

Août 2001

Numéro 38

L' Ecrit

Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)
Service des soins infirmiers
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



LA SECTION ACCUEIL, OBSERVATION, CRISE (AOC): OPPORTUNITES THERAPEUTIQUES ?

SOMMAIRE:

Patrick Waeny, enseignant à l'école de soins infirmiers de Chantepierre, *Editorial*.

Jean-Christophe Miéville, infirmier chef de section (AOC), *Histoires, missions et questions*.

Rosine Renaud, ICUS (AOC), *Accueil - orientation - liaison*.

Vitjaye Gobin, infirmier chef d'unité de soins, *Descriptif et rôles de la section*.

Liliane Huguenot, Sophie Mottaz, infirmières, *Réflexion sur le rôle autonome infirmier*.

Georges Nicolet, ancien infirmier-chef de Cery, *chroniques du passé (suite)*

EDITORIAL

Nous nous trouvons à une époque où dans le monde tout est changement, crise, évolution.

C'est une période charnière, dans laquelle nous changeons de paradigme. Actuellement la société semble osciller entre d'anciennes et de nouvelles valeurs.

Les anciennes ne se sont pas complètement retirées, les nouvelles n'ont pas réellement pris leur place. Leur émergence, déjà commencée, continue. Comment trier celles qui sont porteuses de développement de celles qui nous retiennent collés au passé en nous empêchant d'avancer?

Il est rassurant de voir que l'hôpital psychiatrique s'inscrit pleinement dans cette dynamique sociétale. Nous sommes à un point de l'histoire où l'on voit l'avantage, pour les patients, de ne pas être hospitalisés trop longtemps ou trop de fois. L'approche de la crise permet sans cacher les symptômes, de travailler avec la personne sur ses problèmes, en tenant compte de son potentiel et de ses ressources. L'amélioration de l'état du patient peut s'avérer être spectaculaire.



Dans ce contexte il est rassurant, passionnant, excitant de voir à quel point le dynamisme des équipes AOC (Accueil, Observation, Crise) est perceptible. Nombre de projets sont palpables, tangibles. Cependant les soignants et tout particulièrement les infirmiers ont le devoir de continuer à s'interroger sur leurs pratiques afin de saisir à tous moments l'insertion de celles-ci dans l'institution.

Comment ne pas applaudir à la naissance, à l'existence d'un service d'accueil qui a pour mission de recevoir et d'orienter le patient et sa famille de façon optimale?

Comment ne pas se réjouir du fait qu'on en vienne à utiliser des conceptions et des théories de la crise, qui aident à développer des hypothèses de compréhension utiles à l'évolution rapide du patient, avec pour lui la nécessité, peut-être par la suite, de poursuivre un travail approfondi à l'extérieur? Ces approches reconnues aujourd'hui facilitent l'intégration du patient dans la société, et de ce fait évitent la chronicité tant redoutée.

A noter que ces théories s'inspirent de différents modèles notamment psychanalytique, systémique, cognitiviste en passant par des notions comme le coping, etc...

Quels gains de temps et de souffrance épargnée si le patient dès son arrivée est orienté de façon claire et adaptée! Peut-être repartira-t-il tout de suite vers un accompagnement mieux à même de l'aider à traverser sa crise?

Comment ne pas être ébloui par la mise en réseau d'institutions diverses et nombreuses? Ces mises en réseau sont la conséquence de l'émergence d'une valeur nouvelle essentielle, qui nous montre que nous ne pouvons pas travailler seuls, et surtout qu'actuellement nous sommes plus efficaces si nous nous concertons et mettons en place des synergies.

De même, il est roboratif de voir que des infirmières se penchent à l'intérieur même de l'AOC sur une réflexion concernant les soins infirmiers, recherchant ainsi à déterminer leur zone d'autonomie et exerçant leur mission de recherche afin de devenir encore plus actrices du monde de la santé.

Ce paysage en mouvement nous rappelle que plus on avance, plus l'on est confronté à la complexité et au questionnement. Il est perceptible que nous nous trouvons pris dans des systèmes autopoïétiques qui se renouvellent sans cesse et que l'organisation porte en elle les gènes de son propre apprentissage; elle devient pour tous les acteurs impliqués: «organisation apprenante».

Après tous les efforts accomplis que peut-elle encore apprendre?

Cette complexité ambiante est astreignante, car elle oblige à réfléchir aux articulations théoriques des conceptions qui sous-tendent nos pratiques. Elle rend nécessaire une réflexion sur chaque lien qui les unit. Par la suite cela permettra peut-être de transcender les contradictions dans une dialogique de *et/ou* plutôt que de «*ou bien ceci et pas cela*» ou bien «*cela et pas ceci*».

Une question fondamentale doit alors constamment rester présente: «Comment articuler les différentes conceptions théoriques en jeu et que faire des contradictions si l'on en débusque?»

En effet, je pense nécessaire de continuer à nous interroger sur les pratiques infirmières. Ceci dans le but de les clarifier en analysant les compétences mises en jeu et non pas dans le sens d'élaborer des systèmes rébarbatifs et souvent inefficaces de diagnostics infirmiers. Un glissement, un risque, consisterait pour l'infirmier de finalement trop collaborer à la pose du diagnostic médical en oubliant ses propres conceptions.

Une autre interrogation porte sur le fait que ce service plein de projets semble, comme beaucoup d'autres à l'État de Vaud, devoir objectivement augmenter ses prestations et ceci en moins de temps, parfois dans la précipitation. Alors ne risque-t-on pas le burnout des équipes?

Leur laisse-t-on assez de temps pour approcher, amadouer, apprivoiser et questionner la complexité? Existe-t-il assez d'espace pour conceptualiser, pour pouvoir être accompagné, supervisé? Il ne faudrait pas non plus que cette avancée dans la prise en charge cache un souci politique d'économie et que l'on continue à dire aux soignants « faites mieux avec moins de ressources !».

En quelque sorte avez-vous les moyens de l'interdisciplinarité?



Ceci dit, je reste dubitatif en ce qui concerne «l'étiquetage» des patients, la nécessité de les classer par pathologie en respectant un modèle biomédical tout en reconnaissant que cela peut, peut-être, permettre à des pôles de compétence ou d'excellence de s'instituer, avec pour corollaire la formation plus pointue du personnel et une approche plus efficace. Je reste cependant avec l'impression que la vision de la crise, doublée d'une vision humaniste de la personne, permet aussi de réduire la durée d'hospitalisation.

Et est-ce bien du ressort infirmier de se spécialiser dans des domaines biomédicaux tels que ceux ressortissant clairement de la psychopathologie. Ex: Des infirmiers se forment tout particulièrement par rapport à des patients dits «borderlines, post-partums ou alcooliques»?

Et pour conclure je vous laisse les questions suivantes:

- Presentez-vous les valeurs qui vont progressivement émerger dans notre monde? Car ce sont elles qui vont être déterminantes pour les pratiques infirmières du futur.
- Avez-vous des rêves, des visions projectives quant à la psychiatrie que vous aimeriez mettre sur pied dans l'avenir? En ce cas je crois que ceux-ci vont vous porter vers les pratiques professionnelles du futur et vous guider dans l'accompagnement des étudiants.

Et merci pour ces mercredis infirmiers qui maintiennent une réflexion salvatrice dans ce monde si turbulent.

Patrick Waeny

AOC :

HISTOIRE, MISSION ET QUESTIONS

La création de notre section est à resituer dans le contexte de la réorganisation du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA) intervenue en 1998. Nous avons donc été amenés à devoir faire face à plusieurs problématiques.

Localement, notre section s'est structurée à partir de deux unités hospitalières (Campanule et Dahlia) qui n'avaient pas la même tradition. Campanule était une unité ouverte, accueillant des patients peu décompensés, sur différents modes : psychotique, troubles du comportement, dépressifs, etc.

Dahlia¹ avait inauguré depuis 1995, sous l'impulsion du Dr Bryois, un travail d'investigation des premiers séjours combiné avec une courte durée d'hospitalisation (15 jours environ) dans le cadre d'une unité fermée et selon un modèle psychodynamique de prise en charge du patient en crise.

Les deux unités, qui ne travaillaient pas ensemble, avaient un versant ambulatoire commun, la PPU-B².

Sur le plan départemental, elle a dû s'intégrer à la réorganisation qui identifiait les autres unités de l'hôpital en fonction des diagnostics et à l'ouverture des portes de toutes les unités. En

même temps, elle est l'élément hospitalier du dispositif d'entrée des patients dans le département³.

Les entrées ambulatoires sont le Service de Psychiatrie de Liaison (SPL) qui intervient dans les services somatiques du CHUV pour pallier aux difficultés psychiques des patients hospitalisés, le CITB⁴ et la CCPP.

Dès le début, nous avons essayé de rendre compatibles nos différences afin de développer des outils communs pour répondre aux objectifs liés à l'accueil, à l'observation et à la crise. Ces changements nous ont mis au défi de définir nos nouvelles identités.

Mission:

- Accueillir tous les premiers séjours.
- Observer et orienter les patients en fonction de critères diagnostiques.
- Traiter la crise.
- Travailler la liaison avec les réseaux internes (autres sections) et externes (médecins traitants, familles, CMS).
- Développer la recherche (un protocole d'évaluation de la consommation d'alcool⁵ chez les patients est actuellement expérimenté ; un recensement des premiers séjours de patients psychotiques est en

cours afin de mieux comprendre leurs trajectoires et leurs besoins).

De plus, notre insertion dans l'ensemble du dispositif nous a mis en devoir d'accueillir des patients avec un diagnostic déjà posé mais ne trouvant pas de place dans leurs unités spécialisées. Sans compter que notre section continuant une tradition de plusieurs années au DUPA⁶, se donne les moyens de prendre en soins les patientes atteintes de psychoses du Post-partum avec un accueil combiné de la mère et de l'enfant.

Quelques chiffres:

Indicateurs partiels, ils nous éclairent tout de même sur les grandes tendances de notre activité.

L'AOC accueille 40 à 60 admissions par mois, pour un chiffre annuel avoisinant les 700, soit 41% des admissions du site hospitalier de Cery.

A l'inverse d'une unité spécialisée qui peut se concentrer sur une pathologie et adapter des projets de soins spécifiques, nous sommes confrontés à toutes les pathologies possibles. C'est une richesse qui nécessite une adaptation des prises en soins aux différents profils cliniques des patients.

D'une durée moyenne actuelle de 12 jours, avec un fort taux de premier séjour dont 10 à 20 % n'excède pas 24 h., ce tournus nous contraint à une recherche très rapide de la prise en soins la plus pertinente. La gymnastique intellectuelle quotidienne se traduit aussi pour l'équipe infirmière par une difficulté d'identification des patients. Cela nécessite une plus grande rigueur dans la prise d'informations, leur transmission, la pertinence des documents actuellement à disposition, la délégation d'une situation et enfin et surtout la nomination des référents⁷.

Ces mouvements rapides générant paradoxalement un taux d'occupation de la section inférieur à celui de certaines sections spécialisées (Section des Troubles Anxieux et de l'Humeur, STAH, ou section des troubles du spectre de la schizophrénie «E. Minkowski») nous rendent plus disponibles à accueillir des

patients qui seraient orientés directement si les places existaient.

Accélération des rythmes, complexification des tâches, ces deux facteurs influent largement sur les modalités de communication à l'intérieur même de l'équipe mais aussi vers l'extérieur : les patients, leur famille, leurs réseaux.

Quelques pistes de réflexion:

Le bien-fondé d'une telle section n'est pas contestable dans la mesure où ses références (hospitalisation courte par exemple), corroborent les pratiques cliniques qui soulignent les aspects iatrogènes de séjours hospitaliers trop longs (coupure avec le milieu naturel, oubli des ressources propres du patient, etc). De plus elle en est une pièce indispensable dans l'accès aux soins de tout nouveau patient.

Ceci étant, nous sommes confrontés à toute une série de questions, à la fois de principe et de pratique qu'il est bon de rappeler.

La psychiatrie a toujours assis, au moins dans ses représentations les plus classiques, son originalité sur la relation avec le patient. Le travail psychique prend du temps et tous les modèles qui ont façonné notre pensée (analytique, systémique, thérapie institutionnelle, etc) ont insisté sur cette dimension. Ce «temps psychique» doit pouvoir s'intégrer à une gestion institutionnelle qui suppose qu'il n'est pas redevable du seul setting hospitalier ce qui nous oblige à mettre en place des points de passage rapide entre les différents éléments du réseau de soins.

Dynamiser l'accueil afin que celui-ci prenne un sens et permette dès cet instant de contractualiser un projet de soins avec le patient et son entourage et penser en terme d'alternative, justifient que l'on noue de nouveaux contacts, que les rôles que nous jouons trouvent de nouvelles expressions. Cela génère des adaptations qui ne peuvent s'imposer du jour au lendemain et qui obligent à organiser la communication de façon plus ordonnée.

Lors d'une retraite de l'ensemble de la section en juin 2001, plusieurs questions sont apparues à travers l'organisation d'ateliers dont les titres sont assez évocateurs :

- Mission et limites de l'AOC (fixer les objectifs et proportionner les moyens).
- Collaboration interdisciplinaire (rôle spécifique de chacun).
- Modèle de soins des hospitalisations brèves (définition des règles d'échange entre le patient, sa famille, son réseau et nous).
- Conditions de travail (charges, locaux, organisation, dotation).

Ces ateliers poursuivent leurs investigations afin de pouvoir modifier les conditions de prise en soins des patients ; de faire évoluer nos rapports avec les autres sections (définition commune de péreuation pour certains types de patients dont la prise en soin est particulièrement lourde, par exemple) ; de penser notre rôle de soignant comme une rencontre ponctuelle avec un soigné à inscrire dans une chaîne de soins ; de nouer de façon plus adaptée des liens avec les partenaires extérieurs (des stages d'échanges avec la police, les CMS ont été mis sur pied) ; de réfléchir à d'autres modes de financement, un lit par exemple pourrait avoir différents modes de financement selon qu'il est investi par un patient bénéficiant d'une prise en soins spécifique (contrat de post-partum, chambre de soins intensifs, etc.), et suivant une temporalité particulière (admission, moyen ou long séjour, etc.)

En conclusion, nous pouvons dire que le chantier est vaste et si l'insatisfaction est encore présente, il nous faudra avancer pour diminuer les grands écarts insupportables à terme entre une pratique passionnante et des modèles de soins par trop éloignés de notre pratique. Il y a dans tout changement institutionnel matière à évolution si tant est que les équipes se donnent les moyens d'en aborder la complexité. L'AOC est engagée dans ce processus en même temps qu'elle a été submergée par les nouvelles conditions d'exercice de la profession à l'hôpital.

Il faudra attendre encore un peu qu'une évaluation régulière de nos activités puisse nous dire dans quel sens nous allons. Notre réorientation thérapeutique pourra être validée à condition de donner une réponse à ces questions. Comme nous l'avons vu, le fait de saisir ces modifications de nos pratiques comme des opportunités dépend de nous, mais est intimement lié à la dynamique institutionnelle.

Notes :

¹ Pour un descriptif de l'activité de Dahlia avant la réorganisation voir *L'Ecrit* numéro 7, février 1998, Dahlia: Unité d'investigation - évaluation.

² Polyclinique Psychiatrique Universitaire, secteur B situé à la rue du Tunnel à Lausanne dans les locaux qui abritent actuellement le Centre de Consultation Psychiatrique et Psychothérapeutique (CCPP).

¹³ Elle est une des parties de la section d'évaluation et traitements brèves (SETB).

⁴ Centre d'Interventions Thérapeutiques Brèves qui cumule une activité d'urgence et de traitements de crise ambulatoire.

⁵ Nous utilisons l'outil, Alcohol Use Disorder Identification Test (audit).

⁶ *L'Ecrit* n° 1 de septembre 1996, la psychose puerpérale et l'hospitalisation conjointe mère-enfant : questionnaire infirmier.

⁷ Un travail des infirmiers de la section en a précisé la définition.

Jean- Christophe Miéville

ACCUEIL – ORIENTATION – LIAISON

Suite à la nouvelle réorganisation du DUPA en avril 1998 et avec l'ouverture

de spécialisation des secteurs, l'AOC a reçu le mandat d'accueillir et d'orienter tout nouveau patient admis à l'hôpital, avec comme corollaire la présence en première ligne de l'équipe infirmière comme cela se pratique dans les services d'urgences somatiques.

Pour cela, trois points sont apparus essentiels à modifier:

1. l'aménagement de nouveaux locaux
2. la professionnalisation et la création d'un pool d'infirmiers formés à l'accueil-orientation
3. la liaison entre partenariat interne et externe existant.

Ces points visaient à favoriser l'accueil du patient, de ses proches et de son réseau, dans des conditions plus optimales.

Aménagement des locaux

Ils se composent de:

- une salle d'attente
- un bureau infirmier
- une salle d'entretien
- un bureau secrétariat

Ils sont situés en amont de l'AOC. Ses espaces nous permettent d'accueillir le patient et ses proches dans des locaux plus conviviaux, loin du brouhaha !

Ils sont ouverts 5 jours sur 7 de 08 h à 18 h. Les jours fériés, le week-end et après les heures citées ci-dessus, les admissions se font à la réception centrale par le médecin de piquet.

L'équipe d'accueil :

Elle est constituée d'un pool de :

- 4 infirmiers formés à la mission d'accueil,
- 1 ICUS référent accueil-liaison,
- 1 ICS référent,
- 1 chef de clinique adjoint,
- 2 secrétaires.

Rôle de l'infirmier «de garde»

- recevoir toutes demandes d'admissions, qu'elles soient sur demandes téléphoniques du patient lui-même ou des partenariats externes.

- Accueillir les admissions spontanées.

Analyse de la demande

- un outil de travail a été indispensable à créer: le **guide-line** ; outil que nous avons créé après maints essais et qui actuellement nous donne satisfaction. (voir en annexe).
- Ce document offrant une palette de soins existants à disposition du patient, permet de l'accueillir, lui et sa famille ou son réseau et dans un souci de partenariat - d'étudier soit une alternative à l'hospitalisation, soit de réfléchir ensemble à la prise en soins la mieux adaptée.

Pour ce faire, ces infirmiers ont été formés afin d'acquérir des compétences nécessaires à ce travail en pouvant d'une part, se présenter comme un interlocuteur à toute demande externe et d'autre part à mieux préparer l'accueil dans le milieu hospitalier.

Tout ce travail ne pourrait pas être effectué sans le soutien logistique du secrétariat d'accueil. Les secrétaires peuvent, à travers **OPALE**:

- savoir si le patient a déjà été hospitalisé.
- connaître l'unité de soins du dernier séjour, dates entrée/sortie.
- rechercher le dossier médical existant en ouvrant un nouveau dossier.
- remplir le module d'admission.
- éditer les fiches administratives ce qui permet une étroite collaboration entre nous.

Liaison

Pour partager nos regards sur une même situation clinique, des espaces communs ont été créés et nous nous rencontrons une fois par mois, soit à l'AOC soit au Service de

Psychiatrie de Liaison , avec des partenaires externes.

La collaboration avec les partenaires internes, est managée par l'infirmier orienteur lui-même qui répond aux demandes des collaborateurs internes lors d'échanges réguliers.

Réflexion personnelle

Au début notre rôle d'infirmier «orienteur» ne fut pas facile et ceci malgré les informations données aux partenaires externes.

Ils avaient l'habitude d'avoir, au bout du fil, un médecin qui répond à leur demande d'admission d'un de leur patient, ils avaient désormais, le plus souvent, un infirmier ; nous avons dû nous affirmer et défendre notre nouveau rôle.

Rosine Renaud.

Pensée chinoise

Dans la définition chinoise par un double signe la crise signifie "danger" et "opportunité"

C'est le passage d'une structure à une autre, mettant en danger la cohérence de la première, mais offrant par la même sa chance à l'émergence d'une structure nouvelle.

Ainsi évoluent les intuitions humaines - comme tout organisme a une double tendance : préservation de la constance interne et ouverture vers l'extérieur

DESCRIPTIF ET RÔLE DE LA SECTION

L'équipe pluridisciplinaire

Dotation : 17.9

1 ICS

2 Icus à 100%

7 Infirmières à 100%

3 Infirmières à 90%

4 Infirmières à 80%

1 Infirmière à 70%

2 Infirmières à 60%

1 Infirmière à 50%

2 Infirmières à 30%

1 Médecin chef

2 chefs de clinique à 100%

3 Médecins assistants à 100%

1 Médecin assistant à 50%

1 Assistant social à 100%

1 Physiothérapeute

+ Etudiants.

architecture

L'AOC se trouve dans les anciens locaux de Dahlia-Campanule et se compose de deux parties :

La 1^{ère} partie fait office de lieu d'accueil. Elle est composée de bureaux réservés aux entretiens, de la réception et de la salle d'attente. L'accueil (lieu d'admission) est ouvert de 8h.00 à 18h.00, sauf les week-ends et les jours fériés.

La 2^{ème} partie se compose de 26 lits dont 2 chambres de soins intensifs. C'est une unité ouverte mais selon les nécessités elle peut être fermée.

Accueil

Nous accueillons en principe toutes les premières hospitalisations présentant diverses pathologies.

Définition de l'accueil

Ce terme reste équivoque en psychiatrie. Selon les contextes, la priorité est donnée au pôle technique de l'accueil ou à l'inverse à ses vertus humanitaires, l'un n'empêchant pas l'autre. Par contre, si le premier contact se doit d'être chaleureux pour tous les usagers, en revanche, dès lors qu'il est médicalisé et surtout spécialisé, il doit rapidement se faire sélectif et donner également des alternatives pour la majorité des malades vus en urgence.

Le centre d'accueil de crise à l'hôpital psychiatrique doit être un lieu de soins.

Définition de la crise

- Il y a une crise lorsque face à une situation extérieure agissant à l'instar d'un stress, un individu pas nécessairement défini comme patient psychiatrique, réagit sur un mode émotionnel aigu. La situation de stress peut

correspondre à un événement de vie, lié à l'évolution telle une première naissance ou se présenter comme un problème accidentel, paraissant insoluble ou intolérable et dont le prototype est le deuil ou la situation de conflit. (Erikson E. Growth & Crisis of the healthy personality 1953).

La crise doit être considérée comme une rupture de l'équilibre psychodynamique de la personne et de son environnement familial, social ou professionnel.

G. Caplan a distingué quatre phases de la crise:

Phase 1 L'individu réagit à la situation de stress par un sentiment d'inconfort et de tension intérieure. Il tente d'y répondre lui-même, selon sa manière habituelle de **résoudre les problèmes**.

Phase 2 Quand il y a l'impossibilité de résoudre le problème de manière satisfaisante, la tension intérieure monte, aboutissant à **une phase de désorganisation** d'où émerge un sentiment individuel ou collectif d'impuissance. Le but du patient n'est pas alors de trouver une solution au problème mais de supprimer les sentiments devenus insupportables. Dans ce cas, nous comprenons la tentative de suicide dite d'appel comme l'expression d'une solution dysfonctionnelle.

Phase 3 L'échec dans la réorganisation de la situation conduit à la phase 3. L'augmentation de réponses insuffisantes et inadéquates à la situation de tension amène une mobilisation aiguë de toutes les ressources personnelles et contextuelles du patient et des appels à l'aide revêtent alors un caractère d'urgence traduisant émotionnellement **le désespoir**.

Phase 4 Elle comprend une accentuation de phénomène pathologique, impliquant une destruction avancée de l'individu. Cette phase est caractérisée par la **décompensation pathologique**.

L'entrée du patient en milieu hospitalier

Alors que la simple consultation n'offre pas de possibilité aussi intense de traitement, faute de soutien et du cadre nécessaire, **le milieu hospitalier** a tendance, de par sa structure, à faciliter chez le patient la délégation de ses problèmes dans une position régressive.

L'objectif du travail de crise est donc de tirer le meilleur parti de ce moment de rupture, considéré comme fécond.

Déroulement de l'intervention à L'AOC

Dès la première étape, l'entourage est impliqué dans le soutien de même que le médecin traitant (extérieur) qui restera en relation avec son patient tout au long du traitement.

Le cadre thérapeutique nécessaire à la distribution de tels soins est fixé d'emblée de manière précise. Chaque traitement initial ne se fait que sur demande médicale externe (CHUV, SPL, Hôpital. Psychiatrique, PMU, Cabinet privé de généraliste et de psychiatrie). A partir de la demande, une analyse de la situation est faite dans le but de déceler les éléments déclenchants de la crise (hypothèse de crise) : que se passe-t-il ? et pourquoi maintenant ?

Le début du traitement visera à créer un moment de rencontre entre le patient et l'équipe de l'AOC (médecin de garde et infirmier) dont le but est de favoriser la détente et de créer un espace relationnel en diminuant l'anxiété par l'obtention d'un "**HOLDING**" (soutien selon Winnicott). Des entretiens individuels, de couple et de famille mobilisent toute l'équipe pluridisciplinaire. L'approche reste personnalisée pour permettre une bonne adéquation individuelle (traitement à la carte, Plan de Soins Infirmiers). Pendant cette période d'évaluation, l'équipe, au travers d'échanges, élabore une hypothèse de crise psychodynamique. C'est autour d'elle que les soins vont être proposés en fonction des besoins de chaque patient.

Ce "**SETTING**" crée le cadre thérapeutique dans lequel la relation affective est partagée entre les divers thérapeutes et s'étend au gré des besoins du patient dans des situations

comme les entretiens individuels, l'approche corporelle ou l'ergothérapie qui visent à favoriser l'intégration psychosomatique de la personne.

Le **'HOLDING'** (approche intense, rendez-vous une à deux fois par jour) induit une diminution ou une modification de la symptomatologie. L'alliance thérapeutique va se concrétiser autour de l'élaboration du contrat passé entre les thérapeutes et le patient. Ce contrat est limité dans le temps et donc une échéance est fixée pour la fin du traitement.

Au cours du séjour, plusieurs mouvements psychiques sont identifiés. Après une relative amélioration symptomatique, la crise semble ne plus être actuelle. Tout semble aller bien! Le patient est moins anxieux et retrouve sa capacité à penser son vécu. A chaque séquence de soins, les thérapeutes ont le souci de mettre en jeu et en mouvement les affects originaires de la crise. Cette période centrale est favorisée par un travail intense au sein d'une relation thérapeutique soutenue. Elle vise à une mise en évidence du fonctionnement psychique de la personne et contribue à une reconstitution différente, plus économique. C'est durant cette période que se joue la possibilité de proposer et de donner envie à la personne de continuer un travail psychique sur elle-même, plus approfondi et de plus longue durée.

Progressivement, l'intensité des soins de départ va s'alléger en restituant à la personne l'occasion de réinvestir l'extérieur (reprise de travail, gestion des conflits dans la réalité, etc...). C'est la période où s'élabore la fin de l'intervention de crise (période pendant laquelle la crise peut resurgir) tout en favorisant le désir chez la personne d'un travail psychothérapeutique à plus long terme avec un nouveau thérapeute (Médecin traitant) qui assurera la poursuite de la prise en charge. Cette phase inclut le processus de séparation, difficulté prédominante chez de nombreux patients.

Le rôle de l'assistant social

Dans le contexte socio-économique actuel, la plupart de nos patients hospitalisés ont des problèmes sociaux.

Très brièvement nous pouvons signaler les points suivants :

1. Le travail de recherche sur les éléments déclenchants la crise, nous amène avec l'équipe à faire une importante investigation de la réalité actuelle du patient qui touche les questions familiales, professionnelles et financières, par exemple. L'assistant social peut intervenir à la demande de l'équipe ou du patient pour éclairer les situations sociales particulièrement complexes, grâce à ses compétences spécifiques.
2. Le recours au service social peut permettre de préserver la relation thérapeutique de l'envahissement des préoccupations matérielles du patient.
3. Le but est de maintenir le rapport du patient à la réalité dans une période où les problèmes concrets sont souvent désinvestis.
4. Pendant l'hospitalisation, comme la durée du traitement ne permet pas d'engager d'action à long terme, une collaboration étroite avec les services sociaux extérieurs est nécessaire afin d'assurer une coordination des différents intervenants.

Conclusion

L'intervention de crise en psychiatrie ne devrait pas être exceptionnelle. C'est avant tout une vision générale, qui implique un modèle théorique, des connaissances techniques et la possibilité concrète de les utiliser.

Le but d'une intervention de crise n'est pas de dédramatiser la situation mais de permettre au patient et à son entourage d'utiliser une potentialité évolutive à l'occasion d'un moment de déséquilibre personnel et relationnel.

S'il n'est pas nécessaire d'intervenir toujours pratiquement dans la famille ou le réseau social du patient à l'occasion d'une crise, il est

cependant indispensable d'explorer avec lui la réalité relationnelle et sociale.

Une intervention de crise n'est pas nécessairement ponctuelle ou brève. Elle doit se poursuivre selon un projet préétabli jusqu'au retour à un équilibre personnel et relationnel satisfaisant.

La création de notre unité a eu au moins deux répercussions dont profite l'ensemble du secteur psychiatrique. Au niveau de la clinique, une diminution du nombre des lits et du taux d'occupation et d'une manière générale, les médecins et les soignants ont élargi leur conception des soins.

Les infirmiers ont dû recourir à des formations complémentaires. En effet travailler dans un tel service exige des soignants qu'ils développent des qualités comme l'autonomie, le sens des responsabilités, l'esprit d'initiative, la créativité et enfin une certaine capacité pour collaborer non seulement avec les médecins de l'unité ou du secteur mais aussi avec les généralistes ou les psychiatres installés.

Vijaye GOBIN

«Réflexion sur le rôle autonome infirmier autour de la démarche de la clarification du diagnostic médical.»

INTRODUCTION

Situation du travail dans le contexte de la présentation.

Un des paramètres fondamentaux pour une équipe infirmière est de se pencher constamment sur sa conception de soins afin de donner un sens à ses actions quotidiennes et donc de promouvoir la qualité de ses soins.

Il existe, bien évidemment, différents moyens d'enrichir la réflexion d'une équipe comme par exemple le partage des réflexions individuelles en rapport ou non avec des sujets actuels, que ce soit pendant les remises, les colloques d'équipe ou les colloques cliniques.

Malgré tout, il est parfois difficile de gérer ce temps de réflexion avec la clinique du moment. C'est pourquoi, un des autres moyens est d'élaborer des travaux à partir des représentations individuelles, dans le but de rechercher des éléments théoriques pouvant favoriser l'analyse et l'auto-évaluation collective de l'offre en soins.

Buts et motivations

La démarche de la clarification du diagnostic médical est un des mandats principaux du service, source de réflexions individuelles et de discussions quotidiennes de l'équipe soignante. Nous avons pu constater, qu'il n'est pas forcément évident pour une équipe infirmière de situer son rôle autonome autour d'une démarche touchant essentiellement à la profession médicale. C'est pourquoi, il nous a paru intéressant de rassembler les différentes représentations de l'équipe sous forme d'un travail de réflexion autour du rôle autonome infirmier.

Démarche du travail

Tout d'abord, nous avons essayé de rassembler les différentes représentations individuelles de l'équipe, sous forme d'un questionnaire touchant **4 items** :

- **Les représentations du rôle infirmier** à l'annonce du diagnostic.
- **Les craintes, peurs et difficultés** touchant à la démarche diagnostique pour le soignant et le patient.
- **Les problèmes éthiques** identifiés autour de la démarche diagnostique.
- **Les ressources** à disposition du soignant dans une démarche d'annonce du diagnostic.

D'autre part, il nous semble important de préciser que l'approche utilisée dans ce travail est plutôt de type **phénoménologique et qualitative** (induisant notre vision personnelle, nos interprétations des données) que quantitative, ce qui inévitablement, induit certains biais liés à notre regard subjectif.

La construction de notre réflexion s'est basée sur les concepts suivant: **la promotion de la santé, le pouvoir dans la relation soignant/soigné, les différents types de réactions face à la maladie, la responsabilité éthique infirmière.**

DEVELOPPEMENT

La démarche s'est déroulée en trois temps:

1^{er} temps: dépouillement des données de base, dans le but de les classer sous les différents items cités en début de la présentation.

2^{ème} temps: formulation des hypothèses concernant les résultats obtenus au dépouillement.

3^{ème} temps: synthèse sous forme d'une démarche protocolaire rassemblant les différents paramètres touchant à la situation d'annonce du diagnostic et s'adressant à la globalité de l'équipe pluridisciplinaire puis d'un « élargissement » de la réflexion au niveau global du rôle autonome infirmier de l'accueil à la sortie en lien avec la spécificité du service.

Résultats et hypothèses

Items n°1: représentations du rôle infirmier

Fonction principale de l'infirmier : rassembler avec le patient les différents moyens et ressources lui permettant d'anticiper la suite des événements (avant, pendant, après)

Hypothèse: travailler avec les capacités d'autonomie de la personne.

Items n°2: craintes, peurs et difficultés

Peur de l'impact de l'annonce du diagnostic.
Peur de l'impact de la maladie et du pouvoir induit par le diagnostic dans la relation.

Peur que notre regard de soignant se fixe sur le diagnostic et nous empêche de voir les ressources, le côté évolutif et la capacité d'autonomie de la personne.

Hypothèse: la démarche du diagnostic médical nous confronte à la vision du pouvoir lié à notre statut au sein de la relation avec le patient.

Items n°3: perception des problèmes éthiques

Risque de déshumanisation, d'étiquetage, de non-individualisation des soins pouvant potentiellement nous amener à penser à la place de l'autre et nous donner l'illusion de savoir ce dont il a besoin.

Hypothèse: une approche diagnostique des soins nous aide dans une certaine mesure à orienter nos priorités mais risque aussi de biaiser la relation significative avec le patient si l'on se base principalement sur celle-ci.

Items n°4: les ressources

Nous avons constaté une minorité de réponses. Parmi elles, une majorité centrée sur les acquis concernant le savoir et les connaissances théoriques.

Une réponse mentionne le savoir être (attitude cohérente, claire, partage des doutes, oser dire la vérité).

Une réponse mentionne la complémentarité des intervenants.

Hypothèse: ceci peut montrer d'une certaine manière qu'il est encore difficile pour l'équipe infirmière de situer ou de conceptualiser son rôle autonome dans la démarche du diagnostic médical.

Synthèse

Dans la synthèse du développement, nous avons pu rassembler les différents paramètres propres au savoir, savoir faire et savoir être lors de l'annonce du diagnostic. A savoir que ces différents paramètres ne touchent pas uniquement le rôle infirmier mais l'ensemble de l'équipe. Ce regard nous a plutôt permis de reprendre certains éléments propres à la relation, afin de mettre en évidence le rôle infirmier autonome en précisant la conception de la crise, de l'environnement et de la personne.

l'être humain: *il est évolutif et en constante interaction avec son environnement. Il induit et subit des stress auxquels il doit s'adapter. Il oscille entre son besoin de dépendance et d'indépendance dans le but de tendre vers un sentiment de bien-être.*

l'environnement: *est multiple (physique, contextuel, relationnel, social, familial et professionnel...). Est en perpétuel mouvement, de par son interrelation constante avec l'individu. Il entraîne et subit des changements.*

La crise: *alarme induite par un déséquilibre de la personne dans son environnement, forme de tentative de sur adaptation visant un retour à l'homéostasie de sa santé mentale, physique et sociale.*

Ce travail nous a permis de repreciser les responsabilités globales et éthiques au sein du service et de l'institution ainsi que d'insister sur l'aspect promotionnel de notre rôle envers la santé du patient. Ceci signifie qu'il est parfois utile de suppléer aux besoins de la personne lorsque la crise est trop forte mais que cela ne devrait pas nous empêcher d'identifier au plus vite ses ressources et de lui restituer le pouvoir qu'elle a sur sa santé.

Notre accompagnement s'arrêtant généralement à la durée du premier séjour, il nous semble donc important de créer un accompagnement favorisant l'autonomie du patient du début jusqu'à la fin de celui-ci.

En terme d'hypothèse, on peut donc imaginer que si, dès le premier séjour, les interventions ciblent l'autonomie de la personne, celle-ci pourra tendre plus facilement vers une acceptation et une gestion de sa maladie, voire de sa chronicité (vivre avec plutôt que lutter contre), bref être acteur de sa santé et de sa vie. Une telle attitude dans le contexte d'un premier séjour, peut favoriser la manière dont la personne se projettera lorsqu'elle reviendra (=ne pas uniquement recevoir des soins mais prendre soin d'elle) et donc également favoriser «la mise en route» des différentes démarches d'accompagnement proposées dans les autres services spécifiques de l'institution.

Conclusion

Le diagnostic ne devient plus en soi, un but à atteindre qui faciliterait les interventions infirmières, mais un outil utile dans le travail de

la relation soignant/soigné. Si nos interventions se basent principalement sur le diagnostic, le risque pourrait être d'«aliéner» la relation, de ne pas profiter de sa richesse et donc de réduire les possibilités d'accès à la réalité de l'autre.

D'autre part, dans le contexte de l'AOC et particulièrement des premiers séjours, le manque d'éléments connus de la réalité du diagnostic, nous pousse inévitablement à tâtonner, donc à utiliser toute la richesse de la relation pour tendre vers la réalité du patient. Néanmoins, cela suffit-il pour faire le poids avec ce que peut induire chez le soignant, un contexte de soins où un des mandats principaux est de participer à la clarification diagnostique?

Finalement, en rapport avec ce que l'on peut observer dans la relation avec le patient, la manière dont celui-ci se projette dans la vie (ses représentations, les comportements favorisant son bien-être, la manière dont il se perçoit dans son environnement), comment pourrait-on améliorer nos transmissions avec les autres services afin de favoriser la compréhension de la réalité du patient ou par exemple, de ce qui a pu déjà être identifié au niveau de ses ressources?

**Liliane Huguenot
Sophie Mottaz**

« **Tout comme vous** », le journal du GRAAP, publie dans son numéro de septembre 2001, un compte-rendu de la rencontre du 20 juin entre l'équipe soignante de l'AOC et les membres du GRAAP qui le souhaitent. Description des nouvelles conditions d'admission, durée de séjour, différentes phases de l'hospitalisation, collaborations envisageables, etc.

Chroniques du passé (suite)

Robert épileptique.

Robert est encore jeune et il souffre d'épilepsie. Il a dû être hospitalisé parce qu'à la maison il était parfois violent. Son père est ouvrier et sa mère fait des ménages pour payer



les frais de l'hospitalisation et les médicaments. Il est soit très collant, soit agressif et cela pour un rien. Après le repas de midi, il demande ses affaires personnelles car il veut rentrer chez lui tout de suite, ce qui est impossible. Une grosse bagarre s'ensuit et nous devons l'isoler dans une cellule avec un matelas.

Peu après on m'annonce une visite pour lui; je vais à la rencontre du visiteur et lui explique qu'il tombe mal puisque Robert est en isolement. Le visiteur est le Pasteur du patient, il le connaît depuis longtemps et il souhaite le rencontrer dans sa cellule. Ils passent ainsi un temps assez long à parler, assis sur le seul matelas. Le Pasteur l'invite à être agréable avec le personnel et à se rendre utile, si la chose est possible. Le patient s'y engage et nous devons lui trouver un travail utile. Que peut-il faire?

Il y a dans la division un malade dont les forts tremblements l'empêchent de manger seul; habituellement, une heure avant le repas commun, un infirmier va chercher sa part et lui donne à manger. Robert me propose de s'en occuper. On installe le malade au mieux et chose étonnante, Robert s'en tire très bien ce qui surprendra quelques membres du personnel.

Dur de la feuille!

Parlons aujourd'hui de Max, un jeune malade mythomane dont je suis l'infirmier privé; en effet, il est issu d'une famille aisée et dispose d'un argent de poche sans limites. Nous sortons beaucoup pour passer le temps, au cinéma, au restaurant, à la plage et sur le lac en bateau. Nous louons aussi des vélos et chaque semaine il va dans un manège de la région pour monter à cheval. Il aime beaucoup ces heures de détente car c'est l'occasion de rencontrer les jeunes filles d'un pensionnat qui font aussi de l'équitation.

A l'heure fixée, je vais le rejoindre; une fois, j'ai dû lui refuser quelque chose dont je ne me souviens plus, il s'est fâché, a crié et m'a copieusement insulté juste sur le trottoir à côté du poste de Police. Un agent est sorti et nous a demandé ce qui n'allait pas; Max lui a répondu: «Monsieur l'agent, comprenez que cet homme est dur de la feuille!». Ca a suffi pour qu'il se

calme, l'agent a pu rejoindre son bureau, et j'ai pu témoigner de la bonne qualité de mon ouïe.

Georges Nicolet.

Information

L'Ecrit est disponible on-line sur le site de la bibliothèque médicale de Cery :

www.hospvvd.ch/public/psy/bpul/
