grave.

- La première attitude est donc d'essayer de négocier avec lui ou avec elle en lui expliquant vos inquiétudes. Bien évidemment, il est possible qu'il tente de vous démontrer avec sa logique à lui que vous vous inquiétez pour rien, qu'il « assure », qu'il n'a besoin ni de vous ni d'un médecin. Insistez, expliquez-lui que vous êtes vraiment inquiet et qu'une rencontre avec un médecin vous rassurerait. Il est possible qu'il consente à vous suivre.

- S'il refuse de quitter sa chambre ou la maison, vous n'avez pas d'autre solution que de faire venir de l'aide à votre domicile. Le médecin généraliste peut être appelé. Des infirmiers, des psychiatres se déplacent aussi à domicile pour rencontrer les personnes en souffrance psychique dont le comportement inquiète leur entourage. Ils peuvent faire le point avec elles sur la meilleure façon de les aider. Ils vont évaluer la situation, négocier pour essayer de trouver un terrain d'entente avec vous et votre proche pour commencer un traitement médicamenteux, mettre en place des rencontres à domicile quotidiennes ou bihebdomadaires, des rendez-vous au CMP, proposer une hospitalisation brève au Centre d'accueil et de crise ou à l'hôpital (CAP 48), si cela est nécessaire. Les réponses peuvent être très diversifiées et prendre en compte les réticences des différents protagonistes.

Ces soignants vont essayer d'amener votre fils ou votre fille à consentir aux soins. Pour cela, ils ont besoin de votre confiance, que vous fassiez équipe avec eux pour le mieux-être de tous, et notamment de celui qui souffre psychiquement et qui fuit la réalité.

- S'il consent aux soins, il ne sera peut-être pas nécessaire de l'hospitaliser et la dose de médicaments pourra être moindre. Il pourra être hospitalisé librement et sortir du Centre d'accueil ou de l'hôpital tout aussi librement. Une pathologie telle que la schizophrénie suppose un long suivi. Il est dommage de le commencer par une épreuve de force qui prendra du temps pour être « digérée ». Tout cela est souvent du temps perdu pour les soins, et pour la réinsertion.

Vous pouvez vous sentir inquiet à propos de cette hospitalisation. Vous pouvez là encore vous dire que ce n'est pas si grave. Vous pouvez hésiter à confier votre enfant à des étrangers, à cette psychiatrie dont la réputation est si controversée. Cela est normal. N'hésitez pas à exprimer vos craintes. Rappelons que l'hospitalisation n'est rendue nécessaire que par l'ampleur des troubles du comportement et l'impossibilité de les gérer au domicile.

« Il ne veut rien entendre, il est violent, suicidaire ! »

Vous n'avez plus le choix ! Les troubles du comportement de votre proche sont tels qu'il va falloir le soigner contre son gré (loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge).

- Vous pouvez l'accompagner aux urgences. Mais cela risque

de ne pas être simple s'il est angoissé, agité ou violent. Le psychiatre de garde réagira rapidement et prendra les mesures qui s'imposent. La plupart du temps, il décidera d'une Admission en Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers (ASPDT) et le patient sera adressé au Centre hospitalier du secteur. Cet ASPDT remplace l'ancien HDT (Hospitalisation sur Demande d'un Tiers).

Admission en Soins Psychiatriques sur demande d'un tiers (ASPDT)

Elle ne peut s'envisager que lorsque trois conditions se trouvent réunies : la personne doit être atteinte de troubles mentaux, ces troubles rendent impossible son consentement et son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire.

L'article L3212.1 (CSP) précise que la demande d'admission peut émaner :
- de membres de la famille du malade,
- de personnes justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieurement à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci,
- du tuteur ou du curateur d'un majeur protégé.

La demande doit être manuscrite et comporter : la formulation de la demande d'admission ; les noms, prénoms, date de naissance, et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ; la date ; la signature.
Cette demande est accompagnée de deux certificats médicaux concordants et circonstanciés datant de moins de 15 jours. Le premier certificat ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Il doit être confirmé par un certificat d'un 2e médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil.

- Vous pouvez faire appel à votre médecin généraliste qui statuera tout aussi rapidement, sous la forme d'une ASPDT. Il rédigera un certificat et vous devrez également demander l'admission de votre proche par écrit. Peut-être fera-t-il appel à la police pour le conduire au Centre hospitalier.

- Vous pouvez appeler SOS Psychiatrie, si vous habitez une grande ville.

Le résultat sera probablement le même. Simplement, parce que c'est un spécialiste qui intervient, l'hospitalisation sera peut-être moins traumatisante et davantage expliquée.

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade le Directeur de l'établissement d'accueil prononce à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques.

- Vous pouvez appeler les pompiers ou la police qui feront le nécessaire. Le mode d'hospitalisation requis risque alors d'être l'Admission en Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat (ASPDRE) qui sera décidée par le maire si vous habitez en province ou par le préfet si vous êtes parisien. Cette ASPDRE remplace l'ancien H.O. (Hospitalisation d'Office).

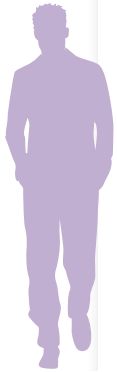
L'Admission en soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat Elle concerne les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et qui portent atteinte à la sûreté des personnes ou de façon grave à l'ordre public.

La demande d'admission est effectuée par le représentant de l'Etat dans le département au vu d'un certificat médical circonstancié. Le maire et à Paris, les commissaires de police (arrêté et PV provisoires) informent dans les 24 heures le préfet. Le certificat médical initial ne peut pas être l'œuvre d'un psychiatre travaillant dans l'établissement d'accueil.

Les admissions en soins sous contrainte (ASPDT et ASPDRE) comme le précise la loi, impliquent une diminution des droits de la personne hospitalisée, qui ne pouvant consentir aux soins se les voit imposés. La loi a prévu dans ce cas un certain nombre de contrôles afin d'éviter les abus et en particulier le recours systématique au juge des libertés et de la détention.

Une hospitalisation sous contrainte rend la prise en charge plus complexe. C'est pourquoi la prévention des rechutes est essentielle.

NOTES



Souvent situé à l'écart des villes, parfois difficile d'accès, le Centre hospitalier spécialisé fait peur. Comment prendre contact avec les équipes soignantes ? A quel rythme rencontrer votre fils ou votre fille ?

Vous l'avez accompagné.

VOTRE PROCHE A ÉTÉ HOSPITALISÉ LIBREMENT

Il bénéficie des mêmes droits que toute personne hospitalisée dans n'importe quel hôpital. Il peut notamment sortir quand il le désire, nul ne peut s'y opposer sauf « péril imminent ». Si vous l'avez accompagné dans l'unité, vous avez pu établir un lien direct avec les soignants. N'hésitez pas à leur poser des questions, ils sont là pour y répondre. Accueillir une personne en souffrance psychique, c'est aussi accueillir sa famille. Ces infirmiers doivent récolter tous les renseignements relatifs à la maladie et à son déclenchement : ils seront donc ravis de vous rencontrer.

Demandez-leur les horaires de visite (en général de 13 heures à 20 heures), à quel moment il sera possible de rencontrer le psychiatre référent (celui qui va être chargé du suivi de votre proche). Si vous l'avez accompagné, vous avez rencontré le médecin de garde auquel vous avez pu expliquer ce qui s'était passé et auquel vous avez pu poser quelques questions. Ce médecin est rarement celui qui suivra votre proche, il peut donc rester évasif.

VOTRE PROCHE A ÉTÉ ADMIS EN SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS CONTRAINTE *(d'après Psycom 75)*

La loi prévoit dans ce cas **une période d'observation et de soins de 72 heures** sous la forme d'une hospitalisation complète continue.

- **Dans les 24 heures suivant l'admission de votre proche**, un médecin réalise un examen somatique complet et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité des soins.

- **Dans les 72 heures suivant l'admission**, le psychiatre de l'établissement établi un nouveau certificat médical.

- **A l'issue des 72 heures :**

• **la poursuite des soins psychiatriques sans consentement** peut être envisagée, si les 2 certificats concluent à leur maintien. Un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé le type de prise en charge sous la forme d'un programme de soins incluant des soins ambulatoires *(voir page 36 « Quels types de soins vont être proposés à votre proche ?»)*.

• **la fin des soins psychiatriques sans consentement** peut être prononcée (levée de la mesure de contrainte), si un des certificats (24h ou 72h) conclut que ces soins ne sont plus justifiés. Des soins avec consentement (ambulatoires ou hospitalisation) peuvent se mettre en place si les 2 certificats les justifient.

A tout moment de la prise en charge la contrainte peut être levée.

Suivi des mesures de soins sous contrainte

La loi a mis en place un mécanisme de protection des libertés, assez complexe car il doit combiner la nécessité des soins dans un cadre de contrainte, et le respect des libertés individuelles.

L'élément central est que le patient peut de lui-même, et à tout moment, même pendant la période des 72 heures, saisir le juge des libertés et de la détention (JLD), et les textes ont mis en place une procédure efficace pour que le juge statue dans un bref délai.

Mais, il peut s'avérer difficile pour le patient de saisir lui-même le juge, et le législateur n'a pas voulu que le contrôle du juge repose uniquement sur les initiatives du patient. Aussi, la loi a mis en place un mécanisme de contrôle obligatoire, qui repose sur la délivrance de certificats médicaux de suivi et de contrôle du juge à dates fixes.

Certificats médicaux de suivi

La personne est examinée au moins tous les 3 mois par un psychiatre de l'établissement qui indique clairement si la forme de la prise en charge reste adaptée et/ou en propose une nouvelle.

Dans le mois qui suit la décision d'admission et au moins tous les mois, les soins peuvent être maintenus et un certificat médical est de nouveau établi par le psychiatre.

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'hospitalisation complète d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation approfondie de l'état de la personne, réalisée par un collège de soignants qui recueille l'avis du patient en ASPDT.

Saisine du juge des libertés et de la détention (JLD)

L'hospitalisation complète d'une personne sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le JLD n'ait statué sur cette mesure.

Cette saisine a lieu :

- **Avant l'expiration d'un délai de 12 jours** à compter de l'admission prononcée sans consentement du patient. Le délai de saisine obligatoire est fixé à 8 jours à compter de l'admission du patient.

- **Avant l'expiration d'un délai de 12 jours**, lorsqu'on modifie la prise en charge sans consentement du patient en procédant à son hospitalisation complète (à partir du 1er septembre 2014).

- **Avant l'expiration d'un délai de 6 mois** suivant la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation et si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision.

Le JLD statue à l'issue d'une audience, pendant laquelle la personne en soins psychiatriques est entendue, si besoin assistée de son avocat ou représentée par lui. La personne a la possibilité d'être assistée par un avocat, et, sous réserve de son niveau de ressources, elle peut bénéficier de l'aide juridictionnelle. L'audience a lieu en première instance dans une salle prévue à cet effet à l'hôpital (à partir du 1 septembre 2014). Suite à cette audience, le JLD ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète.

La personne concernée ou les autorités sanitaires peuvent former appel et l'affaire est alors jugée par la cour d'appel.

Avis d'un collège de soignant

Dans certaines conditions (patients irresponsables pénalement et/ou passage en unité pour malades difficiles), l'avis est rendu par un collège (un psychiatre et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient et un psychiatre n'y participant pas).

Sorties accompagnées de courte durée (maximum 12 h)

Pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, les personnes en hospitalisation complète sans consentement peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement n'excédant pas 12h. La personne est accompagnée, pendant toute la durée de la sortie, par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée.

Des sorties non accompagnées sont possibles sans qu'elles n'interrompent le statut d'hospitalisation sans consentement en cours. Ces sorties ne peuvent excéder une durée de 48 heures (à partir du 1 septembre 2014).

Pour les patients en hospitalisation complète sur décision du directeur de l'établissement : autorisation accordée par le directeur après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

Pour les patients en hospitalisation complète sur décision du représentant de l'état : le le préfet est informé 48h avant la sortie accompagnée, sauf son opposition, la sortie a lieu.

Droits des personnes soignées sans leur consentement

Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé de la personne et à la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Elle doit être informée :

- Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions, ainsi que des raisons qui les motivent .

- Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.

L'avis de la personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Elle dispose du droit :

1- De communiquer avec les autorités (le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du TGI ou son délégué, le procureur de la République du territoire de l'établissement et le maire de la commune ou son représentant).

2- De saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et, si elle est hospitalisée, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).

3- De prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix.

4- De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence.

5- D'émettre ou de recevoir des courriers.

6- De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent.

7- D'exercer son droit de vote.

8- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits (sauf 5e, 7e et 8e), peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Source : Psycom 75 (www.psycom75.org)

EN DEHORS DE CES ASPECTS RÉGLEMENTAIRES, VOTRE PROCHE SOUFFRE ET VOUS ÊTES INQUIETS POUR LUI

- Il est possible qu'il soit agité ou violent, la priorité des soignants sera d'assurer sa sécurité et celle de l'entourage (les autres patients, vous-mêmes), et de lui permettre de se calmer.

- Il est possible que dans l'urgence, l'équipe soignante vous incite à prendre un peu de distance avec votre proche.

- Celui-ci peut être angoissé à l'idée d'être séparé de sa famille, il peut chercher à faire pression sur son entourage pour éviter d'être hospitalisé.

- Si les derniers temps ont été difficiles, s'il y a eu de la violence, votre proche peut être agressif contre vous. Il peut ressentir vos propres inquiétudes.

- Manifester une certaine distance avec l'entourage peut contribuer à le rassurer.

Il s'agit d'affronter une situation de crise et donc de prendre des mesures pour l'apaiser. Les soignants s'occupent dans ce cas d'abord de celui qui est en souffrance et ensuite de sa famille. Ne le prenez pas mal. Leur but n'est pas de vous mettre à l'écart.

Si votre proche est agressif ou violent, il est possible qu'il soit accueilli dans une chambre d'isolement (une chambre fermée à clé).

- Ce séjour doit être prescrit par le médecin.
- Il doit être limité dans le temps.
- Votre proche doit bénéficier d'une surveillance infirmière et médicale régulière.

Dans le même ordre d'idée et pour les mêmes raisons, de nombreuses unités ont des portes fermées. Les soignants doivent dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte assurer la sécurité de l'environnement et sont soumis à une obligation de surveillance. Tout cela peut avoir un aspect traumatisant pour vous et votre proche, et il sera nécessaire d'en reparler quand la situation de crise sera dépassée. Sachez cependant que toutes les équipes ne mettent pas en place de telles mesures de sécurité.

Vous ne l'avez pas accompagné.

Ne vous le reprochez pas. Vous avez été soumis à rude épreuve. Il est compréhensible que vous éprouviez le besoin de souffler, et puis vous avez peut-être d'autres contraintes.

- Pour venir le voir et/ou avoir de ses nouvelles, vous pouvez appeler l'hôpital et demander le nom de l'unité où il a été hospitalisé. Vous aurez une infirmière à laquelle vous pourrez demander des informations sur l'évolution de son état, et les heures de visite. Il est en général judicieux de prendre rendez-vous avec le médecin référent pour avoir des renseignements plus précis et lui permettre de comprendre ce qui est arrivé et ainsi affiner son diagnostic. Il est possible que l'infirmier(e) soit assez vague au téléphone. Il faut un peu de temps pour que l'état de votre proche se stabilise. Si vous appelez rapidement, il n'y aura probablement pas ou peu de changement. C'est normal. L'infirmier(e) vous posera probablement quelques questions pour mieux connaître votre proche. N'hésitez pas à lui répondre. Son approche relationnelle en sera facilitée.

- Il arrive parfois que les médecins déconseillent les visites. L'agressivité de votre proche, ses éventuelles menaces contre sa famille, contre celui qui a signé l'ASPDT risquent de rendre les rencontres difficiles et dangereuses. Certains proches utilisent le temps de l'hospitalisation pour prendre de la distance et demandent à ne pas voir leur famille, ce que les équipes soignantes respectent en général. Dans ce cas, vous pouvez demander des nouvelles aux infirmières. Vous pouvez également écrire ou téléphoner à votre proche. De nombreuses équipes proposent aux familles d'apporter des effets pour leur proche, et se saisissent de ce prétexte pour les rencontrer dans un lieu à l'écart de l'unité d'hospitalisation. Ce n'est pas parce que les visites sont suspendues, déconseillées voire interdites qu'il ne peut pas y avoir de lien avec l'équipe soignante.

- Certaines équipes travaillent avec des soignants référents, c'est-à-dire plus spécialement chargés de faire la liaison entre les différentes personnes mobilisées par un patient. Si c'est le cas de celle où votre proche est hospitalisé, n'hésitez pas à prendre contact avec ce soignant référent.

Les relations avec l'équipe soignante doivent être marquées par la règle du «ni trop ni trop peu». Chacun doit être à sa place : les soignants soignent, l'entourage familial accompagne, surtout sur un plan affectif. Votre fils, votre fille est hospitalisé(e), il faut penser à vous.

Comment faire face à cette expérience douloureuse ?

Tout au long de ces mois, vous avez été soumis à rude épreuve. Vous avez traversé une crise douloureuse, pour vous, votre couple, vos autres enfants et votre famille. Vous avez vu votre proche qui portait tant d'espoir se détacher progressivement de la réalité, s'isoler, devenir violent parfois. Il vous faut digérer tous ces événements pour pouvoir être présents à ses côtés.

- La première chose à faire est de souffler. Ne vous sentez pas coupable de vouloir vous reposer, c'est une réaction normale. Essayer de vous retrouver en famille pour parler de ce qui s'est passé, de ce que vous avez ressenti. C'est peut-être encore trop récent. Peut- être votre couple a-t-il été soumis à trop rude épreuve pour que des mots puissent être partagés. Offrez-vous un repas au restaurant, une soirée en amoureux, une sortie au cinéma, allez voir des amis, essayez de vous faire plaisir.

- Si vous avez d'autres enfants, ceux-ci ont peut-être été choqués par ce qui est arrivé à leur frère ou sœur, ils ne comprennent peut-être pas grand-chose à tout ça, essayez de leur expliquer avec vos mots à vous. Ils se sentent peut-être abandonnés parce qu'ils ont été un peu oubliés dans la multitude d'efforts que vous avez dû consentir pour l'enfant malade : écoutez-les, prenez un peu de temps pour eux. Offrez-leur un petit cadeau. Faites-vous plaisir ensemble. Rassemblez-vous en famille.

- Vous ressentez peut-être le besoin de faire le point, de vous épancher, de raconter ce qui s'est passé : vous pouvez prendre contact avec le médecin qui suit votre proche dans l'unité d'hospitalisation.

Ce médecin a besoin de votre collaboration pour soigner votre proche. Les renseignements que vous lui donnerez l'aideront à envisager un diagnostic de toute façon difficile à poser lors d'une première crise. Ce sera l'occasion d'exprimer votre vécu. Les rencontres avec les infirmiers de l'unité d'hospitalisation peuvent être aussi l'occasion de vous libérer un peu de cette pression. Les infirmiers proches des patients pourront vous parler des problèmes quotidiens. Certains médecins et infirmiers recherchent ces rencontres avec les familles. Ils proposent même des entretiens familiaux qui ne sont pas forcément des thérapies familiales.

Toutes ces rencontres sont l'occasion de se découvrir, de faire connaissance, de nouer une relation dont la qualité est essentielle pour l'avenir du patient. L'idéal est que soignants et proches arrivent à se faire suffisamment confiance pour passer une véritable alliance thérapeutique.

Pour vous, pour votre proche, il faudra revenir sur ces événements, ne pas faire comme s'il ne s'était rien passé.

Il y a eu de la violence, vous avez eu peur, vous avez eu mal. Il y a eu de l'incompréhension. Il faudra en parler afin d'éviter que tout cela n'empoisonne vos relations futures avec l'équipe de soin, avec votre proche. Ce sera également l'occasion de le confronter à la réalité à un moment où il prendra de la distance avec ses troubles. Il pourra ainsi progressivement accepter l'idée qu'il est malade, qu'il doit prendre un traitement et qu'il peut compter sur vous et sur l'équipe de soin pour l'aider à traverser cette épreuve et la dépasser. Les soignants peuvent proposer un cadre où aborder ces différents points. Ils peuvent servir de tiers, de support pour favoriser cet échange et vous aider à comprendre les soins qui sont mis en place.

Quels types de soins vont être proposés à votre proche ?

La psychiatrie, son organisation, ses maladies, ses traitements, ses soignants, vous n'y comprenez rien. C'est un monde mystérieux qui vous a toujours fait un peu peur. L'idée qu'un de vos proche puisse être soigné par des professionnels des soins psychiatriques vous inquiète un peu. Vous vous demandez si vous pouvez leur faire confiance.

Ils doivent être adaptés à la personne et prendre en compte :

- le stade d'évolution de sa maladie ;
- ses symptômes prédominants ;
- la qualité de son environnement ;
- son milieu familial et social ;
- ses ressources matérielles, psychologiques et culturelles.

En tant que parents, vous êtes évidemment un des partenaires essentiels de cette évaluation.

Plusieurs dimensions sont envisagées dans l'élaboration d'un projet de traitement : biologique, psychologique et sociale.

Concrètement, il peut bénéficier :

- de professionnels, de lieux d'accueil et de soins proches : quel que soit l'endroit où vous habitez, il existe près de chez vous un lieu de soins, une équipe prête à répondre à vos questions, à vous recevoir.

- de traitements médicamenteux qui visent à réduire ses symptômes les plus aigus tels que les hallucinations, le délire, la désorganisation et l'angoisse. On utilise habituellement les neuroleptiques.

- de psychothérapies qui ont pour but d'atténuer ses conflits internes, de favoriser un retour sur lui-même dans le but de mieux comprendre ses difficultés psychiques.

- d'activités qui visent à lui offrir des techniques et un environnement adapté à son état psychologique afin qu'il puisse progressivement retrouver ses compétences et se réadapter à une vie sociale et professionnelle.

- sans oublier **ses propres ressources**, ses initiatives et ce qu'il pourra mobiliser par et pour lui-même : ce n'est pas parce qu'il est malade qu'il ne peut rien faire, ni ne sait rien.

Le programme de soins *(d'après Psycom 75)*

Si votre proche a été admis en soins psychiatriques contraints il peut sortir de l'hôpital en faisant l'objet de soins psychiatriques ambulatoires.

Dans ce cas de figure, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Ce document écrit indique les modalités de prise en charge :

- Hospitalisation à temps partiel (hôpital de jour, hôpital de semaine)
- Soins ambulatoires (CMP, CATTP)
- Soins à domicile
- Traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

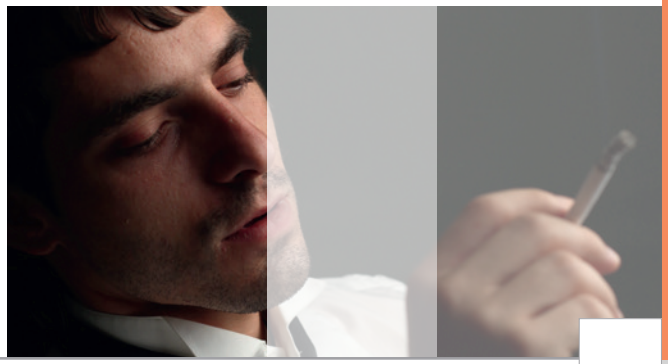
Il précise, s'il y a lieu, la forme de l'hospitalisation partielle, la fréquence des consultations, des visites ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins. Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par **un entretien** au cours duquel le psychiatre recueille **l'avis du patient**, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations.

Chaque fois que nécessaire, le psychiatre informe le patient de :

- sa situation juridique ;
- ses droits ;
- ses voies de recours et ses garanties.

Il lui indique que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé, qu'il peut proposer son hospitalisation complète, notamment en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est notée sur le programme de soins et le dossier médical du patient. réhospitalisé contre son gré s'il ne suit pas son programme de soin en ville.

Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins c'est-à-dire en ambulatoire.



Une écoute téléphonique pour les familles

Vous pouvez composer le 01 42 63 03 03 du lundi au vendredi de 9 h à 13 h et de 14 h à 18 h (17 h le vendredi) pour joindre le service écoute-famille de l'Unafam (l'Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

Ce service met à votre disposition une écoute téléphonique assurée par une équipe de psychologues. Il répond ainsi à une forte demande d'information, de conseil et d'accompagnement de la part des familles. Sa fonction vise à rompre l'isolement des familles et à porter un autre regard sur les troubles psychiques, sujet tabou. L'association dispense également des formations, notamment au profit des familles qui accompagnent dans la durée un proche malade. Des orientations sociales et juridiques peuvent également être dispensées.

L'intimité et la discrétion du téléphone vous permettront de comprendre, de parler de vous, de votre entourage sans affronter d'emblée le cabinet du psychiatre ou l'hôpital. Cette écoute, gratuite et anonyme, s'adresse à tous ceux qui souhaitent évoquer une situation particulièrement difficile : l'appréhension d'une crise imminente, un conflit, l'incompréhension de la maladie, un épuisement...

Cet accueil professionnel a pour but d'accompagner les interrogations et la réflexion, aidant ainsi les proches à trouver des ressources et à sortir de l'isolement.

Ces psychologues proposent également une orientation vers les délégations départementales afin de partager l'expérience des bénévoles de l'Unafam.

L'écoutant repère les problématiques qui se répètent, il peut resituer la maladie, le sens du symptôme, l'accompagnement du proche malade en aidant la famille à prendre conscience de ses limites, de la nécessité de relais, de se donner du temps. Il dédramatise et aide les parents à redéfinir leur rôle. Il parle à la famille du travail de deuil de l'enfant rêvé, il évoque le temps de souffrance qui est un long travail d'élaboration et qui correspond à la nécessité de supporter les pertes de ce qui existait avant (cet enfant qui les comblait). Il les aide à accepter la réalité, la maladie. Il propose parfois d'autres lectures de la situation pour sortir de la répétition : il y a toujours plusieurs causes qui produisent plusieurs effets.

Ce service constitue un intermédiaire privilégié pour que vous puissiez évoluer vers la compréhension de votre comportement et de celui de votre proche malade.

Il ne s'agit en aucun cas, pour l'Unafam, de se substituer aux équipes médico-sociales, mais d'être un étayage supplémentaire pour les familles en désarroi. Si vous en sentez la nécessité, n'hésitez pas à composer ce numéro. On est plus fort à plusieurs que tout seul. Si vous vous sentez soutenus, encouragés, vous pourrez mieux aider votre proche, vous pourrez mieux vous aider vous-mêmes à l'aider.

Un outil psychoéducatif : Profamille®

Vous souhaitez aller plus loin afin de mieux aider votre proche, certaines équipes proposent aux familles un travail de groupe qui porte le nom de Profamille®.

L'hypothèse sous-jacente aux groupes Profamille® est qu'il existe souvent une inadaptation cognitive, émotionnelle ou comportementale de certains membres de la famille qui les empêche de communiquer et d'interagir avec le proche malade.

Le but de ces groupes est de proposer un apprentissage d'autres réactions adaptatives. Le programme Profamille® est une approche cognitivo-comportementale qui cherche à modifier trois cibles ; les comportements, les cognitions (les pensées) et le niveau émotionnel des familles avec deux objectifs en partie dépendants : améliorer leur confort

personnel et améliorer l'aide qu'ils peuvent apporter au malade.

Le programme se développe en cinq étapes chronologiques :

- éducation sur la maladie, permettre de comprendre (2 séances) ;

- développer les habiletés relationnelles, améliorer sa relation avec le malade, baisser la tension, mieux aider le malade (4 séances) ;

- gestion des émotions et développement des cognitions adaptées, prendre plus de plaisir (5 séances) ;

- développer des ressources, tenir sur la durée et pouvoir faire face à des aléas et préparer l'avenir (2 séances) ;

- la 5e étape dite d'approfondissement est destinée à renforcer les apprentissages et favoriser la mise en application des savoir-faire développés dans le programme.

Les épisodes aigus qui s'accompagnent de symptômes positifs (délire, hallucinations...) sont toujours dramatiques mais les symptômes négatifs (inactivité, lenteur, manque de motivation et d'intérêt, manque d'autonomie, hygiène personnelle négligée...) apparaissent responsables de la lourdeur de vivre avec une personne qui souffre de schizophrénie. Les familles ont besoin d'abord de comprendre que ces troubles font partie de la maladie et ne sont en aucun cas liés à de la paresse ou à de l'égoïsme et ensuite d'acquérir des habiletés de vie et des habiletés comportementales qui leur permettent de faire face à ces comportements.

Cinq types d'habiletés ont été décrits :

- Les habiletés de communication. La qualité de vie en famille est souvent liée à la qualité de communication entre ses membres. Les familles se posent de nombreuses questions telles que :

- Doit-on exprimer ses sentiments ou ses insatisfactions à la personne malade ?
- Comment formuler des demandes ?
- Faut-il répéter inlassablement les demandes qui ne trouvent pas de réponses ?
- Comment entendre les propos parfois difficilement compréhensibles de son proche ?

– Les habiletés à établir des limites. La personne malade peut avoir une présence envahissante. La famille peut en être dépendante dans la réalisation des activités quotidiennes. L'acquisition d'habiletés à établir des limites est donc importante pour la qualité de vie des familles, importante également pour la resocialisation et la réadaptation de la personne atteinte de schizophrénie.

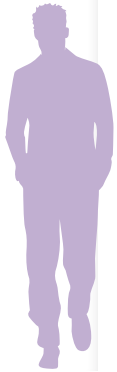
– Les habiletés à développer un sentiment d'estime de soi et de confiance personnelle. Les familles sont fréquemment sous l'emprise d'un sentiment de culpabilité qui diminue leur estime de soi. Ses membres se sentent aussi parfois moins confiants en eux-mêmes en raison d'un sentiment d'incompétence dans leur rôle de soutien et d'aide à la personne malade.

– Les habiletés à développer des attentes réalistes. Les familles, face aux rechutes, nombreuses et fréquentes, sont souvent déçues et inquiètes de l'avenir de leur proche. Il est donc essentiel que les soignants parlent avec ces familles, autant pour diminuer l'impact des rêves brisés que pour aider la personne malade dans ses soins.

– Les habiletés à recourir à l'aide nécessaire. Il est important que les familles sachent comment faire appel aux services professionnels (ou autres) lorsque cela est nécessaire. Il est bon qu'elles identifient les personnes ressources susceptibles de les aider de la même façon qu'elles doivent connaître les aspects juridiques ayant trait à la loi sur les modalités d'hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

– Les habiletés à développer et à maintenir un réseau de soutien social. Les familles des personnes souffrant de troubles psychiques chroniques sont souvent, elles aussi, victimes d'isolement social. Le soin apporté au proche souffrant les mobilise tant qu'elles limitent leur participation aux activités sociales. La culpabilité ressentie et les troubles de leur proche diminuent la possibilité d'inviter et de recevoir des amis. Elles s'interdisent ainsi de bénéficier de soutien et de distraction et se centrent encore plus sur leur proche malade.

NOTES



CONCLUSION

Votre proche est confronté à une maladie psychique chronique qui évolue par phases avec des moments de crise (ou de rechute) mais aussi des périodes de stabilisation. Cette chronicité implique des soins réguliers et continus. Votre proche va devoir intégrer cette donnée fondamentale dans sa vie qui va en être profondément bouleversée.

Vous devrez aussi tenir compte de cette donnée dans votre vie et vos relations avec votre proche. Après avoir été confrontés au choc de cette maladie, après avoir refusé de la voir en face, il vous faut la reconnaître, reconnaître ce que cela modifie en vous et dans la famille, assumer cette nouvelle réalité, et vous adapter à la situation. Il s'agit d'accomplir un chemin difficile qui implique de nombreuses remises en cause.

Des relations de qualité avec l'équipe soignante peuvent grandement faciliter ce travail psychique collectif.

LISTE DES FASCICULES DE LA COLLECTION

" Quelques réponses aux questions que vous vous posez "

1. C'est étrange autour de moi
2. Je prends un neuroleptique
3. Mon fils/ma fille est en crise
4. Je me soigne près de chez moi
5. La schizophrénie, ça se soigne
6. Je vais mieux
7. Je gère mon quotidien
8. La violence, parlons-en...

www.schizosedire.com

PP-OD-FR-0098 - Février 2022 - © Lilly - Tous droits de reproduction réservés.

Lilly France, 24 boulevard Vital Bouhot - CS 50004 - 92521 Neuilly-Sur-Seine Cedex
Tél : 01 55 49 34 34 - Fax : 01 41 44 02 47 - www.lilly.fr
SAS au capital de 375 713 701 € - 609 849 153 R.C.S. Nanterre.
Information médicale :
0 800 00 36 36 Service & appel gratuits ou : 01 55 49 32 51