

L' E c r i t

1

N° 51

Juin 2003

« Suivis intensifs dans le milieu »

Regards sur l'expérience de Melbourne
Perspectives lausannoises

« Handicap mental et psychiatrie »

Sommaire:

« Suivis intensifs dans le milieu »

Regards sur l'expérience de Melbourne
Perspectives lausannoises

- Editorial
Jacques Laget, médecin adjoint au SUPEA
 - **Le suivi psychiatrique intensif dans le milieu**
Charles Bonsack, médecin associé, DUPA
 - SIM et réseau lausannois
Suzanne Cordier, infirmière clinicienne
 - Tableau comparatif des modèles de Melbourne et de Lausanne
 - Récit de voyage
Didier Vasseur, Infirmier
- Handicap mental et psychiatrie
 - Quelle psychiatrie pour le handicap mental ?
Pascal Devaux, Directeur de la Fondation Les Jalons.
 - Psychiatrie de liaison et handicap mental : expérience préliminaire, **Jérôme Favrod, Infirmier spécialiste clinique.**
 - Evaluation des besoins, **Danièle Spagnoli, Psychologue..**

Soins infirmiers et toxicodépendance, **N. Christinet, B. Kaye, F. Dorogi**

Congrès du SIIDIEF, **Jérôme Pedroletti, infirmier spécialiste clinique**
INFORMATIONS

« Suivis intensifs dans le milieu »
Regards sur l'expérience de Melbourne
Perspectives lausannoises

Editorial

Jacques Laget, médecin adjoint, SUPEA

La présentation parallèle des programmes de « Soins intensifs dans le milieu » : SIM lausannois, et du programme « Early Psychosis Prevention and Intervention Center » : EPPIC australien, stimule réflexions et questions sur les pratiques, les modèles théoriques et les politiques de santé qu'ils sous-tendent - en les interrogeant et comparant, bref en les confrontant. Elle nous invite ainsi aux débats cliniques, aux liens entre professionnels du réseau, entre unités de soins et entre services de psychiatrie...

Le modèle d'intervention programmatique de prévention et de traitement des psychoses débutantes en Australie propose un système de soins parfaitement structuré, coordonné et pensé à partir d'un certain nombre de points toujours délicats qui demeurent dans la prise en charge de ces jeunes patients : l'accès aux soins et l'instauration d'une alliance thérapeutique durable. Il privilégie de façon notoire l'intervention dans le milieu par rapport aux approches de type institutionnel en visant prioritairement l'engagement du patient dans son traitement. Par ce choix, il semble aborder de façon très pragmatique, la « psychose » ou mieux les problématiques psychotiques débutantes dans leurs expressions les plus manifestes, au plus près des « réalités » sociales et des troubles relationnels vécus par les patients et leur entourage. Il repose sur des professionnels spécialisés et formés : les case manager qui assurent la guidance des intervenants directs et sont les garants de la prise en charge du jeune psychotique dans l'ensemble du dispositif très complet et les différentes unités de ce service. La priorité paraît être ici celle de l'adhésion et de l'intégration du jeune dans un programme de type psycho-éducatif, sur un mode moins personnalisé que celle des référents thérapeutiques que nous connaissons. Loin des réticences et des peurs qui président encore trop souvent aux représentations de la maladie mentale et de la psychiatrie dans la société, il en ressort ici une prise en charge très volontariste sous-tendue par une politique active

de prévention sur le terrain centrée sur la détection et le traitement précoce et très large des troubles psychotiques. Ce dispositif australien est lui-même connecté très étroitement à un dispositif de recherche clinique sur ces troubles.

Le développement à Lausanne des Soins Intensifs dans le Milieu est à la fois plus récent et plus modeste puisqu'il s'inscrit dans l'ensemble du système de soins du secteur centre, lui-même issu d'une très forte et riche expérience représenté par tous les grands courants historiques et actuels de la psychiatrie. Les services de psychiatrie lausannois participent depuis longtemps et de façon créative aux développements des pratiques et des modèles. Fortement ancrés dans les différentes perspectives psychothérapeutiques, ils associent prise en charge hospitalière, institutionnelle, ambulatoire et liens avec le réseau. Comme son homologue australien, le SIM lausannois est destiné aux patients souffrant de troubles psychotiques débutants. Il développe une pratique de secteurs et d'interventions thérapeutiques dans la communauté. Son expérience innovante et récente dans le Secteur Psychiatrique Centre nous invite tous à réfléchir et à reprendre ensemble certaines questions ou réflexions portant sur les points faibles de notre dispositif actuel de soins : cohérence des interventions, définition d'objectifs de santé publique dans le traitement des premiers épisodes psychotiques, réflexion sur les urgences, prise en compte plus directe de ces troubles dans leur expression immédiate relationnelle et sociale, concertation des différents services impliqués et concernés...

Le suivi psychiatrique intensif dans le milieu¹

Charles Bonsack, médecin associé, DUPA

Depuis les années 60, le mouvement de désinstitutionnalisation en psychiatrie s'est fortement accéléré. L'hôpital joue de plus en plus le rôle d'un lieu de soins aigus en cas de crise, plutôt que celui d'un hébergement asilaire de longue durée. Cette désinstitutionnalisation a commencé par la dénonciation des institutions asilaires. Aujourd'hui, en tenant compte des pressions économiques sur la santé, elle se poursuit avec de plus grands espoirs de traitement des troubles psychiatriques, et de la prise de pouvoir des usagers dans les décisions thérapeutiques. Pour la plupart des usagers et des professionnels, cette évolution est favorable. Néanmoins, elle ne va pas sans difficulté pour une frange de patients pour lesquels « désinstitutionnalisation » signifie « exclusion » et « marginalisation », si de nouvelles formes de suivi dans la communauté ne sont pas développés.

Après les développements des années 60, motivés par la recherche d'alternatives à l'hospitalisation, on assiste aujourd'hui à un renouveau de la psychiatrie communautaire, axé sur le renforcement du pouvoir et des capacités du malade psychiatrique dans son réseau naturel. Cette « nouvelle » psychiatrie communautaire vise à mettre une vision interdisciplinaire de la psychiatrie au service du citoyen dans une perspective de santé communautaire, en intégrant des notions telles que l'approche milieu ou l'accompagnement socio-éducatif. Elle choisit la « meilleure » intervention non comme la plus aboutie techniquement, mais comme la plus utile à la personne et à ses proches gérer de manière autonome leur propre santé.

Le développement du suivi psychiatrique intensif dans le milieu (SIM) s'inscrit dans ce cadre, et répond à un manque pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques, leurs proches, ainsi que les membres du réseau de soins. Il vise à rencontrer la personne souffrant de troubles psychiatriques là où elle se trouve, jusqu'à deux fois par jours si nécessaire, afin de renouer avec un projet de vie interrompu par la crise. L'intervention peut engager un infirmier, un assistant social ou un médecin, et se déroule dans le milieu naturel du patient, en préservant le réseau existant. Ses objectifs principaux sont (1) d'aller à la rencontre des personnes « en refus » de soins psychiatriques, (2) de diminuer le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention et (3) d'offrir une alternative à l'hospitalisation aux personnes en crise récurrente.

Rencontrer les personnes « en refus ».

L'entourage est désespéré devant des personnes qui ne se sentent pas malades et sont réticentes à une évaluation ou à des soins psychiatriques. Les services sociaux et la police sont souvent en première ligne dans des interventions qui ne parviennent pas à aboutir à des soins. De manière très frustrante, sans intervention « proactive » dans le milieu, il faut attendre une dégradation de la situation pour permettre une intervention en urgence contre le gré de la personne. Il est donc important de rencontrer l'entourage en souffrance, même si le malade désigné n'est pas directement accessible. Ces rencontres permettent de détendre la situation pour faciliter le contact, ou, le cas échéant, d'établir un lien et un projet avec les proches avant une intervention en urgence. Dans ces conditions, le potentiel d'amélioration des personnes « en refus » est parfois surprenant. Ces personnes dépensent une énergie considérable pour lutter contre leur troubles et la « fatalité » de la maladie psychiatrique et de ses conséquences. Mieux focalisée par un accompagnement, cette énergie donne parfois à la personne

¹ Article tiré du rapport 2002 des Institutions psychiatriques du Canton de Vaud

une force étonnante pour redémarrer dans son parcours de vie.

Diminuer le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention

Comme dans la psychose débutante, l'apparition de troubles psychiatriques est souvent difficile à distinguer d'une crise existentielle : anxiété, diminution des performances scolaires, isolement... De ce fait, les premiers contacts avec les professionnels de santé sont souvent infructueux. De plus, les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques sévères ont plus de réticence à consulter, et sont plus facilement découragés par les obstacles dans leur recherche de soins psychiatriques. De ce fait, le délai entre l'apparition des troubles et l'intervention psychiatrique est prolongé, et l'intervention risque d'avoir lieu dans des conditions déjà fortement dégradées, avec un épuisement des proches, des conflits, des ruptures, une perte d'emploi, de marginalisation, voire de suicide. Une équipe mobile facilite l'évaluation spécialisée à domicile et l'engagement dans un traitement, en évitant parfois le recours à une hospitalisation.

Offrir une alternative à l'hospitalisation pour des personnes en crises récurrentes

Certaines personnes sont paradoxalement trop malades pour bénéficier d'une hospitalisation au delà d'une intervention d'urgence. Souvent hospitalisés contre leur gré, elles fuient l'hôpital psychiatrique à peine stabilisées, ou en sont exclues ultérieurement en raison de troubles du comportement ou d'abus de substances. Sans être accompagnées dans leur milieu, elles vont de crise en crise, et se marginalisent progressivement avec une amertume grandissante de tout le réseau. Là aussi, le suivi psychiatrique intensif dans le milieu constitue un complément nécessaire à l'hospitalisation.

Une population cible délimitée et une forte articulation avec le réseau

Pour que cette intervention soit disponible, la population cible et la durée de l'intervention sont limités, et la suite de traitement planifiée avec d'autres intervenants dès le début du suivi. En effet, la prise de contact avec des personnes réticentes, les déplacements et la fréquence des rencontres ne permettent de l'offrir qu'à une dizaine de personnes par intervenant. De ce fait, la collaboration avec un réseau de soins élargi est essentielle, pour signaler les personnes en crise, pour une coopération étroite dans l'intervention et afin de poursuivre ensuite un suivi à long terme. Un écueil connu de la psychiatrie est de substituer au réseau naturel de la personne un réseau fait d'usagers et de professionnels de psychiatrie, qui peut contribuer à la chronification des troubles et des comportements. Dès lors, il s'agit d'aider la personne à développer des liens en dehors du réseau psychiatrique, tout en maintenant le recours à des soins spécifiques lorsque c'est nécessaire. Cela signifie s'engager activement dans la collaboration avec des ressources aussi proches que possible du patient, tant dans le domaine de la vie de tous les jours que des soins : impliquer les proches et coopérer avec eux, favoriser et soutenir la collaboration avec les médecins de famille et les centres médico-sociaux et créer des liens avec les services sociaux...

Les perspectives de développement

La psychiatrie vit une période de changement, dans laquelle elle perd de son pouvoir, mais gagne dans des savoirs plus spécifiques, et peut mieux compter sur un partenariat avec les usagers et leurs représentants pour faire évoluer ses pratiques. Avec la richesse d'une équipe pluridisciplinaire, notre défi est de développer des soins proches de la communauté, éthiques et respectueux du citoyen, qui répondent à un besoin de santé publique, et de le faire en coopération avec les autres intervenants, notamment ceux de première ligne. Les perspectives dans ce

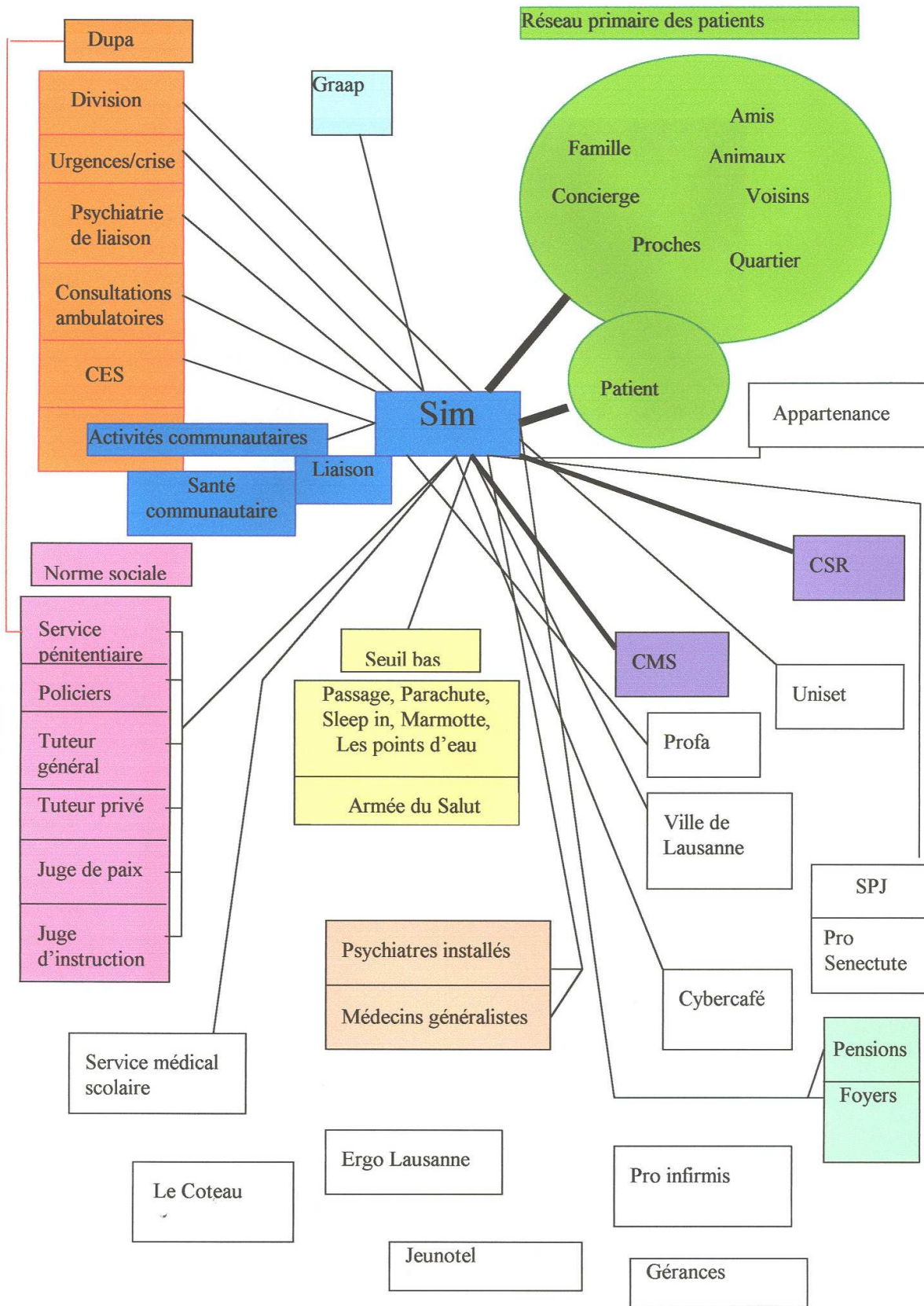
domaine sont nombreuses, que ce soit dans l'accompagnement et les soins directs, les échanges de formation, ou d'interventions de liaison. L'avenir dira si les soins proposés, notamment au travers du

développement des réseaux, pourront faire partie intégrante d'une politique de santé mentale et reconnus comme tels par un financement approprié.

Tableau comparatif des modèles de Melbourne et de Lausanne et les questions que cela pose aux promoteurs du modèle lausannois.

	YAT – EPPIC	SIM - UPC	Questions
Système de santé mentale	Virage milieu ++. Centré tr. psy. sévères	Hospitalo-ambulatoire. Tous tr. psy.	Virage milieu ? Populations cibles ?
Objectif	Intervention précoce dans le milieu pour les psychoses débutantes, avec évaluation et traitement dans le milieu	Interventions dans le milieu pour les patients difficilement accessibles, hauts utilisateurs, psychose débutante	Proactif précoce ou prévention tertiaire ?
Population cible	800' 000 h; psychose débutante 15+ ; évaluation et traitement initial ; 18 mois ; 375 patients potentiels ; 250 nouveaux cas / an	240' 000 h; patients difficilement accessibles 18+ ; pas de limite de durée ; 300+ patients potentiels ; 100 nouveaux cas/an	Quelle place pour la psychose débutante ? Âge ? Durée ?
Structure de l'équipe	16 intervenants dans le milieu ; 24/7 ; caseload partagé 1 :10 ; pluridisciplinaire	4 intervenants dans le milieu ; caseload individuel 1 :10 ; pluridisciplinaire	24/7 ? Intervention en urgence ?
Organisation	Structure cohérente, complète. 100 coll. Orienté recherche. 15 a. Hospitalisation = alternative au suivi dans le milieu	Structure ouverte ; articulation ++ avec d'autres partenaires.1.5a Suivi dans le milieu = alternative à hospitalisation	Articulation suivi intensif – suivi au long cours ? Articulation hospitalisation – urgence ?
Modèle	Centré client ; collaboration avec les familles sur un modèle psychoéducatif	Centré client – approche milieu	Cohérence modèle – structure ?

Carte des partenaires du réseau en lien avec les bénéficiaires des prestations de suivis intensifs dans le milieu Suzanne Cordier, infirmière clinicienne, DUPA



Impressions du voyage australien

Didier Vasseur, infirmier aux Soins intensifs dans le milieu

« Un voyage se passe de motifs. Il ne tarde pas à prouver qu'il se suffit à lui-même. On croit qu'on va faire un voyage mais bientôt c'est le voyage qui vous fait ou vous défait » Nicolas Bouvier.

Dimanche 17 novembre : Arrivée à Melbourne à 9h00 du matin, j'ai quitté Genève vendredi à 17h00 et depuis, vols... escales. Une partie de la fatigue est effacée devant la satisfaction d'être arrivé mais très vite une seule obsession ne pas dormir avant ce soir car le stage commence lundi à 9h00.

Lundi 18 novembre : Arrivée sur les lieux avec le Dr Conus, première impression favorable, l'ensemble des petits bâtiments en bois se trouvent en face du zoo de Melbourne à côté d'un golf, dans un parc. Mais maintenant le doute m'envahit. Vais-je être à la hauteur, la barrière de la langue pour la psychiatrie est-elle un obstacle ? Je me fais l'effet d'un stagiaire de première année !

Je suis assez vite rassuré, présentation à une partie de l'équipe... dans l'indifférence quasi générale. J'ai su par la suite que nombre de personnes venait voir cette équipe pour quelques heures ou une journée notamment le lundi et le vendredi.

Me voici donc avec la Youth Access Team communément appelée YAT une des pierres angulaires du programme EPPIC. Elle a deux missions principales : Une mission d'évaluation et de porte d'entrée dans le programme et une mission d'intervention de crise brève. Quelques chiffres : composée de 17 personnes elle comprend 9 infirmiers, 4 assistants-sociaux, 3 ergothérapeutes

et 1 psychologue, chacun ayant le même rôle au cours des interventions. Elle est complétée par 2 médecins (1 à 50%) et une secrétaire. Je m'imprègne donc des lieux et des documents mis à ma disposition. Puis on me propose d'aller faire une évaluation pour un jeune de 15 ans signalé par la police et par le responsable d'une auberge de jeunesse la veille au cours d'une bagarre pour des propos bizarres. Jeune venant d'un autre état et déjà connu des services psychiatriques et de la police. Je pars avec une infirmier et un médecin. Première surprise un parc automobile de 16 véhicules flambants neufs, dont 8 pour la YAT. Une petite pensée pour notre vieille auto sans direction assistée...

Je découvre la banlieue de Melbourne très étendue. Nous faisons un peu plus connaissance, Peter l'infirmier vient de Westeine Australie, région que je connais assez bien pour y avoir travaillé dans un autre domaine, le médecin est Sud Africain et nous parlons rugby, sujet d'importance dans cette atmosphère.

Arrivé sur place nous rencontrons ce jeune homme. Le tableau est assez clair avec des symptômes négatifs au premier plan et probablement sub-décompensé. Nous n'insistons pas car il doit retourner dans son état d'origine pour des raisons judiciaires. Je commence à entrevoir le type d'évaluation pratiquée basée sur les loisirs, les centres d'intérêts et les réactions de l'entourage. Je découvre aussi une situation particulière. Le traitement ordonné, en l'occurrence 200 mg. de Clopixol toutes les 3 semaines. Ce qui me frappe ce n'est pas l'obligation de traitement mais le fait qu'il suffit d'aller dans n'importe quel cabinet généraliste, de recevoir le dépôt et de repartir sans plus d'investigation, si ce n'est la vignette et la signature du médecin sur un carnet,

démarche qu'avait fait ce jeune deux jours auparavant !

Au retour, nous décidons que je présente et reformule la situation avec description des symptômes et objectifs pour la suite, une première fois dans la voiture et une deuxième fois au colloque de 13h30. J'ai appris par la suite que cette entrée en matière se joue sur la décision de me faire tourner en équipe de deux dès le lendemain.

Un sandwich vite avalé et nous présentons donc au colloque journalier de 13h30, lieu où sont prises toutes les décisions d'interventions de la journée. Je fais connaissance avec le reste de l'équipe. Le hasard a voulu que ce premier jour je porte un tee-shirt représentant les différents types de mouches utilisées pour la pêche. Sitôt le colloque terminé, je suis pris en charge par les deux pêcheurs à la mouche de l'équipe... Le reste de l'après-midi est consacré à la visite des autres lieux du programme. J'apprends que demain je fais partie de l'équipe de l'après-midi et commencerai donc à 13h30.

Retour à St Kilda quartier de Melbourne au bord de la mer, pas le temps d'en profiter ni d'analyser cette journée... une seule obsession : dormir !

Mardi 19 novembre : Arrivée à 13h30 pour le colloque, une dizaine de demandes d'évaluations ont passé le triage téléphonique effectué par deux infirmiers. Je me retrouve avec Jo (un belge flamand) sur la situation de Rees. Je vais détailler cette situation car elle me semble révélatrice du temps et de la façon passés en investigations.

Appel téléphonique le matin au triage du père de Rees, 16 ans, apprenti cuisinier. Nous le rappelons vers

15h00 et avons à faire à un père et une famille épuisés. Depuis une dizaine de jours Rees a augmenté considérablement sa consommation d'alcool, de cannabis et de cocaïne, il est beaucoup plus irritable, ne dort plus la nuit et parle seul dans sa chambre, de plus nombreuses altercations avec la police. Il a aussi verbalisé des idées suicidaires avec son amie. Depuis 2 jours augmentation sensible de tous les symptômes. La situation est très tendue au téléphone, Rees refusant tout contact avec Jo ou moi. Alors, Jo commence une investigation de l'histoire familiale, le père ayant besoin de s'exprimer. Durée de ce premier appel 1h30. Pour des raisons de sécurité il y aura 2 autres appels en accord avec le père dans l'après-midi. Aucun des parents ne voulaient appeler la police. Lors du dernier appel Rees décide d'arrêter tout contact. Impossible de recontacter le domicile. Jo décide de se rendre sur place... J'émetts quelques réserves quant à la sécurité mais décide de lui faire confiance.

Arrivés sur place Rees refuse de nous voir. Il est extrêmement tendu, agitation psycho-motrice importante, nous décidons de discuter avec ses parents et son amie. A force de faire des allers-retours entre sa chambre et la cuisine, il passe près d'1h00 avec nous, insistant sur le fait que c'est son entourage qui a besoin de soins, mais lui, reconnaissant complètement que sa consommation augmente sa paranoïa.

Encore une fois Jo mène son investigation en ne parlant avec lui que de stress, de son apprentissage, de ses copains (de leurs relations vis à vis de lui). Il est d'un calme olympien ! Je décide donc de calquer mon attitude sur lui alors que Rees vient nous hurler dessus à 50 cm. du visage. Il finit par admettre qu'on est...cool ! Il n'a jamais

été évoqué l'hospitalisation. Il finit par accepter de donner des gages pour que tout le monde se sente en sécurité et de lire la brochure EPPIC que nous devons lui remettre ce soir, ainsi qu'un rdv pour le lendemain. Il est 21h30 et nous sommes sur la situation depuis 15h00.

Suite et fin de l'histoire de Rees : Le lendemain journée assez tranquille, excepté lors de la visite avec un médecin de l'équipe avec lequel il se montre beaucoup plus agressif. A noter que j'y retourne avec un autre membre de l'équipe (bien que Jo soit présent dans l'équipe à ce moment là). Je leur fait part de ma surprise d'autant plus qu'à partir de ce moment Rees va me choisir comme interlocuteur. Nous décidons de le laisser tranquille jusqu'à samedi avec toujours des engagement pour contrôler son agressivité.

Le vendredi soir violente altercation avec la police qui appelle la YAT sur conseil des parents. Une hospitalisation d'office est décidée. Il recevra à l'arrivée une injection de Clopazine et bénéficiera le samedi d'une prise en charge de « un pour un » pendant 24 heures. Le dimanche, changement important d'attitude, Rees reconnaît souffrir et avoir besoin d'aide, en congé la dimanche en accord avec sa famille et son amie. Congé qui se passe bien. Le lundi matin un réseau est organisé avec les intervenants, sa famille et son amie ainsi qu'un Case Manager qui va être présenté à Rees.

Il est décidé d'une suite avec une unité journalière en double pendant 3 jours, d'un infirmier YAT et le Case Manager qui reprend la situation. Je reviendrais ultérieurement sur les réflexions que m'a suscité cette prise en charge.

Nous reprenons au mardi 19h30. En arrivant dans les bureaux de YAT nous apprenons que nous devons repartir voir Belinda, sa mère a appelé assez inquiète. Belinda est connue du programme EPPIC et a probablement arrêté sa médication après une période de stabilisation. Je hoche la tête et pour cause nous allons dans la partie la plus éloignée du secteur soit 45 min. d'autoroute. Arrivée sur place à 23h00, discussion avec la mère pendant que je m'occupe de Belinda. Tableau floride nécessitant une hospitalisation organisée depuis le domicile. Nous l'accompagnons et l'hospitalisons. Il est 1h00 du matin quand nous rentrons à YAT. Je laisse l'équipe à ses travaux d'écriture et rentre... dormir !

Par la suite j'interviendrai encore en première ligne dans 6 autres situations. Presque tous ces jeunes avaient entre 15 et 16 ans. J'ai eu du mal avec cette population car je manquais de repères, notamment entre ce qui pouvait être une crise sérieuse mais réactionnelle à l'adolescence et les premiers symptômes psychotiques, l'idée étant toujours d'intervenir le plus tôt possible. En effet le contexte et la présentation est presque toujours la même. Une crise familiale ou/et une première rupture sentimentale, des jeunes gens à la tenue vestimentaire similaire. Hip-Hop et rap au premier plan, une agressivité importante avec refuge dans le bande ou même pour certains le gang, avec ses rites et ses obligations ! D'autre part l'importance et la responsabilité des décisions prisent dans ces moments sont capitales.

Je serai amené aussi à découvrir différents lieux de soins de Melbourne. L'hôpital général notamment. A ce propos ce qui m'a frappé est la facilité avec laquelle l'équipe YAT est

accueillie et connue dans ces différents endroits. Il est vrai qu'elle a 10 ans d'existence et beaucoup de campagnes de publicité derrière elle. La prochaine étant une brochure dans les cinémas, l'idée étant de toucher les copains de ces jeunes.

La deuxième semaine je passerai plus de temps dans les autres lieux d'EPPIC. L'idée de base du programme étant que la personne adhère à un système. Donc je passe dans l'unité d'hospitalisation (durée moyenne du séjour sur 1 année : 12 jours). En dehors de l'effectif, trois choses m'ont particulièrement impressionnées :

- 1) La possibilité en plus de l'effectif journalier de mettre en place le « one by one », sur 12 heures principalement mais aussi sur 24 heures si nécessaire, un soignant reste en permanence avec un patient !
- 2) La deuxième chose est de faire recours systématiquement et dès que les gens vont mieux les emmener à l'extérieur faire des activités occupationnelles.
- 3) Et la troisième est le système d'isolement (je rappelle que si cela est possible il y a une période d'observation sans médication et ensuite un traitement plus ou moins standard qui vise plutôt la médication à long terme afin d'avoir une bonne compliance médicamenteuse) qui comprend une chambre donnant sur un salon assez grand avec un canapé, deux fauteuils et une table ainsi qu'un jardin !

Il me resterait encore beaucoup de moments forts à décrire, vécus au

cours de cette riche expérience et j'en remercie le DUPA ainsi que le Dr Conus à Melbourne, mais le place va finir par me manquer...

En conclusion je dirais qu'il serait vain de vouloir calquer un modèle de soins sur un autre ou même de les comparer, chacun ayant des moyens et une spécificité particulière, mais je retiens de cette expérience et cet avis n'engage que moi, quelques aspects dont j'ai fini par être persuadé :

- Une porte d'entrée unique dans le modèle de soins avec une réponse rapide aux demandeurs (quelqu'il soit) y compris en la demande.
- Une évaluation précoce et rapide sur le terrain avec un langage et un questionnement adapté à la souffrance de l'entourage et du jeune patient.
- Une intervention intensive et brève tentant de prévenir ou d'accompagner la crise (sans forcément l'éviter).

Voilà les trois aspects les plus importants pour moi nécessitant une réflexion et un débat futur.

Handicap mental et psychiatrie

Compte-rendu des interventions du « Mercredi infirmier » du 7 mai.

Quelle psychiatrie pour le handicap mental ?

Pascal Devaux, directeur de la Fondation Les Jalons

Je tiens tout d'abord à remercier les personnes organisatrices de cette matinée. Premièrement parce que le thème choisi me semble important et ensuite parce que le tribune qui m'est offerte me permet de vous informer, dans la limite de mes compétences, de ce que nous vivons dans le monde socio-éducatif auprès de personnes handicapées mentales avec diagnostic de psychoses et (ou) d'autisme. Appelons-les pathologies autistico - psychotiques. Rassurez – vous, ce sera le seul terme psycho – médical que j'utiliserai, n'étant pas le mieux placé et de loin, dans une assemblée telle que celle – ci , pour en user.

De formation éducateur spécialisé, je dirige une petite structure où sont accueillies, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, des personnes de ce type aux problématiques importantes. Je ne suis donc pas le représentant des institutions de ce canton, mais bien plutôt puis-je vous faire part des vécus socio-éducatifs, des réalités de ce milieu, de ses constats, de ses vœux, voir de ses rêves en relation avec la psychiatrie.

J'ose prétendre qu'ils sont partagés par une bonne partie de mes collègues éducateurs et responsables de structures.

Vous savez bien que chacun défend son beefsteak. Mais si je dis que le thème est important, ce n'est pas seulement parce qu'il me permet justement de le défendre, mais aussi parce que la situation cantonale en matière de liaison institution-famille-hôpitaux dans le cadre du handicap mental est plutôt difficile. Et qu'il convient de l'améliorer urgemment. Et ceci en collaboration avec vous.

Sans vouloir refaire l'histoire, surtout puisque sont présentes ici des personnes l'ayant vécu de près. Il me semble important de resituer deux mouvements importants qui semblent avoir participé à l'élaboration de la situation actuelle :

- Nombre de personnes, qui vivaient à demeure à l'hôpital psychiatrique ou qui faisaient des allées- venues fréquentes entre structure hospitalière et lieu de travail (ateliers protégés) ou de vie ont été complètement intégrées dans le monde socio-éducatif. Nous accueillons par exemple un résidant ayant été accueilli à demeure en ces murs de 88 à 92. Ce mouvement de déshospitalisation a certainement été une très bonne chose pour la majorité des personnes qui en ont bénéficié, mais a représenté un piège pour le socio-éducatif qui n'a pas les compétence pour gérer et l'accompagnement et le soin spécialisé. La stratégie thérapeutique qui s'organisait autour d'un lieu unique, l'hôpital, a été la cible de critiques massives et radicales. Il faut le dire, cette critique fut parfois aussi injuste car l'hôpital n'était pas que repoussoir, mais avait sa valeur de refuge protecteur et sécurisant. Changer radicalement de direction amène donc au piège d'un autre lieu unique. L'institution n'est pas la solution ultime et idéale. La définir comme telle reviendrait à conduire

patients et accompagnants dans une nasse sans issue ou l'ultime possibilité, le dos au mur, serait des explosions symptomatiques pour attaquer cette clôture.

- Le travail associatif des organismes en lien avec le handicap mental, les associations parentales, qui ont d'ailleurs œuvré à la déshospitalisation, mais aussi toute la réflexion éthique autour du maintien de personnes lourdement handicapées en lieux de vie ont fait apparaître quelques dysfonctionnements des institutions. Et notamment celui qui consiste à penser que tout est gérable hors hospitalier par des moyens uniquement éducatifs, tels que les programmes TEEACH pour ce qui concerne les personnes atteintes d'autisme. Des cas graves de décompensations ont donc été soignées « entre guillemets » dans un lieu qui n'en a ni les capacités en matière d'encadrement humain, de connaissances, ni l'environnement architectural.

Nombre d'institutions ont donc dû plancher sur leur mission et avouer qu'elles ne pouvaient pas tout faire en leur sein.

Peut-être, et c'est je crois plus qu'une hypothèse, la mise en place de critères de qualité, obligée par les organismes subventionneurs, a eu le mérite pour les institutions, de devoir se repositionner et accepter un rôle pour lequel elles sont efficaces, sans entrer dans celui d'apprenti - sorcier.

A l'exemple des Jalons, ou outre sécurité, soins de base et hygiène, nous basons notre fonctionnement sur un programme d'activités thérapeutiques, ménagères ou sportives.

Cela, nous savons le faire... Au-delà devient déjà plus problématique.

Parlons maintenant du concret, si vous le voulez bien :

Vous vous doutez bien que les institutions socio – éducatives sont soumises à des statuts et des missions. Bien sûr existe – t – il quelques différences entre elles. Ces différences ne sont jamais substantielles. Si elles n'étaient pas encadrées par des termes tels qu'accompagnement, accueil, développement, épanouissement, respect, nous n'aurions plus notre raison d'être ni ne serions subventionnés.

Donc, pour accompagner, faisons – nous appel à des spécialistes : les éducateurs. La formation d'éducateur est une formation HES sur 4 ans après bac. Un éducateur est susceptible de travailler autant avec des enfants caractériels, en milieu carcéral, dans le handicap physique etc..etc..., on peut pourtant affirmer qu'ils sont spécialistes.

Mais spécialistes de la relation et de l'accompagnement.

Ceux-ci sont responsables de l'encadrement, de la sécurité, de l'hygiène, du cadre rassurant, de la prévisibilité, de l'ouverture à un extérieur plus riche en découvertes (socialisation, camps etc..) Par leur proximité, ils ont donc une fonction de quotidienneté éducative et pédagogique.

Que ce soit bien clair, un éducateur n'a aucune formation dans le domaine médical.

Pour pallier ce fait, les institutions du type de celle dont je m'occupe ont des liens avec un médecin généraliste et un psychiatre. Seuls ces derniers nommés sont habilités à dispenser des soins autres que ceux dispensés par une « pharmacie de ménage ». Ce sont aussi eux qui dispensent la médication, les éducateurs n'étant que simples administrateurs des médicaments prescrits.

Lorsque le besoin s'en fait sentir, nous sommes aussi en relation avec des thérapeutes : ergo, art ou musico-thérapeutes, spécialistes de l'approche corporelle etc...

D'autres spécialistes devraient être appelés aussi dans le domaine des rapports nécessaires entre lieux de vie et famille.

Vous imaginez donc le rôle d'un éducateur : outre celui de généraliste de la quotidienneté, il est aussi **un passeur**. Et j'inscris ce terme en gras tant il est important.

Ce rôle de passeur, vous l'imaginez, doit être compris comme actif sur tous les plans. Lorsque l'on sort de la spécificité de l'accompagnement quotidien, lorsqu'il y a lieu, après observations, constats et réflexions personnelles et d'équipe, d'agir, ce rôle est activé. En direction de spécialistes de la relation, de la thérapie ou du soin.

Nous voilà donc au cœur du problème...

Permettez - moi de caractériser des faits ayant lieu dans le milieu socio-éducatif et pour lesquels nous avons besoin de vous.

Pour l'avoir vécu plusieurs fois, imaginez un résidant d'institution en profond mal-être, décompensé, s'automutilant, n'ayant plus la possibilité de vivre la quotidienneté basique repas – toilette – vêtements – repos , ce qui au passage est la base minimale d'acceptation de la vie en communauté, au sommeil perturbé, agressivité, angoisse de morcellement etc...etc... Que faire ?

Vous me répondrez, avec raison, qu'il est déjà trop tard pour réagir.

Je vous répondrai que nous n'avons, dans les cas décrits, circonstanciés dans le temps et aussi géographiquement, pu faire autrement, que nous n'avons pas eu la possibilité de « passer » les relais, demander de l'aide. Nous n'avons non plus eu la possibilité d'imaginer un ailleurs contenant et sécurisant. Réparateur.

Soumis a cet état de fait, ce type de problématique est vécu dans un lieu ou d'autres résidants y sont soumis, ou il n'y a plus de possibilité pour les éducateurs de faire vivre selon ce qu'ils savent faire et offrir. Les lieux sont dépassés (Je rappelle avec force que les institutions socio – éducatives ne peuvent faire appel ni à l'attachement, ni à la contention lourde).

Dans ces situations, et, répondant déjà aux reproches qui nous sont souvent formulés par le médical, avant la « casse » et en prévention...nous avons besoin de vous, nous avons besoin de lien. Car nous ne savons plus, ce n'est pas notre formation, quoi et comment faire.

Pour que ce puisse être efficace, je dirais qu'il y a quelques malentendus à dissiper :

Celui de langage tout d'abord. Il est clair que le domaine socio – éducatif ne maîtrise pas le langage médical ou psychiatrique. C'est un fait inéluctable qui ne peut être corrigé, dans notre domaine que par des apprentissages sur le tas ou des formations post-grade auxquelles pensent les HES. Mais il subsistera toujours un décalage. Si vous êtes éloignés des terminologies éducatives, je ne peux croire qu'en la bonne volonté de chacun. 2 personnes parlant un patois différent se comprennent sur

l'important sans qu'il soit fait part de jugements sur la manière de s'exprimer de l'autre.

L'autre malentendu tient au fait que l'on pense souvent que les éducateurs ne se basent que sur les ressentis pour faire leur travail et pour transmettre ce qu'ils ont à transmettre. Je peux vous rassurer sur le fait que si ces ressentis sont une base de travail pour tout ce qui concerne le relationnel, ils s'appuient aussi sur la concertation d'équipe, sur des observations précises, des bilans, des synthèses. Si ce n'est le cas, il y a lieu de se poser des questions sur le fonctionnement de l'institution !

3^{ème} malentendu : Les institutions socio – éducatives ont la mission d'offrir à leurs résidents des activités, un schéma de vie actif. Il serait donc nécessaire de ne pas avoir à se faire reprocher des stimulations à ce niveau. Si des sur-stimulations sont possibles, elles sont rares et le domaine social y fait attention sans tomber dans le l'exagération du soin, de la réparation et du repos.

Il serait agréable, pour ne pas dire nécessaire que ces malentendus soient levés, que l'on n'entende plus de la part des éducateurs « les patients ne soient pas pris en charge en domaine hospitalier selon nos normes » et qu'ils ne l'admettent pas.

Il serait indispensable aussi que vous n'ayez plus le présupposé que le domaine socio – éducatif fait appel à vous simplement pour se décharger. L'enjeu de ce duel ne pourrait se répercuter que sur l'état d'être en souffrance ayant droit à des espaces, de vie et de soins.

Les liens que j'appelle de mes vœux ne me semblent pas si compliqués à tisser. Il s'agit de parler de complémentarité plutôt que de lacunes des uns et des autres. Sachez que des possibilités de journées ou de stage existent dans le milieu institutionnel.

J'ose croire qu'il en est de même pour vous. Nous avons beaucoup à apprendre de vous, nous avons beaucoup à vous montrer.

Ensuite, dans la prévention, il y a à créer des structures. La venue chez nous de M. Favrod a, par ex, été libératoire pour l'un de nos résidents et l'ensemble de l'équipe concernant une problématique qui a pu être vue par quelqu'un qui avait, si j'ose l'image, la tête hors de la marmite. Quelqu'un ayant les connaissances médicales, les outils d'observation et ayant une bonne compréhension du socio - éducatif .

De notre côté, nous avons des efforts à faire pour retransmettre ce que nous vivons autrement que par « il est dangereux », « il casse tout ». Des efforts à faire pour ne pas s'imaginer que l'instant présent, même si en période de difficultés, on ne voit que lui, mais pour ne pas perdre le fil rouge et étudier les hypothèses de compréhension.

En attendant que le canton donne les moyens d'une vraie politique de prévention, il convient de bousculer cette dualité et de parler de liaison, en ayant en tête les différents acteurs : accompagnants, soignants, parents. Ceux-ci, exclus, ne feront que répercuter leurs angoisses sur les uns et les autres.

Enfin, pour défendre le morceau du handicap mental, je dirais que c'est un monde passionnant et que les êtres qui vivent cet état ont tout lieu de croire à ce qu'accompagnants et soignants puissent créer les liens et les structures permettant de vivre le moins mal possible leurs parfois terribles angoisses.

Je pense vraiment que le fait de se parler, de se connaître, est le premier pas fait dans la direction souhaitée.

Psychiatrie de liaison et handicap mental : expérience préliminaire

Jérôme Favrod, infirmier Spécialiste
Clinique

Introduction

La création de lieux de vie éducatifs a permis la désinstitutionnalisation des personnes handicapées mentales qui avaient été placées en hôpital psychiatrique. Ce mouvement certainement nécessaire a toutefois été conduit en réaction aux traitements psychiatriques de l'époque. Les problèmes de la personne handicapée mentale ne sont plus abordés sur un plan psychiatrique mais sur un plan social. Cette nouvelle perspective a permis l'amélioration de la vie quotidienne de ces personnes. Toutefois, ce changement de paradigme n'a pas pris en compte le fait que cette population présente un risque élevé de souffrir de troubles psychiatriques.

Ces dernières années, on assiste à une augmentation de la demande de soins psychiatriques pour les personnes handicapées mentales dans l'ensemble du canton (1). Cette augmentation reste difficile à expliquer et elle est probablement la conséquence de plusieurs facteurs.

Le dispositif de collaboration psychiatrie – handicap mental (DCPHM) de l'unité de réhabilitation du Département de psychiatrie a pour but d'assurer la psychiatrie de liaison dans le domaine du handicap mental. Ce service s'adresse aux professionnels

des institutions spécialisées du Secteur Centre et aux familles qui vivent avec une personne handicapée mentale. Il s'agit d'offrir des prestations de psychiatrie de liaison. Les objectifs du DCPHM sont :

- Introduire les compétences pour gérer les problèmes psychiatriques de personnes handicapées mentales dans les lieux de vie.
- Servir de lien entre le Département de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et les structures socio-éducatives et les familles.
- Eviter les hospitalisations dans la mesure du possible.

Ce dernier objectif nécessite quelques clarifications. Il ne s'agit pas de freiner l'accès aux services aigus de psychiatrie mais de réduire les risques liés à l'hospitalisation psychiatrique. En effet, le séjour en hôpital psychiatrique peut être délétère en produisant un changement de routine ou en conduisant à une perte des points de repères. Egalement, l'hôpital psychiatrique n'a pas de rôle éducatif et l'hospitalisation peut conduire à la perte d'apprentissages acquis au prix de nombreux efforts de la part des professionnels et du bénéficiaire.

Troubles psychiatriques et handicap mental

Un grand nombre d'études indiquent que la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes mentalement handicapées est 3 à 4 fois plus importante que dans la population générale (2). Soit 10 à 80%

en fonction de nombreux facteurs comme par exemple : les critères diagnostiques utilisés, les troubles pris en compte, la taille et les caractéristiques des échantillons étudiés (3). L'estimation du taux de prévalence le plus fréquent se situe entre 20 & 35% (4). Ces patients sont souvent considérés comme difficiles à traiter. L'existence simultanée des deux affections non seulement double les défis thérapeutiques, mais vient aussi les compliquer. En effet les traitements pharmacologiques et environnementaux de chaque pathologie peuvent interagir entre eux de multiples façons. Un traitement peut en inhiber ou en faciliter un autre. Bien que les interactions médicamenteuses soient souvent bien décrites, les interactions entre les traitements psychosociaux et pharmacologiques sont peu étudiées dans le domaine du handicap mental. Le handicap mental peut en lui-même empêcher certaines formes de traitement et interférer avec l'examen psychiatrique.

Les facteurs qui contribuent à ces défis comprennent les limitations du répertoire verbal, le manque de critères opérationnels pour diagnostiquer les troubles mentaux dans cette population, les maladies somatiques et les problèmes liés aux facteurs environnementaux.

- Limitation du répertoire verbal

Le handicap mental va réduire les capacités d'expressions verbales et les capacités de faire face à la symptomatologie psychiatrique. Dans ce contexte, cette dernière pourra prendre une forme plus frustrée qui sera plus difficile à interpréter. La souffrance s'exprimera sous forme comportementale et les intervenants auront moins accès au vécu subjectif. Les symptômes et la souffrance s'exprimeront au travers de

l'agressivité, de l'automutilation, du repli, de l'hyperactivité, de stéréotypies ou de vocalisations. Une même affection peut s'exprimer par des comportements très différents. Un même comportement peut être déterminé par des facteurs très différents. Une dépression peut s'exprimer autant par l'automutilation que par l'hyperactivité. L'automutilation peut être une réponse à l'anxiété ou à la recherche d'attention.

- Critères opérationnels pour le diagnostic

Le handicap mental n'est pas un concept homogène. Au niveau de l'étiologie le handicap mental peut être la conséquence de nombreux facteurs étiologiques d'ordre génétique, métabolique, traumatique ou inconnu. Ces facteurs déterminants du retard mental vont interagir avec les facteurs du trouble psychiatrique et modifier de façon importante la forme de ce dernier.

- Les maladies somatiques

Le handicap mental peut être accompagné de nombreuses autres affections médicales souvent non diagnostiquées. Par exemple Ryan & Sunada (5) ont montré que sur un échantillon de 1135 patients, 75% d'entre eux souffraient d'un ou plusieurs problèmes médicaux qui restaient non-diagnostiqués ou non traités. Certains de ces problèmes comme l'épilepsie concernaient 45.8 % des patients, l'hypothyroïdie 12,7% et le syndrome de Gilles de la Tourette 11,5%. Ces trois syndromes peuvent pourtant affecter le comportement de manière très évidente. Mais malheureusement, ils semblent être souvent attribués à des troubles du comportement par des personnes sans formation clinique. Même pour des cliniciens chevronnés, certains syndromes observés peuvent être

confondus avec des affections psychiatriques. Par exemple un lupus érythémateux systémique du système nerveux central peut conduire à des hallucinations et une labilité de l'humeur qui ne répondront pas à un traitement d'un trouble de l'humeur

- Facteurs environnementaux

Les intervenants psychiatriques devront s'appuyer sur les personnes qui entourent ces patients pour obtenir des informations nécessaires avec tout ce que cela comporte en terme de variabilité des conceptions entre le monde social et sanitaire et le degré de familiarité avec les notions psychiatriques. La formation des équipes à des techniques d'intervention joue un rôle crucial. Toutefois, les simples informations verbales, écrites ou données à l'occasion de conférences ne sont pas suffisantes pour conduire à des changements dans la pratique. Il y a une faible concordance entre les connaissances théoriques au sujet des techniques thérapeutiques et l'application concrète de celles-ci (6).

Problèmes spécifiques de la psychiatrie de liaison du handicap mental

L'expérience préliminaire du DCPHM a permis de mettre en évidence plusieurs problèmes récurrents dans l'interaction entre les équipes éducatives et l'équipe de liaison psychiatrique. Ces problèmes serviront de base pour développer les stratégies de liaison.

- Vocabulaire différent

Il est apparu rapidement que la séparation des deux milieux, le milieu éducatif et le milieu psychiatrique a conduit en vingt ans à un écart important au niveau du vocabulaire psychiatrique utilisé. Les termes

comme psychose, psychotique voir schizophrénie sont abondamment employés sans tenir compte des recommandations diagnostiques (7) ou des systèmes de classification reconnus. Ceci sans prendre en compte les remaniements diagnostiques qu'ont connu certains concept comme l'autisme par exemple (8).

- Idéalisation du diagnostic

Dans le milieu éducatif, le diagnostic est perçu comme l'élément qui va permettre la solution du problème. Comme nous l'avons vu, il peut être particulièrement difficile de poser un diagnostic psychiatrique avec cette population. Le plus souvent, il faut procéder par analyse de cas et tâtonner pour trouver les moyens qui vont permettre de réduire les problèmes comportementaux. Un comportement déviant peut être autant causé par une maladie psychiatrique que par la conséquence de stress environnementaux ou encore par l'interaction des deux.

- Méconnaissance des traitements psychopharmacologiques

Le plus souvent les milieux éducatifs ont des services infirmiers qui s'occupent d'interagir avec les médecins prescripteurs et ce sont les éducateurs qui administrent les médicaments. Ces derniers sont très peu formés dans le maniement et le suivi des traitements psychopharmacologiques. Cette méconnaissance conduit à de nombreux malentendus. Il est parfois difficile de reconstituer l'anamnèse médicamenteuse des patients. Le fait que la plupart des traitements psychiatriques mettent plusieurs semaines avant de délivrer leurs effets complets ou que les conséquences d'un arrêt médicamenteux ne

s'observent que plusieurs mois après complique l'échange d'informations.

Il n'est pas rare de voir des essais anarchiques de traitements médicamenteux avant que l'équipe du DCPHM soit appelée. Il s'agit le plus souvent de réponses désorganisées au désarroi des équipes éducatives qui doivent gérer des comportements qui perturbent le fonctionnement du lieu de vie.

- Idéalisation de la psychothérapie

Quand l'équipe éducative ou la famille ne parviennent plus à faire face au comportement de leur patient, il y a souvent demande de psychothérapie. La psychothérapie est comprise comme un mouvement cathartique qui va libérer le patient de son problème. Cette demande de contact face à face avec un spécialiste est particulièrement fréquente et une réponse négative est perçue comme un refus d'assistance. Curieusement, ces demandes réitérées concernent autant les patients non-verbaux que les patients capables de s'exprimer verbalement. Comme si la seule rencontre dans un cabinet à heure fixe allait pouvoir régler le comportement problème.

- Recherche de standard

Un problème récurrent est la recherche de standards dans les procédures d'action. Ainsi une intervention qui aura dénoué une situation sera essayée sans discrimination dans une autre situation problème. Inversement une proposition d'intervention pourra être refusée car une intervention similaire aura échoué dans le passé avec un autre résident.

- Une forte implication émotionnelle

Les équipes éducatives qui s'occupent de personnes handicapées mentales ont souvent la charge du patient depuis de nombreuses années. Les familles sont impliquées dans l'éducation de leur enfant depuis la naissance. Cette longue relation avec des personnes particulièrement dépendantes conduit généralement à une implication émotionnelle forte qui complique la description des événements liés au comportement problématique.

Une psychiatrie de liaison pour le handicap mental

L'identification de ces différents écarts entre la pratique psychiatrique et la pratique éducative est particulièrement utile pour l'intervention de liaison autant dans la recherche d'informations que dans la proposition d'intervention. Le recueil d'informations va nécessiter la clarification du vocabulaire, la recherche d'événements stressants et l'anamnèse médicamenteuse. Ainsi, la notion de «patient psychotique» ou «autiste» devra être clarifié par la description de son comportement. Il va être nécessaire de rechercher une ligne de base et comprendre quel était le comportement du patient avant qu'il pose problème à l'équipe ou à la famille. La définition de cette ligne de base est particulièrement importante pour définir le résultat de l'intervention. La recherche d'événements stressants est particulièrement complexe du fait de la forte implication émotionnelle.

- Il n'est pas rare de voir des parents qui parlent de leur enfant comme s'il était encore petit alors qu'il s'agit d'un adulte. Les problèmes observés sont parfois la seule conséquence du temps qui passe. Une mère ne fait plus

face aux troubles du comportement de sa fille pesant 70 kg et mesurant un mètre soixante alors qu'elle les gérait sans difficulté quand celle-ci pesait 35 kg et mesurait un mètre vingt

- L'équipe éducative prise dans le quotidien fait remonter les troubles du comportement d'un patient à plusieurs mois sans trouver de facteurs initiaux. C'est souvent après plusieurs contacts et incidemment que l'équipe de liaison va comprendre qu'une éducatrice qui avait un lien privilégié avec le patient est partie quelques semaines avant l'apparition des symptômes.

La reconstitution de l'anamnèse médicamenteuse de l'année précédente est particulièrement importante. Il est courant d'observer que la péjoration de l'état du patient est consécutive à l'arrêt d'un médicament tel qu'un stabilisateur de l'humeur ou un neuroleptique dans les mois qui précèdent. Inversement, l'introduction d'un nouveau médicament peut conduire à l'apparition de problèmes comportementaux comme un traitement de substitution en cas d'hypothyroïdie par exemple. Les problèmes médicamenteux sont compliqués par le fait que souvent ces patients ont plusieurs médecins et que ceux-ci ne coordonnent pas toujours leurs prescriptions. Ainsi un changement d'anti-épileptique qui avait un effet sur l'humeur par le neurologue peut avoir des conséquences pour le psychiatre.

En ce qui concerne la proposition d'intervention, il est essentiel de faire participer l'équipe éducative et la

famille à l'analyse de situation afin que chacun puisse comprendre les tenants et les aboutissants de celle-ci. C'est l'occasion de fournir les informations sur les pathologies psychiatriques et de clarifier les malentendus. Cet échange commun permet aussi de compléter les pièces du puzzle et de découvrir de nouveaux éléments qui permettent de confirmer ou infirmer les hypothèses formulées. Cette démarche de résolution de problème et d'analyse fonctionnelle en commun va aussi permettre d'enseigner le raisonnement clinique aux équipes éducatives et favoriser la généralisation à de nouvelles situations.

Dans la démarche, il va être particulièrement important de mettre en évidence comment les changements de comportements ou d'attitudes de l'entourage du patient peuvent influencer le comportement de ce dernier. Ceci permet de réduire les croyances dans des méthodes magiques et permet aussi de redonner un sentiment de contrôle à l'équipe ou à la famille. L'analyse de situation va chercher à clarifier les éléments spécifiques liés au patient des éléments généraux liés aux troubles psychiatriques, afin de réduire la recherche inappropriée de standards.

Pour conclure, l'expérience préliminaire du DCPHM a permis d'identifier quelques variables spécifiques du monde du handicap mental dans le secteur centre. C'est l'occasion d'observer un décalage important dans la modélisation des troubles psychiatriques entre le milieu psychiatrique et le milieu éducatif. L'identification de ces écarts permet de dessiner les prémises d'une psychiatrie de liaison pour le handicap mental.

Bibliographie

1. Spagnoli D: Evaluation des besoins. L' Ecrit 2003; ce numéro
 2. Sevin JA, Bowers-Stephens C, Hamilton ML, Ford A: Integrating behavioral and pharmacological interventions in treating clients with psychiatric disorders and mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* 2001(22):463-485
 3. Singh NN, Ellis CR, Wechsler H: Psychopharmacoepidemiology of mental retardation: 1966 to 1995. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 1997; 7(4):255-66
 4. Nezu CM, Nezu AM, Gill-Weiss MJ: Psychopathology in persons with mental retardation : clinical guidelines for assessment and treatment. Champaign, IL, Research Press, 1992
 5. Ryan R, Sunada K: Medical evaluation of persons with mental retardation referred for psychiatric assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 1997; 19(4):274-80
 6. Jahr E: Current issues in staff training. *Res Dev Disabil* 1998; 19(1):73-87
 7. Szymanski L, King BH: Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(12 Suppl):5S-31S
 8. Szatmari P: The classification of autism, Asperger' s syndrome, and pervasive developmental disorder. *Can J Psychiatry* 2000; 45(8):731-8
-

Evaluation des besoins Danièle Spagnoli

Les besoins en matière de prise en charge psychiatrique de personnes handicapées mentales dans le canton de Vaud sont en cours d'évaluation. Afin de tenir compte de la complexité de la question, deux sources principales de données ont été exploitées :

- Les banques de données médico-administratives (OPALE) des hôpitaux des secteurs Centre, Nord et Ouest (à terme les données du secteur Est devraient bien sûr s'y ajouter).
- Une enquête auprès des institutions spécialisées dans le handicap mental.

Données médico-administratives

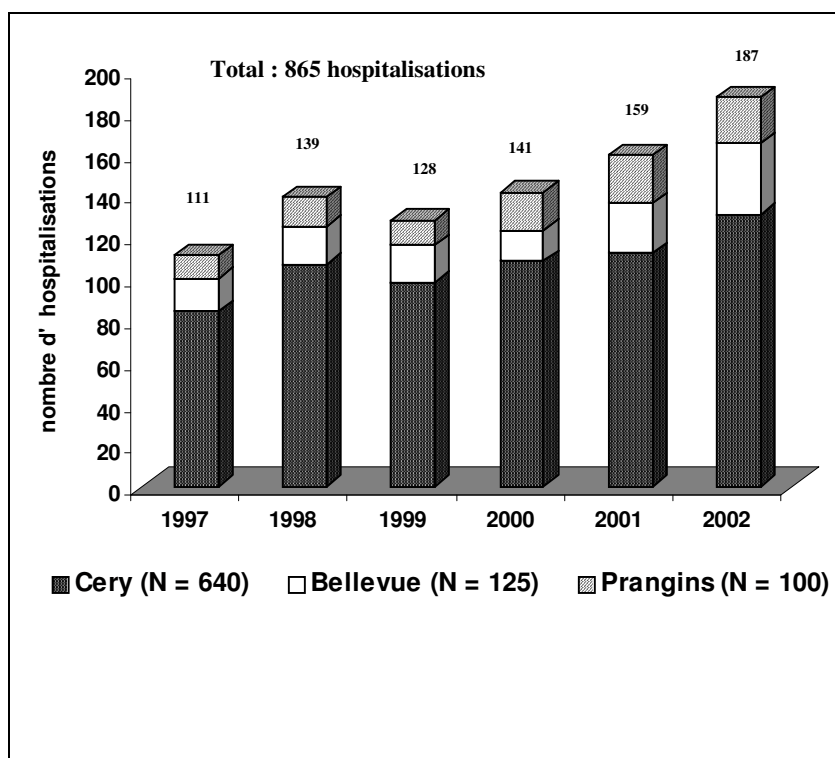
Le traitement de ces données se heurte à un problème majeur : les diagnostics, qui constituent la seule façon d'identifier les patients handicapés mentaux hospitalisés en psychiatrie, sont rarement posés de manière claire et définitive. Pour un même patient, le diagnostic peut varier d'une hospitalisation à l'autre (par exemple : F 29, puis F 721 / F 800, puis F 721 / F 840). Cette situation rend donc plus difficile l'identification des personnes souffrant d'un handicap mental. Un premier tri grossier (graph.1) permet néanmoins d'obtenir une approximation du nombre d'hospitalisations psychiatriques ayant un rapport quelconque avec un retard mental.

Graphique 1

Ce graphique illustre les sorties hospitalières des 3 secteurs, du 01.01.97 au 31.12.02.

*Les données retenues ici concernent **toutes les hospitalisations assorties de diagnostics qui comprennent au moins une fois la mention d'un retard mental ou d'une forme d'autisme (F 70-F 79 ou F 84).***

*Ces hospitalisations représentent **4.8 %** de toutes les hospitalisations des trois secteurs.*



Ce volume d'hospitalisations dépasse largement celui de la population visée (à savoir les personnes handicapées mentales avec une comorbidité psychiatrique), dans la mesure où il comprend également toutes les personnes qui ont un retard mental léger en deuxième ou troisième diagnostic.

Pour focaliser l'analyse sur la population qui nous intéresse, seules les personnes dont le diagnostic principal comprend un retard mental ou une forme d'autisme ont été retenues, ce qui permet de réduire de 68% le volume des hospitalisations prises en compte (cf. graph. 2).

Graphique 2

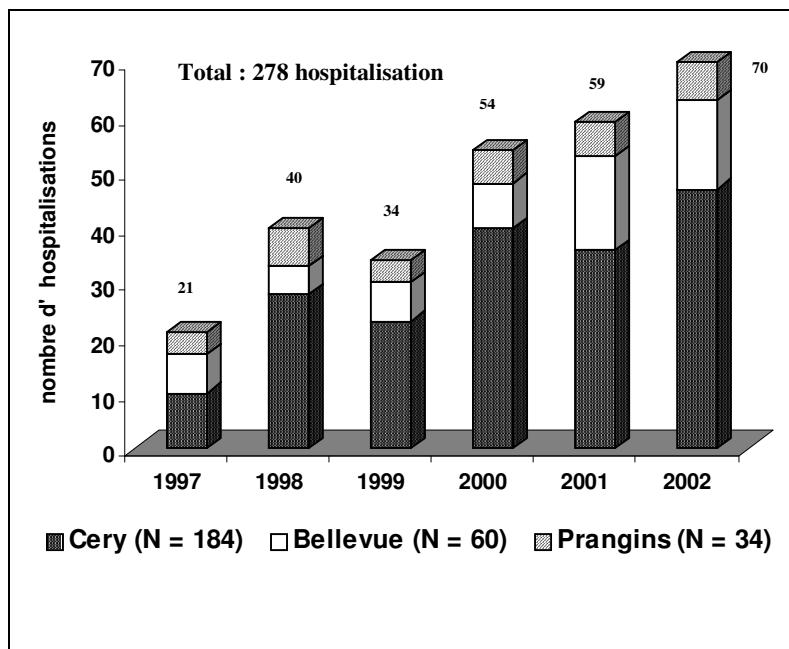
Après focalisation sur les données **concernant un premier diagnostic de retard mental ou d'autisme**, on observe la même courbe d'augmentation des hospitalisations annuelles.

Ces hospitalisations représentent :

1.7% des hospitalisations à Cery

1.9% à Bellevue

0.8% à Prangins



	Nombre d'hospitalisations	Nombre de patients	Nombre d'hosp. par patient
Cery	184	58	3.2
Bellevue	60	30	2
Prangins	34	12	2.8
Total	278	100	2.8

Tableau 1

Les 278 hospitalisations correspondent donc à **100 patients** qui constituent approximativement le groupe cible « comorbidité psychiatrique et handicap mental ».

Parmi ces 100 patients, 48 ont un premier diagnostic de retard mental léger, tandis que 52 ont un diagnostic de retard mental moyen à sévère ou une forme d'autisme.

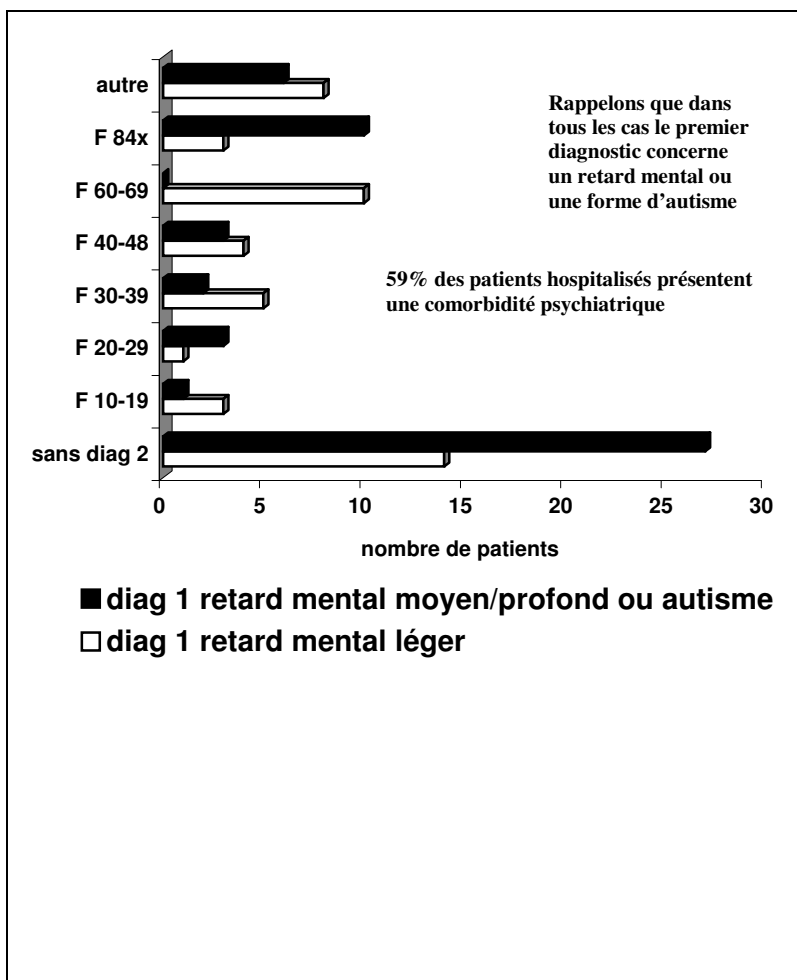
Le type de **comorbidité psychiatrique** (cf. graph. 3) est difficile à établir à cause de la variabilité des diagnostics. Il fallait donc sélectionner un diagnostic par patient, ce qui a été fait en retenant le plus récent.

Graphique 3

Ce graphique illustre la **comorbidité psychiatrique**, en fonction du deuxième diagnostic

Il est intéressant de constater que la majorité (soit 27 sur 52) des patients ayant un premier diagnostic de retard mental moyen/profond ou d'autisme n'ont pas de diagnostic psychiatrique, donc pas de comorbidité « officielle », bien qu'hospitalisés en psychiatrie.

D'autre part, il faut noter que les psychoses diagnostiquées sont relativement rares, alors qu'elles sont largement évoquées comme comorbidité problématique dans les institutions spécialisées.



Se pose encore la question de la provenance (domicile ou institution) des patients handicapés mentaux hospitalisés en psychiatrie (cf. tab. 2). En réalité, les données médico-administratives ne font pas mention de la provenance, qui est donc inférée de la destination à la sortie de l'hôpital.

	Sorties d'hospitalisation		total
	Diag 1 retard mental léger	Diag 1 retard mental moyen à profond ou autisme	
Vers domicile	36 %	30.2 %	66.2 %
Vers institution	15.5 %	14 %	29.5 %

Tableau 2

Ces pourcentage montrent l'importance proportionnelle des sorties → domicile, qui souligne l'importance d'améliorer le travail avec les familles aussi bien qu'avec les institutions.

Enquête auprès des institutions

L'enquête auprès des institutions spécialisées (actuellement en cours) vise à recueillir des renseignements quantitatifs (volume des besoins exprimé par les institutions) et qualitatifs. Ces dernières informations permettent d'esquisser le climat

qui règne entre le dispositif hospitalier psychiatrique des secteurs et les institutions spécialisées.

La comorbidité psychiatrique dans la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées mentales :

- Une augmentation des résidents présentant des troubles psychiatriques est souvent constatée
- Difficultés à gérer la violence, les auto-mutilations ou les troubles du comportement, qui « usent » les équipes et perturbent les autres usagers.
- Carences dans la formation des éducateurs en ce qui concerne le domaine psychiatrique et psychopathologique et les aspects théoriques du handicap mental.
- Besoin particulièrement important en supervisions de cas / analyse de situations cliniques. Besoin de supervisions / soutien d'équipe.

• Nécessité de sensibiliser les équipes éducatives à l'observation fine et à la prévention des décompensations psychiques. **Plaintes exprimées à l'égard de la psychiatrie :**

- difficulté de trouver des psychiatres privés qui acceptent de suivre les personnes handicapées mentales.
- Méconnaissance du handicap mental dans le monde psychiatrique.
- Hospitalisations sont souvent trop brèves.
- Les équipes éducatives se sentent souvent accusées de ne pas savoir faire, ou d'être à l'origine du problème.
- L'hôpital manifeste souvent la crainte que l'institution ne reprenne pas le patient.

Attentes des institutions à l'égard de la psychiatrie :

- Apport d'un regard extérieur et de connaissances spécifiques.
 - Amélioration de la collaboration et de la compréhension entre équipes hospitalières et équipes éducatives.
 - Amélioration de la cohérence et de la continuité des prises en charge.
 - Les hospitalisations en psychiatrie devraient aboutir à des pistes thérapeutiques, des consignes de prise en charge qui puissent compléter la prise en charge éducative des institutions
-

Bilan de la première rencontre Vaud-Genève « soins infirmiers et toxicodépendance », 22.11.2002.

N. Christinet, Rel'ier (Lausanne), B. Kaye, Villa des Crêts (Genève), F. Dorogi, Calypso (Lausanne)

Historique du projet

En automne 2000, les équipes pluridisciplinaires des unités de sevrage de « La Calypso » à Cery et de « la Villa les Crêts » à Genève se rencontraient pour mener une réflexion sur les pratiques infirmières en lien avec la question du sevrage. La richesse de ces échanges a incité à poursuivre la démarche. Les deux responsables de ces unités, soit Frédéric Dorogi et Bart Kaye, ont envisagé alors diverses formules : une rencontre lors d'un après-midi ? une table ronde ? Après concertation avec les équipes, il s'est avéré que l'intérêt pour une nouvelle démarche était important. Ainsi est née l'idée d'organiser une journée entière sur le thème « soins infirmiers et toxicodépendance ». Pour ce faire, ils se sont approchés de M. Pierre El-Korh », directeur des soins infirmiers à l'hôpital de Prangins et ancien clinicien à la « Villa des Crêts, qui, par son apport, a permis de thématiser les questions. A travers l'aide logistique et financière apportée par M. Eric Macheret (laboratoire Wyeth), complétée par le travail de coordination et d'organisation de Nathalie Christinet, collaboratrice à Rel'ier (Lausanne), l'équipe de base était ainsi constituée et le projet a commencé à se mettre en place ! Des objectifs ont été déterminés. Il s'agissait d'échanger entre soignants travaillant dans le domaine de la toxicodépendance, de développer des liens, de mettre en évidence la panoplie et les spécificités du travail infirmier et ainsi de pouvoir renforcer

les compétences professionnelles tout en améliorant la connaissance du réseau. De nombreuses questions ont servi de base à la construction de cette journée : différences et diversité des offres entre les deux cantons, le soin dans ce contexte, l'identité infirmière, les outils à disposition pour ce travail avec les consommateurs, ainsi que les types de liens avec les usagers, les patients.

Des stands de présentation des institutions ont été organisés et les participants ont ainsi eu la possibilité de diffuser des informations (programme thérapeutique, formation, etc) sur leur propre structure.

La mise en place de la journée s'est faite de façon originale. Le groupe de travail de base a sollicité des intervenants spécialisés provenant des deux cantons et leur a soumis le projet. C'est à travers leur intérêt et leur investissement que le programme a pu couvrir un large éventail et que les ateliers proposés se sont construits.

Cette journée destinée au personnel infirmier des cantons de Vaud et de Genève a remporté un large succès. Cent-vingt personnes provenant des domaines de l'ambulatoire et de l'hospitalier y ont participé et l'ambiance de la journée a été empreinte de chaleur.

Les différentes offres étaient représentées : lieux de soins, lieux de vie, centres d'accueil à seuil bas, hôpitaux cantonaux, prisons et écoles de soins infirmiers.

Déroulement de la journée

En matinée, quatre conférences ont été proposées, tandis que l'après-midi a permis le développement de six ateliers différents.

En introduction à la matinée et afin de poser quelques points de repères, *Nathalie Christinet*, infirmière et coordinatrice / Rel'ier, a présenté la

politique suisse en matière de drogue, ainsi que son historique. L'illustration de la mise en place de cette politique dans le canton de Vaud a permis de faire une présentation des offres actuelles.

Les notions autour de l'évolution rapide de la société et de la complexité du travail des soignants dans ce secteur ont été soulignées.

Quant à *Isabelle Chaudet*, infirmière / Consultation de la rue Verte, à travers la présentation du réseau genevois, elle a permis de dégager les différences inter-cantoniales. Elle a, également, mis en avant les compétences du patient « à rebondir sur un filet de trampoline », image du réseau qui se doit d'être ferme et souple en même temps. Filet qui devrait également permettre au patient de faire un dernier bond « pour un adieu aux soins ».

Pour ne citer que les différences majeures, on peut retenir que la géographie des cantons, ainsi que les volontés politiques se traduisent directement sur le dispositif mis en place. A Genève, canton-ville, l'accent a, entre autres, été mis sur le secteur « réduction des risques » : programme de prescription médicalisée d'héroïne et espace d'accueil avec possibilité d'injection. Tandis que dans le canton de Vaud, des centres d'accueil à seuil bas ont vu le jour depuis 1996. La question d'un local d'injection est en discussion à Lausanne et le projet de prescription d'héroïne est abandonné pour le moment.

Thierry Musset, infirmier clinicien/HUG, dans son exposé autour de la réduction des risques et du soin, a bousculé les représentations et les schémas de pensées habituels. Il a amené l'assemblée à « désapprendre ce qui a été appris » et a intégré les notions de tolérance, audace et créativité. A travers l'approche

infirmière pragmatique qu'il a développée dans son travail, il a montré combien il est important de connaître les diverses pratiques des consommateurs en matière d'injection. En effet, comment apporter soins et messages de prévention auprès du consommateur si les professionnels ne connaissent pas les usages ?

Quant à *Frédéric Dorogi*, infirmier responsable/La Calypso, il a permis de réfléchir à la question du sevrage comme un processus dynamique nécessitant la prise en compte des différents paramètres de l'évolution du patient et du principe du « pas à pas ». Il a présenté les divers types de sevrages proposés à La Calypso et a démontré la pertinence des offres individualisées. En effet, depuis quelque temps, il est possible de proposer des sevrages de produits bien spécifiques, tout en maintenant, par exemple une cure de méthadone pour ceux qui le désirent. Des informations au sujet du sevrage ultra-court aux opiacés, spécificité de La Calypso, ont complété son exposé.

En clôture de cette matinée, *Pierre El-Korh*, directeur des soins infirmiers / hôpital de Prangins, a développé la notion d'espace thérapeutique, dans lequel, l'empathie, la chaleur humaine et l'authenticité sont au cœur de la relation soignant-soigné. Il a amené les auditeurs à une réflexion majeure concernant le travail infirmier « comment peut-on faire pour contourner nos propres barrages et « aimer » les patients ? »

Six ateliers se sont déroulés après le repas de midi. Une restitution du travail des groupes s'est déroulée en plénière.

En permettant de mettre en perspectives les diverses pratiques infirmières, les ateliers ont été des

moments relevés comme significatifs par les participants.

1) Cocaïne : état des lieux

Animé par Baudet Florence (Le Seran, Ge) et Romanens Danièle (Centre St.-Martin, Lausanne)

La consommation de ce produit est en augmentation et pose problème. La richesse du partage autour des pratiques professionnelles a permis de prendre connaissance d'informations autour du produit lui-même et des pistes d'interventions qui peuvent se dégager.

2) La toxicomanie : une folie ?

Animé par Kaye Bart (Le Seran, Ge), Isabelle Longagna (SEFOS, Ge) et Guggisberg Katarina, Maksutaj Rifat (Cery, Prilly)

Ou comment apporter des soins aux consommateurs présentant des troubles psychiatriques ?

La même vignette clinique a été présentée sous deux formes différentes et les réponses

apportées par les participants n'ont pas été semblables.

Cette démarche a permis de souligner que les réponses apportées par les soignants dépendent des représentations qu'ils ont au sujet du patient. Le travail (attitude du soignant, type de soins proposés, etc) se module donc en fonction des projections des uns sur les autres.

La prise en considération de la dimension émotionnelle du soignant a été relevée comme élément important.

3) La prévention de la rechute : utiliser la rechute comme opportunité ?

Animé par Deline Didier (Villa les Crêts, Ge) et Nazery Javad (La Calypso, Prilly)

U

L'atelier a abordé les notions de plaisir et de souffrance.

Une présentation des techniques de thérapie comportementale a permis de mieux saisir ce type d'offre et de pouvoir l'envisager dans sa pratique, tant en individuel qu'en groupe.

4). Etre mère et toxicomane ? Oui, mais quel accompagnement infirmier ?

Animé par Catalayud Marie-Ange (Centre St.-Martin, Lausanne) et Gackière Joëlle

(Consultation de la rue Verte, Ge)

Ou comment permettre à la mère de vivre cette nouvelle étape (pour elle et son entourage) dans le respect et la dignité ? Et comment les soignants sont-ils amenés à s'interroger sur leurs propres valeurs ?

Les questions autour de la position du soignant et de la difficulté à accompagner ont été débattues. Proximité, transparence, responsabilité et conséquences sont des mots clés.

5). Corps ami-corps ennemi

Animé par Perrin Brigitte (Consultation de la rue Verte, Ge), Frobert Laurent (Consultation de la Navigation, Ge) et Wutrich Corinne (Prison de la Croisée, VD)

Ou comment les soignants peuvent-ils susciter « quelque chose » autour du corps ?

Un corps qui a souffert, un corps qui souffre encore...

Cet atelier a permis de mettre l'accent sur l'importance de la prise en compte des aspects liés au corps et de mieux faire connaître ce type de démarches complétant l'accompagnement de personnes toxicodépendantes. Une nouvelle facette de la profession infirmière a ainsi été démontrée.

6. Réduction des risques

Animé par Mischler Vincent (Zone Bleue, Yverdon) et Berthet Chantal (Quai 9, Ge)

Etre face et/ou à côté de l'utilisateur pendant sa période de consommation ? Qu'est-ce que le soin dans ce type d'approche ?

Et comment le soignant peut-il aborder la question des soins auprès des personnes en période de consommation ?

Ce moment a permis d'aborder concrètement la question de l'utilisation des produits. Thème qui bouscule, le soignant étant amené à partager ses connaissances (utilisation du matériel, technique d'injection,...) avec des consommateurs qui vont utiliser les compétences acquises pour leurs propres injections.

Conclusion

Pour clore cette première rencontre infirmière, une évaluation a été demandée aux participants. Les lignes suivantes peuvent être dégagées.

Dans une très large majorité, la journée a répondu aux attentes des participants. Tous ont indiqué un souhait de voir cette démarche se poursuivre et la recommanderaient à leurs collègues. Les possibilités d'échange ont été largement appréciées, il a été suggéré de les étendre à un niveau plus large, soit en Suisse, voire au niveau international.

Il a été souligné l'importance de pouvoir débattre des pratiques infirmières et de leur conception. En effet, la collaboration inter-disciplinaire amène les soignants à développer des pratiques professionnelles au sein d'équipes constituées de multiples partenaires (éducateurs, assistants sociaux et autres). L'aspect de l'identité et du rôle des soignants sont des thèmes demandant encore développement.

Le bilan de cette première journée est donc très positif : large palette de thèmes abordée, questions percutantes, réflexions sur la profession infirmière ainsi que de nombreux liens établis entre les participants.

Perspectives

Les propositions formulées par les participants dans le cadre de l'évaluation sont riches : programme de prescription d'héroïne, toxicomanie et gériatrie, parents toxicodépendants d'adolescents, soins en milieu carcéral. La richesse de ces propositions nous permet d'imaginer une suite.

Et pour terminer,

nous remercions toutes les personnes investies dans ce projet, ainsi que Wyeth, le DUPA et les HUG qui ont permis la réalisation de cette journée !

Congrès du SIDIEF

(secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone),

Montpellier, 25 – 29 mai 2003.

« **La passion du soin au défi d'une plus grande humanité** ».

J.Pedroletti. Infirmier spécialiste clinique.

Impossible de rendre compte d'un congrès qui regroupait 1200 congressistes venus de 15 pays différents. Certes les interventions attendues des ténors de cette association ne présageaient pas de surprises dans leurs exposés de ce que nous pourrions nommer avec un respect pour cette longue tradition, mêlé d'un peu d'humour toutefois, une

« théologie du soin » ; de l'irréductibilité de l'être humain aux différents paramètres scientifiques, ils faisaient découler logiquement un rôle soignant qui déborde largement de la technicité pour se définir comme une mission de recherche « d'une plus grande humanité ». Une certaine tradition française s'était vantée au moment du premier choc pétrolier d'avoir des idées à défaut d'essence, il semble que là au contraire, les idées naissent sur le terreau d'une essence de l'humain. La pénurie de la source énergétique, avait débouché sur le tout nucléaire et la seconde, issue d'un humanisme des Lumières avait introduit, pour le bonheur des peuples, un eugénisme, décliné sous des formes les plus diverses (stérilisation, colonialisme, etc.) dont nous aurions bien du mal actuellement à en défendre la thèse. La francophonie a quelques soucis à se faire sur sa représentation de l'humanité, y compris dans sa confrontation avec d'autres représentations, et cette question n'émergea pas lors des conférences ou des débats. Toutefois l'emphase des termes choisis dans l'intitulé du congrès disait assez bien les ambitions des organisateurs, qui ont reçu, est-il utile de le préciser, un accueil plus que chaleureux.

Parler des personnalités invités, Diane Lavallée, Boris Cyrulnik et Albert Jacquard, qui dans leurs domaines de compétence ont su captiver une assistance, la première en décrivant son parcours syndical de défense des revendications des infirmières au Québec, le second sur le thème des résilients (du fœtus au vieillard), le troisième sur une différenciation scientifique de l'animal et de l'humain, rappelant que la découverte de l'ADN en 1953 nous rapprochait inéluctablement du monde animal et inscrivant paradoxalement alors les subtilités de la parole comme vecteur

d'un changement d'échelle entre l'animal et l'humain.

Parler des « étrangers » invités, Awa Marie Coll Seck du Sénégal et Elie Aaraj du Liban, pour nous entendre raconter des histoires dans lesquelles le soin infirmier doit faire face sans moyens à la pandémie du paludisme pour la première et à la reconstruction d'un pays sortant d'une guerre civile de 17 ans pour le second. Positions particulières dans ce congrès puisque nous ne voyions pas là comment la quête de « plus grande humanité », souhait des congressistes, trouvait des voies de collaboration avec ces interlocuteurs. L'humanisme affirmé a parfois des difficultés à définir des politiques de santé qui le mettent en porte à faux avec sa non-violence viscérale. Débat récurrent dans les nombreuses ONG présentent sur le terrain.

Parler encore de l'après-midi exclusivement consacrée à des interventions d'étudiants, nombreux dans ce congrès, à la fois comme ouverture indispensable aux soignants de demain et comme risque de les voir réagir en miroir de l'admiration qu'ils ont pour leurs aînés. Gestion paradoxale des apprentissages dont il faut pourtant préserver leur capacité à faire la place aux questions de l'apprenti.

Parler des séances parallèles, 54, orientées dans toutes les directions du vécu infirmier, particulièrement dans les projets cliniques et l'enseignement. Nous ne pouvions en suivre que trois et donc il serait présomptueux d'en dresser un tableau synoptique.

Parler alors de l'intérêt plus personnel trouvé lors des trois séances parallèles que j'ai pu suivre après que le choix d'une plutôt que les autres se soit révélé délicat.

Pour la première, dirigée par Hélène Clavet de Robert Giffard au Québec, il s'agissait essentiellement de

programmes adaptés aux besoins des clientèles et des familles,. Sans détailler chacune des cinq interventions, elles relevaient du souci d'associer les proches. La plus innovante était celle qui racontait la mise en place d'une offre pour les enfants des patients souffrant de troubles psychiques, chantier conduit à Jean Talon à Montréal. Expérience qui se mène en dehors des horaires scolaires sur 8 à 9 rencontres et qui vise à revaloriser la fonction parentale. La seconde était orientée vers l'histoire sous la direction de Denise Francillon, archiviste et historienne de La Source à Lausanne. On a pu se rendre compte de l'éclatement des recherches, de Valérie de Gasparin, fondatrice de La Source, aux premiers laïcs soignants dans le milieu du XVIIème à Fribourg, de la muséographie des soins infirmiers à l'origine de la pédiatrie ; j'y abordais les conditions particulières de la recherche historique en soins infirmiers psychiatriques (manque d'archives, témoignages difficiles à traiter, contexte d'extinction des écoles, etc.).

La troisième, sous la responsabilité de Myriam Vaucher, directrice des soins dans le département de psychiatrie des hôpitaux universitaires genevois, dépeignait surtout, à travers des projets multiples (contention, chambre fermée, agressions contre les soignants, soutien psychologique aux soignants, approche novatrice auprès des patients déments et module d'intégration des nouveaux soignants), la vitalité d'une équipe de cadres infirmiers, capable de partager leurs savoirs, de les mettre en synergie, sans omettre une capacité d'émotion et ainsi de construire une clinique à la pointe des exigences contemporaines en matière de droit des patients, de formation, d'innovation clinique. L'intérêt étant alors de savoir combien de temps faut-il à une équipe pour

arriver à ce niveau dynamique d'ouverture et de cohésion ? Au vu des expériences de chacun des intervenants, nous pouvons répondre qu'il s'agit d'une dizaine d'années ce qui dit quelque chose des paris à faire pour l'avenir d'une institution.

La conclusion du congrès était orientée vers les questions managériales et de recherche, imagées pour les premières par Odette Plante-Marot, direction-conseil en soins infirmiers au ministère de la santé et des services sociaux à Montréal, qui, dans une topique binaire, opposait le technocrate au gestionnaire-artiste pour conclure qu'il devait y avoir de l'humain dans la gestion ; pour les secondes, Ljiljana Jovic, directrices des soins à l'hôpital Henri Mondor à Paris, les déclina selon trois savoirs, académique (école), ordinaire (apprentissage, croyance, représentation), d'action (learning by doing), pour mieux souligner à la fois leur complexité et leur nécessité pour les infirmiers.

Sans connaissance particulière des influences respectives des différentes organisations représentatives des infirmières, il est difficile de se faire une idée générale sur l'impact d'un tel congrès, y compris dans sa dimension francophone qui supposait la mise en place d'un pôle alternatif au monde des soins anglo-saxons.

Il n'empêche qu'indépendamment de ces éléments, toute réunion alimente la réflexion, introduit de nouvelles collaborations, ouvre des perspectives inattendues et celle-là était riche de toutes ces potentialités.

PS : Pour celles et ceux que ce résumé laisserait insatisfaits, ils peuvent utilement consulter le site : www.sylvae.com/sidiief.

L' E c r i t

Informations

Yves Dorogi, infirmier spécialiste clinique en psychiatrie de liaison dans le département de psychiatrie du CHUV, signe un article, Comment gérer l'insoutenable, sur les soins aux grands brûlés, dans la revue *Soins infirmiers* de juin 2003, pp.43-45.

L'équipe responsable de la recherche sur l'agressivité au sein du service infirmier du DUPA, composée de Jean-Michel Kaision, Didier Camus, Yves Cossy, Lucile Singy et Estelle Camusat, a présenté son travail lors du congrès de la Conférence internationale des infirmières (CII) à Genève les 27-28-29 juin 2003. L'Ecrit reviendra plus tard sur le contenu de cette intervention très bien accueillie.

Didier Camus fera la présentation de cette même recherche à Londres dans le cadre du 3^{ème} congrès européen dont le thème est la violence dans la clinique psychiatrique, les 3-4-5 juillet 2003. Là encore nous reviendrons sur cette initiative.



DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE
DE PSYCHIATRIE ADULTE

HOSPICES CANTONAUX /
ETAT DE VAUD

Responsable de la publication: service de soins infirmiers
Site de Cery – 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.hospvd.ch/public/psy/bpul/>