

L'Écrit

Service des Soins du Département de Psychiatrie du

N°53

Octobre 2004

Mercredi Infirmier :
«Le binôme ICUS-Clinicien :
Parole leur est donnée»

**« Mon dernier jour de
garde »**

**«Bilan de l'activité
d'accueil infirmier sur le
site de Cery»**

**« La rotation du personnel
infirmier du DUPA, bilan »**

Sommaire:

- Binôme ICUS-Clinicien : Parole leur est donnée
 - Editorial :

« **Ombre portée** », Jérôme Pedroletti,
Infirmier Spécialiste Clinique
Coordinateur, DP-CHUV.

 - « **Être ou ne pas être ?** » :
L'histoire d'un binôme Infirmier Chef
d'Unité de Soins et Infirmier
Clinicien, Yves Cossy ICUS et Jean-
Marc Faust Infirmier Clinicien ;
- **Mon dernier jour de garde**, Annick Roh,
Section « H. Minkowski »
Infirmière, AOC
- **Bilan d'activité d'accueil infirmier sur le site de Cery**, Rosine Renaud, ICUS, AOC ;
Vidjay Gobin, ICUS, AOC ; Yves Dorogi,
Infirmier Spécialiste Clinique, AOC-SPLi ;
Jean-Christophe Miéville, ICS, AOC-SPLi
- **La rotation du personnel infirmier du DUPA, bilan.** J.-M. Kaision, *Directeur des Soins, DP-CHUV ;* J. Pedroletti, *Infirmier Spécialiste Clinique Coordinateur, DP-CHUV ;* F. Dorogi, *ICUS, UTOX, DUPA ;* N. Kocan, *Infirmier, STP, DUPA.*
- Informations

«Le binôme ICUS- Clinicien : Parole leur est donnée»

Editorial

Jérôme Pedroletti, Infirmier Spécialiste Clinique
Coordinateur, DP-CHUV.

L'ombre portée (1996-2003)

Quand il y a histoire, il y a origine, il y a généalogie ; un père et une mère ont engendré un enfant. Il serait rassurant peut-être de désigner ici le géniteur, chacun d'ailleurs s'entendrait à le reconnaître dans la personne du directeur des soins, Jean-Michel Kasion dont je ne serais ici que l'ombre portée.

Et ce n'est pas le déposséder d'une histoire dont il a été acteur que de la raconter autrement y compris pour mettre en exergue sa méthode centrée sur le work in progress accompagnée de l'inévitable learning by doing.

C'est à dire que cette histoire a pu s'écrire parce que son début hypothétique n'incluait pas sa fin.

Comme le dirait Deleuze dans Mille plateaux, « le rhizome est une antigénéalogie », le risque pris dans l'horizontalité, dans la fonctionnalité, non engagé dans une hérédité hiérarchique, ne dit rien de ses possibles impasses ou développement.

Si donc nous reprenons ; au début vous prenez un service infirmier classique avec ICUS et ICUS-adjoint par unité, vous remplacez deux ICUS-adjoint par deux Cliniciens avec pour seul mandat de faire l'expérience de possibilités nouvelles. Cette épreuve du feu ne laisse personne indifférent (voir L'Ecrit n°29). Vous mélangez quand c'est possible ou tout le moins vous définissez des nouvelles frontières, des nouvelles compétences, de nouvelles exclusions et inclusions. Après quatre ans, vous faites un bilan et vous postulez qu'il est intéressant puisque des secteurs jusqu'ici non abordés par le service infirmier ont pu l'être grâce à ce nouveau dispositif collectif. Le collectif étant alors responsable des évolutions, les

cliniciens n'en étant qu'un élément et pas plus que les autres impliqués dans ces changements.

Corrélativement, vous lancez des infirmiers dans de nouvelles aventures, de nouvelles formations en santé communautaire, psychiatrie de liaison, thérapie comportementalo-cognitiviste, ouvrant de nouvelles missions qui enrichissent les horizons du service infirmier du département.

Naît donc sur ce constat l'idée, concomitante à la réorganisation (politique de section spécialisée plutôt que politique d'unité), de passer à un stade supérieur, c'est à dire remplacer l'ICUS d'une unité sur le départ par un binôme ICUS-Clinicien sur deux unités ; changement d'échelle et partage des territoires.

Comment faire cela ? Le décider et puis non pas l'imposer mais le construire d'où l'idée d'abord d'une transition qui permet à deux unités de formuler des vœux, des souhaits, qui permet aussi de chercher des modes d'articulation d'un binôme expérimental (L'ICUS restant avec l'infirmier-clinicien en place) avec les équipes puis la mise sur pied d'un comité stratégique ouvert à la participation des équipes et incluant les acteurs et un médiateur, qui accompagne le processus tout en l'interrogeant à partir du moment où le binôme est constitué (L'ICUS avec le nouvel infirmier-clinicien).

A ce moment là, nous sommes collectivement dans une tentation de répétition, refaire ce qu'on connaît déjà et cela va tourner autour du cahier des charges. Bétonner les rôles de chacun en nous orientant sur une définition la plus obsessionnelle possible des places. Désigner des chefs qui savent, qui sont responsables, qui sont là. Le changement alimente la peur du vide. Et puis les demandes des équipes, le poids du quotidien nous tirent vers un cahier des charges qui reproduirait pour chacun, ICUS et Clinicien, ce que l'institution possède comme modèle.

Le Comité stratégique se réunit et collectivement après une période de 1 + 1 définit l'unité binôme et invente une topographie du cahier des charges qui inscrit le rôle du binôme avant le rôle de chacun de ses membres. Dans cette dynamique qui intègre les nouveaux paramètres du service infirmier, le binôme s'ouvre sur l'ambulatorio puisque'il devient responsable de l'ensemble des équipes infirmières hospitalo-ambulatories dans une compréhension citoyenne du parcours des usagers.

Le dispositif mis en place nous a permis d'inventer un objet que l'on ne trouve nulle part ailleurs et qui

introduit son pendant du côté des ICS-ISC malgré sa difficile reconnaissance dans la filière infirmière CHUV. Si nous résumons : une utopie, faire entrer la clinique dans les soins infirmiers ;

une initiative sans filet, nommer des cliniciens ;

un modèle en construction, le binôme.

L'utopie n'est jamais personnelle et la question que l'on peut poser au directeur des soins sans espoir qu'il puisse y répondre : d'où vous est venue cette utopie ?

 5

« Être ou ne pas être ? » :

L'histoire d'un binôme Infirmier Chef d'Unité de Soins / Infirmier Clinicien

Yves Cossy, ICUS, et
Jean-Marc Faust, Infirmier Clinicien ; Section « E. Minkoswki ».

Contexte

Au sein du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) du secteur centre du canton de Vaud, en mai 2002, la Direction des

soins infirmiers a décidé d'opérer un changement radical dans la gestion et l'encadrement clinique des sections de soins spécialisées.

Jusqu'à présent, la hiérarchie infirmière était composée d'un Directeur des soins infirmiers secondé par des infirmiers-chefs de service (ICS) et des infirmiers chefs d'unités de soins (ICUS). Deux infirmiers cliniciens de Département s'ajoutaient aux cadres infirmiers.

Sous l'impulsion de son Directeur des soins, Monsieur Jean-Michel Kaision, un nouveau concept de management (binôme ICUS-IC¹) a été pensé pour le Département.

Suite à un poste vacant d'ICUS dans la section « E.Minkowski », l'engagement d'un infirmier clinicien de section (IC) a été réalisé pour implanter ce concept.

La section « E.Minkowski » comprend deux unités hospitalières « Aster et Azur » et une unité ambulatoire, la consultation psychiatrique de « Sévelin » se situant en ville de Lausanne.

Le binôme ICUS-IC était né.

Concept du binôme ICUS-IC

Le binôme ICUS/IC est un dispositif organisationnel

¹ ICUS-IC : infirmier chef d'unité de soins-infirmier clinicien

infirmier qui doit permettre l'interaction entre deux entités, gestion et clinique, qui dans le fonctionnement se retrouvent complémentaires.

Cette structure organisationnelle favorise l'émergence d'un collectif infirmier, organisé pour une section hospitalo-ambulatoire, capable de faire des propositions et de produire des connaissances nouvelles. Dans ce sens, il s'agit d'un dispositif intégré, articulé avec les entités institutionnelles et les réseaux.

Missions générales :

Le binôme oriente l'équipe infirmière hospitalo-ambulatoire de la section vers :

- une organisation congruente à ses missions.
- des dispositifs fonctionnels de consultation et de décision.
- une valorisation des qualités professionnelles de l'ensemble des collaborateurs.
- une amélioration de la qualité des soins infirmiers.
- le respect de la déontologie

- le respect de la philosophie de la section et du département.
- un processus permanent d'évaluation et de formation.
- un développement de la recherche infirmière.
- un développement des liens avec l'équipe pluridisciplinaire.
- un développement des alternatives ambulatoires.
- un développement des liens avec les autres sections du département.
- une participation aux réseaux locaux, nationaux et internationaux en charge de problématiques semblables.
- une collaboration étroite avec les institutions de formation et un encadrement de qualité des étudiants.

Structure de l'implantation

L'implantation a commencé par une présentation du concept d'un binôme aux équipes infirmières par la direction des soins.

Plusieurs réunions de travail sous forme de brainstorming pendant six mois ainsi qu'un mois de préparation avant

l'entrée en fonction de l'infirmier clinicien ont permis de clarifier la mise en place du binôme en tenant compte des attentes et des exigences qu'une telle organisation demande.

Parallèlement, un comité stratégique d'accompagnement du binôme est constitué pour soutenir la mise en place du concept et d'interroger cette expérience par la présence d'un consultant extérieur.

L'implantation dans la pratique

Dès le début mai 2002, nous avons été confrontés à une forte résistance de la part des infirmiers se rapportant à la peur de perdre un système de gestion connu, expérimenté et classique d'accompagnement, d'encadrement et de contrôle par un leadership désigné par la hiérarchie et souvent reconnu comme tel.

La grande difficulté pour les équipes ainsi que pour nous-mêmes a été le manque de repères, principalement dû à la non-existence d'un cahier des charges défini, ainsi que le manque de référence d'intégration d'un tel concept. Il nous a paru difficile

d'élaborer un cahier des charges avant même une confrontation du concept à la réalité de la pratique.

Pour pallier ce manque de repères, il nous a semblé nécessaire de clarifier conceptuellement et géographiquement notre champ d'activité, d'encadrement, de soutien, de réflexion, de représentation et d'évaluation. Ceci nous a paru être l'une des premières étapes à l'élaboration d'un tel cahier des charges.

Pour nous aider dans cette tâche de clarification, nous avons pris quelques mesures telles que l'installation d'un bureau se trouvant au milieu des unités de soins. Ce lieu devait en effet être un espace proche des collaborateurs et des soins, et favoriser la proximité des échanges.

Nous avons ensuite élaboré un organigramme et un modèle de remplacement de l'un et de l'autre durant nos absences prolongées respectives.

Dans un second temps, nous avons désiré une uniformisation des prestations infirmières sous la forme d'un écrit type présenté à chaque collaborateur.

Une harmonisation par un recueil de tous les

documents se rattachant à l'activité infirmière nous paraissait nécessaire.

Parallèlement à cela, nous avons organisé un certain nombre de réunions regroupant soit la section hospitalière, soit les unités de soins séparées. Nous pouvons citer en exemple les colloques UHM (Unités Hospitalières Minkowski) qui, une fois par mois, servent à unifier les prises en charges des patients entre les deux unités.

Au niveau de la conceptualisation du rôle et de la fonction

Au début, il nous paraissait évident que ce concept de mise en place d'une voie clinique et d'une voie gestion pouvait dégager une plus-value dans l'évolution de la profession. Nous nous sommes vite rendus compte que sa mise en pratique se heurtait à la conception que chacun des collaborateurs (nous y compris) pouvait en avoir. Effectivement la limite entre gestion et clinique est loin d'être claire lorsqu'elle est confrontée à des applications pratiques.

L'ICUS, se retrouvant dépossédé de la clinique

pour exercer des tâches de gestion, avait le sentiment de perdre une partie de son âme de soignant. La question était donc de savoir comment assimiler et faire passer le concept du binôme ICUS-IC, en trouvant un juste milieu entre, d'une part, libérer plus de temps pour une meilleure qualité de la gestion et, d'autre part, conserver des pratiques et un regard qui se voudrait clinique. La solution trouvée à l'époque était d'améliorer cette gestion en développant des connaissances et des compétences de coaching, d'encadrement d'équipe, de participation à des groupes de travail, comités et recherches, tant au niveau de la section qu'au niveau du Département. L'implication de l'ICUS dans la clinique s'est avérée plus complexe par l'engagement d'un clinicien. En effet, l'ICUS conserve un regard clinique et pratique des soins mais ceci dans un esprit de complémentarité et de partenariat avec l'IC.

La problématique pour l'IC se posait différemment dans le sens où il a dû créer un espace de réflexion et de pensée basée sur les soins et la participation du patient

à son traitement. Il favorise le dialogue clinique entre l'équipe pluridisciplinaire, le patient et ses proches. Il a un rôle essentiel dans la formation et l'animation des différentes activités en lien avec le type de pathologie présente. Il fait émerger des valeurs communes dans la conduite de projets et de recherches cliniques. Comme l'ICUS, il possède des compétences de gestion pour soutenir et collaborer avec celui-ci.

Cette collaboration ne peut porter ses fruits que si la complémentarité, le respect, le dialogue et la confiance sont présents.

Pour illustrer la complexité d'une collaboration de type binôme, l'évaluation annuelle d'un collaborateur peut être donnée en exemple.

Cette évaluation annuelle d'un collaborateur était dans notre conception initiale une des charges relevant de la gestion. Dans le concept du binôme apparaissent deux types de liens entre les cadres et les collaborateurs :

1. les liens hiérarchiques qui représentent le caractère officiel de

l'évaluation du collaborateur, en fonction de son cahier des charges et des missions de la section avec la responsabilité finale qui peut découler sur des promotions ou des sanctions,

2. les liens fonctionnels

qui ont pour but d'être proche du collaborateur ainsi que des missions de la section dans le but de fixer et d'atteindre les objectifs cliniques.

Dans la pratique, l'évaluation porte sur des points d'organisation et de clinique comme le prévoit le cahier des charges des infirmiers. Donc, pour débattre de ces points, l'ICUS a besoin de la collaboration et des observations du clinicien. Cela ne pose à priori aucun problème si ce n'est une contradiction par la confrontation à la pratique des liens prévus dans le concept entre les liens fonctionnels et les liens hiérarchiques.

Vécu de deux ans d'expérience

Au début du binôme, notre motivation et notre intérêt à développer ce nouveau concept, étaient

un challenge passionnant. En effet, portés par notre hiérarchie, nous étions prêts à affronter les quelques obstacles que nous présagions à l'époque. Si au début, nous nous sommes confrontés aux équipes infirmières dans la mise en place de ce concept, il nous parût rapidement évident que la représentation de la voie gestion et clinique à l'intérieur d'une section ne pouvait pas s'accomplir sans une reconnaissance tant au niveau des soins infirmiers qu'au niveau de l'équipe pluridisciplinaire.

Grâce au soutien du comité d'accompagnement et de l'accord de principe du médecin chef, nous avons pu nous développer dans un savoir-faire et un savoir-être. La collaboration et la mise en commun de nos conceptions et valeurs spécifiques ont permis que les défis rencontrés, trouvent selon nous des solutions plus pertinentes. En effet, l'attention partagée entre binôme et équipes de soins infirmiers a permis de réfléchir et de travailler sur la place du patient dans son traitement. La mise en place d'un projet qualité sur les soins intensifs en psychiatrie permet d'essayer de redonner un espace de

négociation aux patients dans le respect de l'éthique et de la loi. Quelques autres outils de soins (contrat de chambre de soins, grille violence) ont été des moyens que la gestion et la clinique ont élaborés pour donner une place aux patients et aux différents intervenants. En effet, l'élaboration de projets spécifiques à nos voies respectives (harmonisation des pratiques et collaboration infirmières des 3 équipes que forment la section, affinement et réflexion concernant les ressources humaines et la clinique à travers des formations appropriées, accompagnement des équipes et mise en place d'un projet qualité) s'est vue nettement plus développée et travaillée par le fait de les penser collectivement. Tout irait pour le mieux « dans le royaume du Danemark¹ ». Parallèlement, nous n'avons pas réussi à développer notre reconnaissance et notre indépendance (ainsi que celles de nos collaborateurs) autant au niveau de notre propre hiérarchie qu'au niveau des autres corps de métiers.

¹ «... y a pas qu'au royaume de Danemark où il ya quelque chose de pourri... » [Hamlet - Shakespeare](#)

Nous pensons que dans le domaine des soins, le concept du binôme a fait émerger une réflexion et un certain nombre de questions, qui n'apparaissaient pas auparavant, car il touche des domaines comme la responsabilité ou l'autonomie, soit le droit de développer une pensée propre au monde infirmier. Dans les faits, nous nous sommes vite retrouvés assez isolés et moins soutenus. Si on peut dire que ce concept ne fait pas l'unanimité, malgré ce que nous pensons avoir créé comme plus value, il n'arrive toujours pas à combattre les résistances, les croyances, la sécurité qu'un modèle classique inspire. Fort de ces constatations, nous pensons que ce concept nous paraît toujours un modèle innovant et d'actualité. Reste à nous de pouvoir démontrer qu'un plus un peut être égal à trois et que cette plus-value est quelque chose d'indispensable dans le développement des soins. Au même titre lorsque nous arriverons à contractualiser l'intérêt d'un binôme dans une organisation comme un Département, le lien et l'expérience que nous pourrons en tirer nous

permettra de développer
encore plus la
contractualisation du
soins entre les soignants,
le système de soins et le
patient.

Mon dernier jour de garde

Annick Roh, Infirmière, Service d'accueil d'orientation et de crise (AOC).

Mercredi 31 mars 2004

Il est 9h00, j'arrive au travail, dans cette agitation ambiante toujours si présente dans un service d'admission, trouvant le moment opportun afin que mon ICUS me briefe sur la situation des admissions attendues à l'hôpital, la gestion des lits, les situations problématiques, les demandes diverses des équipes ainsi que quelques consignes particulières qui vont rythmer ma journée d'infirmière de garde.

Voilà 2 ans environ que je travaille comme infirmière de garde à raison d'une dizaine de jours par mois. Nous sommes plusieurs diplômés à couvrir ce poste attaché au service de l'AOC (Accueil-Observation-Crise) de l'Hôpital de Cery, depuis 1998, date de création de ce poste destiné à accueillir dans les meilleures conditions les

patients nécessitant une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Ce pool de garde infirmier est pour moi une expérience unique. En effet, la garde hospitalière jusqu'ici réservée au corps médical s'est ouverte à un binôme médecin-infirmier joignant ensemble leur pratique, leurs expériences pour affiner au mieux la demande de soins dans un milieu hospitalier.

En effet, ce poste demande une très bonne connaissance du réseau de soins du secteur psychiatrique, une disponibilité afin d'évaluer, de négocier, de conseiller et d'orienter les diverses demandes venant de l'extérieur, que ce soit un médecin de famille, un psychiatre, le patient lui-même, son entourage, ou quelque instance judiciaire. A la qualité d'écoute et d'empathie viennent

s'ajouter des considérations logistiques bien plus contraignantes et terre-à-terre :

- La recherche des disponibilités de lits vacants sur l'hôpital, qui souvent est un véritable casse-tête.
- La recherche de dossiers, de lettres de sortie et toutes traces écrites d'un précédent séjour, travail qui mobilise aussi nos secrétaires de l'accueil.
- L'orientation d'un patient qui se fera selon plusieurs critères :
 - si ce dernier est déjà connu, qu'un diagnostic clair a pu être posé, son orientation se fera sur une section spécialisée,
 - selon son degré d'agitation ou de violence, son admission pourrait nécessiter une chambre de soin.

Toutes ces démarches, afin d'anticiper au mieux l'arrivée du patient, requièrent un travail de recherche, de communication entre l'infirmier de garde, les diverses équipes soignantes des services de Cery, les chefs de cliniques et les services

administratifs. Pour ce poste il faut faire preuve de diplomatie, de sens de la négociation, particulièrement au téléphone avec l'interlocuteur. Mais il faut aussi savoir argumenter sa position et faire preuve d'une bonne gestion de son stress. L'infirmier orienteur, par sa position, manipule une quantité d'informations dont il devra faire le tri selon leurs pertinences pour les transmettre aux bonnes personnes au bon moment.

L'infirmier orienteur ne doit non plus jamais perdre de vue que la finalité de son travail reste la demande d'aide et que dans ce cadre il s'agit de bien connaître ses limites afin de répondre au plus juste à cette dernière.

Je sais que ce poste m'a fait progresser à bien des niveaux, que ce soit l'aspect relationnel avec les équipes soignantes, le réseau de soins ambulatoire, la gestion de situations de stress ou de situations d'urgences. Une réelle impression d'être véritablement utile au travail de collaboration avec le médecin de garde dans le but d'accueillir au mieux le patient.

Je suis triste que ce soit mon dernier jour de travail à la garde et je veux remercier tous ceux qui ont contribué à monter un tel projet franchement novateur et qui a défini un temps la collaboration médico-infirmière d'une toute autre manière.

Bilan de l'activité d'accueil infirmier sur le site de Cery

R.Renaud, ICUS, Service d'accueil d'orientation et de crise (AOC)

V. Gobin, ICUS, AOC

J.-Ch. Mieville, ICS, AOC-SPLi

Y.Dorogi, Infirmier Spécialiste Clinique, AOC-SPLi

L'entrée en vigueur du nouveau statut des médecins assistants au 1^{er} janvier 2004 et la réorganisation de la garde médicale sur le site de Cery nécessitent un redimensionnement de la place de l'infirmier dans le processus d'accueil sur l'hôpital.

Dès le 1^{er} avril 2004, les infirmiers n'investiront plus cette 1^{ère} ligne pour se consacrer à l'activité d'accueil dans leurs services respectifs.

Nous désirons profiter de ce moment pour broser l'histoire de cette activité que nous avons

construite dès 1998 et des ouvertures suscitées dans nos champs professionnels.

HISTORIQUE :

La mise en place dès le 1^{er} avril 1998 de la nouvelle organisation du DUPA s'est accompagné du désir de donner une importance toute particulière à l'accueil de nouveaux patients dans notre département. Nous avons postulé sur la possibilité de transposer la pratique de l'accueil de l'urgence psychiatrique ambulatoire sur l'activité d'accueil

psychiatrique hospitalier en inscrivant l'infirmier dans une activité de 1^{ère} ligne.

LOGISTIQUE :

Situé géographiquement en amont de la section AOC, les locaux d'accueil étaient pourvus :

- Une salle d'attente aménagée pour recevoir le client, sa famille, des proches, des enfants etc...
- Un bureau infirmier informatisé
- Un bureau d'entretien
- Un secrétariat

Ouvert 5 jours sur 7, de 08h00 à 18h00, l'équipe d'accueil était composée d'un infirmier, d'une secrétaire et du médecin de garde.

ACCUEIL : 1^{ER} OUTIL DE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE :

Le désir de mettre un poids important sur l'accueil en psychiatrie réside dans le constat de l'importance de ce moment dans l'alliance thérapeutique, la contractualisation et la mise en place d'un projet de soins.

Cet espace permet d'accueillir le client mais également sa famille, son réseau afin de définir dans un souci de partenariat la prise en soins la mieux adaptée. Cet accueil se déroulait en deux étapes :

1) Téléphonique :

L'infirmier orienteur recevait l'appel du demandeur et devait évaluer différents critères :

- Administratifs : Age, lieu d'habitation, patient connu d'un service, antécédents, place dans l'hôpital etc...
- Cliniques : le degré d'urgence, la demande du client, la présence d'une co-morbidité somatique, l'étayage du client, les antécédents, le réseau de soins existant, la possibilité d'envisager une alternative à l'hospitalisation etc...
- Orientation : orientation des demandes, informations aux partenaires de soins etc...

2) Accueil sur le site :

L'infirmier, fort des informations en sa disposition les transmettaient au médecin

de garde et dans la majorité des cas participait à l'entretien d'accueil. Ce dernier pouvait être très différent au regard du fait qu'il s'agissait d'un :

A) Client connu :

L'infirmier orienteur recevait le patient, se mettait en lien avec les thérapeutes de références et accompagnait le patient dans le service receveur.

B) Nouveau client :

L'infirmier participait à l'entretien d'accueil, prévu pour mettre en évidence la psychopathologie actuelle et les premières mesures thérapeutiques à contractualiser avec le client. Ce moment était également investi afin de donner tous les renseignements nécessaires pour le client, ses proches, sa famille afin d'optimiser l'hospitalisation. Dans un deuxième temps, l'infirmier présentait le client au service, à l'équipe accueillante.

TRAVAIL DE LIAISON :

Ce travail a très vite nécessité de mettre en liaison l'accueil avec les différents partenaires. Des liens ont été tissés en :

1) Interne :

La connaissance des différentes sections, leur population, leur méthode de prise en charge, ainsi que la connaissance de leur charge de travail ont été des éléments importants permettant à l'infirmier orienteur de répartir au mieux l'accueil des nouveaux clients (l'infirmier recensait plusieurs fois par jour les lits libres).

A même de connaître très précisément les taux d'occupation d'un service ou d'un autre, il était à même de répondre aux demandes d'admissions programmées.

La création d'espaces réflexifs avec chaque section permettait de penser le bien fait ou non d'une orientation.

2) Externe :

Des rencontres cliniques communes avec nos collègues des urgences ambulatoires, la mise en place d'une direction infirmière commune, l'utilisation d'outils communs, la collaboration avec la psychiatrie communautaire ont été des

éléments facilitateurs à des meilleures compréhensions des structures existantes ainsi que des réalités des uns et des autres. De plus, les ouvertures de stages croisés avec la Police municipale, les CMS, les EMS nous ont permis de mieux se représenter les interventions de nos partenaires de soins afin d'utiliser au mieux leur compétence.

BILAN DE L'ACTIVITE DE L'INFIRMIER D'ACCUEIL :

Au bout de 6 ans d'activité et après que l'ensemble du personnel de l'AOC aient été formés à l'accueil, nous pouvons postuler que cette activité de première ligne a été un enrichissement important pour la fonction infirmière. L'ouverture sur la communauté, le partage avec nos partenaires de soins, les échanges avec la population nous ont permis d'inscrire l'activité d'accueil comme étant une étape dans le processus de soins d'un client.

Avec la possibilité d'accueillir le client, sa famille, ses proches et de répondre aux premières questions et/ou interrogation un accent est mis sur l'importance de ce moment dans la

contractualisation de l'alliance thérapeutique. Mettre un infirmier en première ligne permettait d'ouvrir un nouvel espace dans l'accueil. Par sa connaissance du milieu, sa stabilité mais également sa fonction maternante, sa capacité de contenir l'angoisse suscitée par l'urgence et son désir de mise en lumière des ressources persistantes, l'hospitalisation en milieu psychiatrique était reconnue comme une étape courte permettant de mobiliser au mieux le réseau de soins.

CONCLUSIONS :

Comme déjà exposé en introduction, le nouveau redimensionnement du travail de la garde médicale sur le site de Cery lié au manque de ressources infirmières supplémentaires nous obligent à suspendre cette activité.

Nous prenons donc ce moment pour remercier tous nos collègues qui se sont investis dans cette activité, ont réussi à gérer des situations d'urgences souvent très délicates et cela avec énormément de professionnalisme. Nous ne pouvons que nous réjouir que cette activité a permis d'élargir les compétences du personnel

soignant tout en pensant
que ces acquis sont
transposables dans le
quotidien clinique.

La rotation du personnel infirmier du DUPA, bilan.

Mai 2004

J.-M. Kaision, Directeur des Soins, DP-CHUV,
J. Pédroletti, Infirmier Spécialiste Clinique
Coordinateur, DP-CHUV,
F. Dorogi, ICUS, UTOX, DUPA,
N. Kocan, Infirmier, STP, DUPA.

Rappel historique

Ce chantier ouvert en mai 1999 s'est inscrit comme le premier d'une approche managériale dans les soins infirmiers. Il s'agissait de répondre, par ce biais particulier de la rotation des personnels, à un courant de responsabilisation des collègues quant à leur mobilité professionnelle. Accompagnée par des mesures d'évaluation personnelle annuelle, cette mobilité souhaitée devait enrichir les cursus de chacun et éviter des enkystements

préjudiciables. De plus il inscrivait le service des soins infirmiers dans une démarche horizontale, contredisant sa tradition hiérarchique verticale, en insistant sur les objectifs personnels et l'autonomie. Ces changements de paradigmes s'exemplifiaient en même temps à travers la nomination d'infirmiers-cliniciens, hors hiérarchie classique et dont la fonction de contribuer à la réflexion clinique ne devait trouver de bornes que dans le seul champ du traitement des usagers.

L'article de Jean-Michel Kaision, Flexibilité, mobilité et « rotation » dans le numéro 30 de L'Ecrit de mai 2000, traduisait l'ensemble de ces enjeux et soulignait la difficulté d'articuler une compréhension globale des modifications dans le paysage managérial avec des mesures ou des règles qui venaient contrecarrer des habitudes institutionnelles. Il faisait cette proposition : « énoncer sur le mode participatif (questionnaire sur la « rotation ») les critères de qualification (contractualisation) des épreuves (rotation) et égaliser les chances, les capacités de chacun à se montrer mobile tout en endiguant l'opportunisme »²

A l'automne 1999, nous avons envoyé un questionnaire à tous les collaborateurs, nous en avons présenté les résultats à une commission consultative des soins infirmiers (CCSI) en avril 2000 et la direction des soins avait pris en mai 2000 un certain nombre de mesures que l'on peut résumer :

- la rotation est définie comme un changement d'unité

- la rotation s'inscrit dans une durée de 5 ans à partir de l'engagement ou d'une nouvelle affectation ; pour les collaborateurs en place elle prend effet à partir de 1998.
- la rotation est un choix personnel négocié
- la rotation est inscrite comme préoccupation dans les évaluations annuelles
- chaque départ d'une unité est une opportunité
- les ICUS mettent à jour les échéances de la rotation pour chacun de leurs collaborateurs

Forts de ces décisions, il fallait laisser le temps faire son œuvre et reprendre ce chantier après les cinq ans écoulés. Ce devait être en 2003, ce fut en 2004. La perspective était alors d'inscrire cette enquête dans une meilleure compréhension des tenants et des aboutissants du concept de « magnet hospital »³ et de nous habituer à porter un regard rétrospectif sur

² L'Ecrit n°30, Enjeux d'une rotation du personnel infirmier, mai 2000, p.8 ; en ligne : www.hospvd.ch/public/psy/bpul

³ Margaret L. McClure, Ada Sue Hinshaw, Magnet hospitals revisited: attraction and retention of professional nurses, American nurses publishing, Washington D. C., 2002.

nos habitudes dans l'idée de défendre la constitution d'un observatoire des soins infirmiers dont la fonction serait de faire les liens entre des visions managériales soutenues par des statistiques et un vécu des soins par les équipes afin de mieux articuler des projets de moyen terme. Un groupe de travail se pencha sur la meilleure façon de faire un bilan d'une décision prise depuis très longtemps. La mémoire n'est pas la première qualité des services infirmiers qui pensent leur développement dans des temporalités plus proche de celle de la quotidienneté du soin. De nouveau en mars 2004, nous avons envoyé à tous les collaborateurs un questionnaire organisé en trois rubriques : depuis 5 ans « vous avez changé d'unité », « vous n'avez pas changé d'unité » et « commentaires ».

Nous avons en même temps demandé au bureau du personnel qu'il nous adresse un listing des collègues entrés et sortis du DUPA entre 1998 et 2003.

Résultats

En ce qui concerne la méthode nous avons choisi de formuler des questions fermées afin de faciliter leur dépouillement, tout en maintenant la place à des commentaires plus personnels. Nous avons aussi choisi des questionnaires anonymes afin que dans un petit département, personne ne puisse se sentir inquiéter de défendre telle ou telle position. Une maladresse typographique qui nous a conduit à mettre les premières questions en bas de page a eu pour conséquence que certains questionnaires nous sont revenus non remplis pour ces items (infirmière, infirmier, date d'entrée dans le DUPA, date d'entrée dans l'unité).

Les données globales quant aux chiffres du bureau du personnel font apparaître sur les cinq ans et pour un effectif global infirmier de 112 équivalents plein temps, 113 entrées et 95 sorties qui se répartissent à peu près équitablement chaque année (une trentaine) avec un mouvement significativement plus important en 2002 (25 entrées et 24 sorties) ;

il faut corrélérer ces chiffres avec la durée moyenne de vie dans l'institution - pour 2002 ces chiffres font apparaître que 34% des infirmiers sont là depuis plus de 10 ans, 15% entre 6 et 10 ans, 25% entre 3 et 6 ans, 13% de 1 à 3 ans et 13% depuis moins d'un an. Ce qui donne un taux de rotation naturelle de l'intérieur vers l'extérieur de l'ordre de 13%, chiffre inférieur à celui du CHUV (17,9%, rapport annuel de la direction des soins infirmiers, juin 2003). Ces chiffres viennent

tempérer l'impression d'un renouvellement incessant et global des équipes infirmières.

Pour le questionnaire, nous avons eu exactement 50% de réponses, taux intéressant pour un questionnaire de satisfaction.

36 collaborateurs ont changé, 29 ne l'ont pas fait.

Nous avons fait un classement des items par la performance de leur score

1 - Vous avez changé d'unité

	oui	%
cette mutation a enrichi votre expérience	35	97.2
si c'était à refaire, le referiez-vous	30	83.3
plusieurs fois	29	80.6
par choix personnel	28	77.8
elle a modifié votre représentation de votre rôle auprès des patients	25	69.4
elle a modifié votre vision du travail en équipe	22	61.1
pensez-vous que le service infirmier puisse se passer de cette pratique	16	44.4

dans la même section	13	36.1
vous avez bénéficié d'une formation complémentaire	13	36.1
la spécialisation des unités a favorisé la rotation	12	33.3
cette mutation a correspondu à une promotion	7	19.4
cela a été la manifestation d'un désaccord avec l'unité	4	11.1
l'exemple de la rotation est venu des cadres infirmiers	4	11.1
la rotation a été un élément de l'évaluation annuelle	2	5.56

2 - Vous n'avez pas changé d'unité

	oui	%
La spécialisation vous a offert un cadre qui vous convient	28	86,6
Vous avez été conforté dans votre représentation de votre rôle auprès des patients	22	75,9
Vous avez investi des fonctions nouvelles	17	58,6
Pensez-vous que le service infirmier puisse se passer de cette pratique	17	58,6
Vous avez bénéficié d'une formation complémentaire	15	51,7
La spécialisation des unités a	12	41,4

favorisé la rotation		
Si l'opportunité de muter se présentait, la prendriez-vous	12	41,4
La rotation est une idée que vous ne partagez pas	10	34,5
L'exemple de la rotation est venu des cadres infirmiers	10	34,5
La rotation a été un élément de votre évaluation annuelle	2	6,9
Vous n'avez pas trouvé au sein du DUPA les opportunités	1	3,45

Les commentaires qui concernent environ 30 % des questionnaires insistent à la fois sur des expériences personnelles, des rappels sur le nécessaire confort d'une mutation, sur la préservation d'un esprit d'équipe contre une conception crainte d'un « opportunisme » des collaborateurs et enfin sur la nécessaire dimension personnelle d'un tel choix.

Commentaires

C'est tout le moins ceux du groupe de travail, chacun pourra au su de ces tableaux faire les siens. Quelle que soit la réalité concrète, les réponses nous orientent quant au mandat donné aux cadres, vers une absence de positionnement tant au niveau des évaluations individuelles que de

l'exemple qu'ils auraient dû donner ; c'est en effet les plus mauvais scores et nous pouvons inviter chacun à réfléchir sur les raisons d'une telle inadéquation du mandat et de ses conséquences. Il faut en même temps accepter le constat que la mutation des cadres si l'on se réfère au seul critère de changement d'unité, a été réelle, puisque la constitution des binômes hospitalo-ambulatoires l'a permise de façon significative tant pour les ICUS-Cliniciens que pour les ICS-ISC.

La rotation n'a pas été un facteur d'offre en formation supplémentaire puisqu'au contraire ceux qui n'ont pas changé ont bénéficié proportionnellement de plus de formation.

Une majorité se déclare opposé au principe de la

rotation même si ceux qui l'ont pratiquée jugent à 97% qu'elle a enrichi leur expérience et affirment qu'ils referaient le pas ainsi d'ailleurs que 41% de ceux qui n'ont pas changé le feraient si l'éventualité se présentait. Entre la déclaration de principe et l'analyse des pratiques et des souhaits existe une discordance dont il faudrait tirer quelques leçons.

Il semble exister un noyau de collègues farouchement opposés à ce principe et ils se prononcent très clairement contre cette idée (10) en même temps qu'ils refusent l'idée de changer d'unité (16).

Pour le reste chacun valide sa propre expérience au regard des patients, de l'équipe, des bénéfices personnels sans que cela soit ni nouveau, ni décisif dans l'orientation que la direction des soins infirmiers aurait à prendre.

Conclusion

Un des paradoxes est de postuler de la transversalité et de la mobilité dans un département qui accentue par sa structuration en sections par diagnostic une spécialisation de ses collaborateurs. Débat

récurrent puisque cette question de la spécialisation a alimenté dans les années 1990 la dispute sur le « tronc commun » de la formation des infirmiers.

Un autre paradoxe a été celui d'envoyer un questionnaire à des jeunes collègues qui n'avaient jamais entendu parler de cette rotation.

Il n'en reste pas moins que ce bilan valait d'être exposé d'autant que dans l'oubli institutionnel, cette rotation a été le fait d'une partie importante des collègues qui l'ont plutôt bien vécue et qu'elle a été un facteur de diminution des risques de burn-out qu'auraient pu éprouver des collègues coincés dans une unité dont ils n'auraient plus supporté les objectifs ou l'ambiance.

S'il fallait poser une dernière question qui résume la difficulté de l'exercice :

Comment maintenir une rotation naturelle et volontaire sans principe ?

Informations :

Comme vous pouvez le constater, « L'Écrit » est en constante évolution. Son comité rédactionnel s'est étendu à l'ensemble du Service des Soins du Département de Psychiatrie du CHUV (DP-CHUV). Nous avons donc le plaisir d'accueillir au sein de ce nouveau comité Mme Françoise Ramseier, Infirmière Spécialiste Clinique au SUPAA et Mr Jean-Philippe Duflon, Infirmier chef du SMPP et membre de la Direction des Soins du DP-CHUV.

Les 23 et 24 septembre se sont réunis dans le cadre historique de l'hôpital-musée Guislain à Gand en Belgique, les chercheurs intéressés par l'histoire des soins infirmiers en psychiatrie particulièrement dans la partie septentrionale de l'Europe (Scandinavie, Grande-Bretagne, Allemagne, Belgique flamande) . Journées riches de projets sur l'histoire de la place des femmes dans l'univers psychiatrique, sur les thérapeutiques par le travail, sur la structuration européenne de ces rencontres (workshop et congrès à venir, Stockholm 2005 et Amsterdam 2007). Journées orientées aussi vers une réflexion sur les formations post-diplômes en psychiatrie en lien avec les travaux des commissions européennes. La Suisse était représentée par Sabine Braunschweig (historienne bâloise) et Jérôme Pedroletti. Il semble aller de soi qu'il serait utile de poursuivre les collaborations entamées là.



Hospices cantonaux

Département de Psychiatrie / CHUV

Directeur des Soins
Jean-Michel Kasion

**Responsable de la publication: Service
des Soins DP-CHUV**

**Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.hospvd.ch/public/psy/bpul/>**

**Info et abonnement :
Agnes.Maire@hospvd.ch**

Prix: Fr.-2