

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



Soins infirmiers ambulatoires en toxico-dépendance : le Centre Saint-Martin

Sommaire

Thierry Musset, infirmier spécialiste clinique en toxico-dépendance aux HUG, *éditorial.*

Danielle Romanens, ICUS au Centre St Martin, *présentation.*

Diane Schmidt, première infirmière au Centre St Martin,, *le rôle infirmier au Centre.*

Anne Freymond, infirmière au Centre St Martin, *dispensation des traitements.*

Marie-Ange Calatayud, infirmière au Centre St Martin, *la liaison avec la maternité du CHUV.*

Pascal Coppey, infirmier au Centre St Martin, *le groupe sport.*

Pascale Ferrari, infirmière à l'AOC, *réflexions transverses Centre St Martin - hôpital psychiatrique.*

Travail de réseau dans la prise en soins de patients, usagers de drogues : en finir avec la force centrifuge

Le mercredi 6 mars 2002, l'équipe infirmière de la Division d'Abus de Substances de Lausanne présentait à leurs collègues de l'hôpital de Cery l'activité du Centre St-Martin et les soins prodigués aux patients usagers de drogues

De ces différentes présentations, je retiendrai trois mots-clés :

- la coordination
- la notion de fil rouge
- la notion de partenariat thérapeutique



Les usagers de drogues, ont, entre autres, la particularité de fréquenter beaucoup d'institutions dans le champ du soin, du social, du pénal et laissent, selon la formule de P. El Kohr « un peu de leur histoire dans chacune de ces institutions ».

A titre d'exemple, nous recevons à l'hôpital cantonal de Genève, environ 250 patients usagers de drogues par année ; 70% d'entre eux sont déjà suivis, principalement pour des traitements de méthadone dans les institutions spécialisées où chez des médecins de ville. Ces patients ont donc dans la plupart des cas un lien thérapeutique déjà établi au moment de leur hospitalisation. Comme le soulignait une des intervenantes du Centre St-Martin, on ne peut pas travailler seul avec des patients usagers de drogues. Développer des liens avec les partenaires des institutions spécialisées et apprendre à travailler en réseau augmentent d'une part la pertinence et l'efficacité des soins et d'autre part, évitent le morcellement du patient en cas d'hospitalisation.

L'hospitalisation d'un patient, consommateur de drogues, en milieu somatique ou psychiatrique ne devrait jamais faire coupure avec le référent ou l'institution où est suivi ce patient. Ces personnes sont souvent rassurées de percevoir une cohérence dans l'approche qui leur est proposée, et surtout de savoir que le fil rouge, parfois ténu, qui les relie au réseau de soins sera maintenu pendant l'hospitalisation. Il convient de garder à l'esprit que la question de la séparation est souvent délicate dans la problématique des usagers de drogues.

Par ailleurs, ces patients sont dans la majorité des cas au bénéfice d'un traitement de substitution au moment de l'hospitalisation. Ces traitements sont fortement investis par les patients, puisque la crainte principale des usagers de drogues est d'être « laissé en manque » en cas d'hospitalisation. Un contact avec le référent du patient est donc indispensable dès le premier jour de l'hospitalisation.

Communiquer avec le réseau en charge du patient est aussi profitable pour les soignants de l'hôpital. D'une part, les informations significatives sont transmises rapidement (problèmes de soins en cours, objectifs de soins) et permettent d'autre part, de modifier les représentations souvent négatives des soignants par rapport aux usagers de drogues. Force est de constater que l'image du « mauvais patient » est encore bien présente dans l'esprit des soignants, que ce soit dans le milieu des soins généraux ou de la psychiatrie (...voleur, manipulateur, clivant les équipes...). Bien sûr, certains patients usagers de drogues, surtout les plus marginalisés, peuvent avoir un comportement difficile, ou pour le moins inhabituel ; l'échange avec les partenaires de soins du réseau permettra en tous cas de se sentir moins seul dans la prise en soins, et par exemple, de faire intervenir le soignant référent en cas de difficulté majeure.

Depuis huit ans, l'hôpital cantonal de Genève a mis en place un poste infirmier spécialisé clinique en toxicodépendance ; ainsi, c'est un peu le réseau de soins pour les usagers de drogue qui est entré à l'hôpital. L'un des constats, est que les soignants du terrain « exposés » à ces patients peuvent modifier leurs représentations s'ils sont accompagnés lors de ces prises en soins. Ainsi, nous avons vu des infirmières en soins généraux s'impliquer activement au point de demander leur transfert dans nos programmes de méthadone ou en unité de sevrage. Les infirmières en formation de spécialisation en soins d'urgence effectuent dorénavant un stage dans le bus d'échange de seringue ; la plupart d'entre elles disent ainsi être plus à l'aise dans l'accueil des usagers de drogues aux urgences.

A la fin de la rencontre avec nos collègues de l'hôpital de Cery, une des soignantes de la Division d'Abus de Substances de Lausanne faisait un certain nombre de propositions pour améliorer le travail de réseau en cas d'hospitalisation de patients usagers de drogues. Faute de temps, ces propositions n'ont pas pu être discutées lors de la matinée du 6 mars. Gageons que ces propositions ne resteront pas lettre morte, et qu'à l'avenir, les soignants du secteur spécialisé seront davantage impliqués en cas d'hospitalisation d'un de leurs patients.



Th. Musset

Présentation

Introduction

Le Centre Saint-Martin s'est ouvert en septembre 1996 suite aux travaux de plusieurs commissions qui avaient étudié les besoins du réseau thérapeutique vaudois en matière de toxicodépendances. Il en était ressorti qu'il y avait un manque important pour l'accueil de patients toxicodépendants les plus démunis, incapables de faire appel aux institutions médicales et sociales ordinaires.

Division d'abus de substances
Collège académique
Conseil de direction

Centre de traitement en alcoologie (DUMSC)
Unité de toxicodépendance (DUPA)

- Clinique d'alcoologie (Tamaris)
* Centre Saint-Martin
- Consultations d'alcoologie
* La Calypso
PMU / DUPA / CHUV
* PPMT

PPMT= Programme de perfectionnement des médecins dans le domaine de la toxicodépendance

Missions

- ACCUEIL** : mission prioritaire. Elle permet une offre de soins intégrés et coordonnés pour les besoins multiples des patients qui présentent une polymorbidité médico-psycho-sociale et offre aux patients une plaque tournante reliée à l'ensemble du réseau médico-social cantonal.
- ORIENTATION** : mission essentielle. Quel traitement pour quel patient, à quel moment de son évolution ? Etant entendu que le Centre St-Martin ne peut et ne doit traiter tous les patients toxicodépendants de la région. Le Centre doit veiller à assurer, dans le cadre de l'accueil, une évaluation primaire.

- TRAITEMENT AMBULATOIRE** : le traitement est réservé aux cas les plus urgents et les plus difficiles selon les critères d'urgences et de complémentarité avec l'offre du réseau thérapeutique.

- RECHERCHE/ENSEIGNEMENT** : Le Centre St-Martin développe un enseignement et une formation spécifique sur les toxicodépendances aux différentes professions concernées.

Fonctionnement

Le Centre Saint-Martin est ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 et le samedi de 9h00 à 12h00. Le Centre est fondé sur le travail en interdisciplinarité et se compose de 6 corps de métiers différents : médecin psychiatres et somaticiens, psychologue, infirmiers, équipe socio-éducative et secrétariat.

Tous les jours de 14h45 à 17h00, il y a une permanence pour les « nouveaux cas ». Toutes les situations accueillies sont discutées le lundi matin au colloque interdisciplinaire, pour la suite à donner (orientation ou traitement au Centre)

Critères d'urgence

Femmes enceintes.

Parents d'enfants en bas âge à charge.

Sorties de prison.

Sorties du CHUV.

Adolescents à risques, en collaboration avec le SUPEA.

Comorbidité psychiatrique rendant momentanément le traitement impossible ailleurs.

Réduction des risques : procurer aux patients qui ne sont pas capables d'accéder au système socio-sanitaire des ressources visant à protéger leur vie.

RAP (Rapid Addiction Profile)

Grille d'évaluation qui permet de se faire une idée de la situation globale du patient.

- a) dimension somatique : état général, infections, etc...
- b) dimension psychiatrique : comorbidité, dangerosité
- c) dimension motivationnelle : mécanismes de défenses, discours intérieur, motivations
- d) dimension crise : pourquoi le patient consulte-t-il maintenant ?
- e) dimension ressources : quelles sont les zones saines sur lesquelles s'appuyer ?

Le RAP est également une échelle de gravité allant de peu ou pas d'investigation (no1), aux situations très précaires et marginalisées (no4).

Programmes différenciés

En automne 2001, tous les cadres du Centre ont créé 4 programmes différenciés afin d'offrir des niveaux de soins adaptés aux patients

Ci-dessous les résumés de ces programmes :

- 1) Programme « soutien » :
concerne la population la plus marginalisée et démunie. But principal: maintenir les patients dans le réseau de soins. Il n'y a pas d'exigence d'abstinence.
- 2) Programme « développement des ressources » :
concerne des patients comprenant de comorbidités psychiatriques qui consomment souvent des produits illicites dans une finalité d'automédication. But principal: augmenter le degré de participation à leur traitement et répondre au problème principal de passivation ou de chronicisation dans leur prise en charge.
- 3) Programme « motivationnel » :
concerne la majorité des patients du Centre (polytoxicodependants, peu ou pas motivés à entrer dans un processus de changement). But principal: travail d'information sur les mécanismes de la dépendance, accompagnement motivationnel.
- 4) Programme « autonomie » :

concerne les patients avancés dans leur traitement, ayant une bonne stabilisation sur le plan psychosocial. But principal: consolidation de l'abstinence en prévision d'une autonomie.

Projet

Durant l'année 2002, l'équipe interdisciplinaire va se pencher plus particulièrement sur les réponses thérapeutiques à donner au problème des consommations de plus en plus importantes de cocaïne.

D. Romanens

Présentation du rôle infirmier au Centre

Nous avons choisi de présenter ce rôle infirmier à travers un descriptif très concret des activités hebdomadaires, ceci afin que chacun puisse prendre connaissance de la spécificité de ces postes au sein d'un centre ambulatoire traitant de toxicodépendance.

Une première notion importante du travail infirmier au CSM (Centre St-Martin) est qu'il s'inscrit dans une interdisciplinarité et que l'on travaille sous délégation médicale. L'équipe du centre est composée de médecins psychiatres et somaticiens, de psychologues, d'un service socio-éducatif, d'infirmiers et d'un secrétariat qui fait aussi office d'accueil.

L'équipe du centre travaille sur un modèle de référent et chaque collaborateur à l'équivalent de vingt à vingt-cinq patients pour un 100%, à charge. Chacun a dans sa file active des prises en charge se référant à l'ensemble des quatre programmes décrits ci-dessus. Ce qui n'empêche pas que certaines compétences ou affinités particulières avec l'application de tel ou tel type de programme puissent apparaître chez chacun des différents collaborateurs. Ceci principalement en ce qui concerne le programme soutien où nous privilégions un esprit d'équipe composée de représentants médicaux, socio-éducatifs et infirmiers. La création d'un team permet de favoriser la disponibilité nécessaire pour répondre aux besoins d'une population peu stabilisée où la

notion de crise est quasi permanente (personne présentant une toxicodépendance active et souvent un réseau socio-médical précaire).

Les quatre programmes font appel à des niveaux propres à chacun, à des actions thérapeutiques et préventives auxquelles l'infirmier participe de manière active.

Les patients suivent pour la plupart une cure de Méthadone mais quel que soit le traitement qui les amène à fréquenter le Centre, ils sont régulièrement vus par les référents (le rythme des rencontres pouvant varier entre plusieurs fois par jour et semaine pour des situations de crises au début de traitement, à deux ou trois fois par mois pour des personnes stabilisées). Ces entretiens occupent une part importante du travail quotidien de tous collaborateurs au Centre.

Suivre un patient toxicodépendant en ambulatoire sous-entend aussi une bonne connaissance de l'ensemble du réseau romand et une collaboration active avec ce dernier. Des rencontres au Centre ou des déplacements sont régulièrement nécessaires pour aller à la rencontre des différents intervenants qui gravitent autour d'un patient ou simplement pour le suivre tout au long de son parcours de vie (hospitalisation, résidentiel, incarcération...). Cet aspect du travail comprend la gestion du dossier ainsi que les comptes rendus sur l'évolution du suivi.

L'infirmier peut parfois être amené à pratiquer des soins de type pansements, injections ou autres soins techniques mais ceci ne constitue de loin pas l'essentiel de son travail quotidien. Par contre par sa spécificité en toxicodépendance et sa sensibilité aux problèmes de santé, ce dernier est fréquemment amené à évaluer des situations soit pour éclairer la pertinence d'un avis médical ou plus particulièrement en tant que personne ressource pour les autres professionnels du Centre.

Une autre particularité de l'équipe infirmière est d'assurer la dispensation des traitements quotidiens. Le local de pharmacie est ouvert

l'équivalent de 3h30/j réparti en trois tranches horaires sur la journée. Cette activité inclut bien évidemment la gestion de la pharmacie et des stupéfiants ainsi que la préparation des médicaments (semainiers).

Ce volet du travail infirmier comprend aussi des aspects de coordination des pratiques et de formation auprès des différents corps de métiers étant donné que chaque référent du Centre issu ou non du monde médical ou paramédical est amené à assurer la gestion des cardex ainsi que parfois à dispenser des traitements, suite à un entretien ou à une visite médicale en dehors des heures de dispensation.

Chaque semaine est ponctuée de rendez-vous fixes tels que le colloque interdisciplinaire du lundi matin qui réunit l'ensemble de l'équipe ou encore le colloque infirmier du mardi matin. Chaque infirmier participe aussi à un tournus de permanence notamment pour recevoir et évaluer les nouveaux cas à qui nous consacrons deux heures par jour. Chacun des membres de l'équipe assure deux après-midi par mois à cet accueil et chaque situation est ensuite présentée à l'ensemble de l'équipe lors du colloque du lundi matin. La personne est ainsi revue par le même intervenant qui lui transmettra le plan de soins élaboré qui paraît le mieux répondre à ses besoins.

Les options possibles varient entre la pertinence de prendre la situation au Centre et si oui par quel intervenant et dans quels objectifs de prise en charge ou une réorientation sur le réseau, démarche que nous nous proposons toujours de faire avec la personne de manière à optimiser la liaison.

Nous assurons aussi des permanences dites de « salle d'attente ». En effet une présence au sein même de ce lieu nous a paru essentielle pour gérer l'affluence des patients en lien avec les heures de dispensations des traitements. Bien que l'équipe socio-éducative en assume une grande partie des tranches, chaque corps de métiers, y compris les cadres du Centre, y participe.

Bien que les différents postes de liaison vont être développés par la suite, il est effectivement important de signaler cette activité qui fait partie intégrante du rôle de certains infirmiers du Centre.

En effet, la liaison avec la Maternité du CHUV, le CHUV, ainsi que celle avec les prisons sont assurées par des membres de l'équipe infirmière. De plus, un infirmier travaille un certain pourcentage au Centre et l'autre dans l'Association Sport'ouverte, il assure donc le lien entre ces deux activités professionnelles.

Nous mettons en exergue pour clore ce chapitre, notre dernière particularité par rapport à l'ensemble de l'équipe qui est celle d'assurer les permanences du samedi matin avec un médecin, chacun à tour de rôle. Ce moment est réservé à la dispensation des traitements et à l'accueil de l'urgence.

Diane Schmidt

Dispensation des traitements

Une part importante du travail de l'équipe infirmière est la dispensation des traitements, la gestion et l'organisation de la pharmacie.

Sur une semaine, il y a 16 tranches horaires, consacrées à la remise des traitements dont 3 heures le samedi matin, piquet assuré par un médecin et un infirmier. Chaque infirmier assure de 2 à 5 tranches horaires par semaine. Sur une journée, 3h30 sont réparties le matin (9h-10h) - midi (12h-13h15) - soir (17h30-18h45).

File active du local de traitement

- file active globale -> 130 dossiers
- file active journalière -> ~ 70 patients
- file active hebdomadaire -> ~330 à 370 passages
- temps à disposition -> ~3minutes par patient

Chaque cardex est tenu par les référents ; il sert à l'inscription du cadre (nombres de passage /sem. - prise du tt sur place ou à emporter - degré de souplesse si le patient

travaille par ex. ...). Les informations destinées aux patients lui sont transmises par le référent (rendez-vous...).

la nature des traitements est :

- Méthadone
- Buprénorphine
- Anti-dépresseurs
- Benzodiazépines
- Neuroleptiques
- Tri-thérapies
- médications somatiques, antalgie.

Observation et suivi

La dispensation des traitements est le moment et le lieu de rencontre d'une grande partie de la clientèle, notamment des personnes les plus en difficulté. Il est donc essentiel d'observer ces personnes, d'évaluer le degré de crise ou d'urgence et d'agir en conséquence.

Ce moment demande une grande vigilance et une concentration accrue, dans le respect du cadre défini par chaque référent. Il est important d'observer la présentation, le comportement verbal et non-verbal du patient. Si la situation demande une réponse immédiate, nous appelons le référent ou un médecin (permanence salle - d'attente). Si la réponse peut être différée nous la transmettons par écrit aux référents ainsi que les événements significatifs afin d'assurer une bonne coordination pour le suivi du patient.

Les objets d'observations essentiels :

- **état physique**, comportement, poids, peau,
- **état psychologique**, état de conscience, cohérence du discours, contenu des messages, humeur, réactivité, suicidalité,
- **respect du traitement** médicamenteux , consignes du cadre,
- **effets de la médication.**

Permanence «salle d'attente»

Depuis six mois, nous constatons une progression importante des passages journaliers pour les prises de traitement. Cette tendance peut s'expliquer par une augmentation de

situations précaires qui ne permet pas d'orienter le patient vers une pharmacie.

Le nombre de passages par tranche horaire rend difficile la gestion des demandes particulières, les négociations, ainsi que la confrontation au cadre. Sur une période d'essai, l'équipe pluridisciplinaire se partage une permanence salle - d'attente durant la dispensation des traitements, essentiellement les lundi - mercredi - vendredi matin et soir.

Toutes les demandes particulières : vomissement de la MTD - recevoir le traitement pour plusieurs jours - remplacement ... sont négociées par la personne de permanence, qui fera elle le lien avec un médecin ou le référent si nécessaire.

Un protocole de réserve permet à l'infirmier d'évaluer la nécessité de donner une médication lors de problèmes somatiques. Par la suite le patient devra être vu par un médecin pour évaluer la continuité d'un traitement et d'une prescription médicale.

La personne de permanence répond à d'autres besoins : la qualité de l'ambiance, une diminution de la violence verbale ou non, une plus grande fluidité. Cette présence permet une meilleure régulation des rapports interpersonnels des patients, le rappel du règlement et elle a un impact sur les risques de trafics à la salle - d'attente.

Une évaluation de cette permanence est programmée pour la fin mars et le début avril 2002, à travers une enquête auprès des patients.

Anne Freymond

Infirmière de liaison avec la maternité du CHUV

Le poste de liaison - maternité s'est créé en 1998 avec la mise en place au CHUV d'un colloque de liaison-prévention maternité.

La toxicomanie n'est pas un argument suffisant pour interrompre une grossesse, surtout si elle est désirée.

Plus que pour un homme, le parcours d'une femme est marqué par des étapes :

- puberté
- grossesse
- maternité
- ménopause (vieillesse)

Chez la femme toxicodépendante, le vécu corporel et psychologique « au féminin est lié à une expérience traumatique », particulière de la violence, de l'abus, de la dépendance, du rapport à l'aide, à l'autorité.

La maternité est alors investie comme le « dernier bastion de l'estime de soi », ce qui est un levier de guérison pour certaines en même temps qu'un point crucial de conflit avec les institutions publiques.

La perception des relations parents-enfants, s'est passablement modifiée ces dernières années.

La naissance d'un enfant dont la mère se trouve en phase de toxicomanie est encore perçue de façon particulièrement dramatique, avec la crainte pour la mère de se voir retirer la garde de son enfant.

Les professionnels ont des résistances multiples et se bardent face à l'émotion et à l'angoisse.

Alors : COMMENT FAIRE, COMMENT ETRE, COMMENT FAIRE CONFIANCE ? pour accompagner une femme enceinte avec un problème de toxicomanie dans ce projet de vie ?

On sait que la construction d'une identité est importante et la mobilisation psychique ne va se faire seulement avec une approche psychothérapique, mais aussi dans le cadre de rencontres interprofessionnelles.

L'élément essentiel qui permet au soignant de commencer la relation est : la MOTIVATION. Ensuite quel espace, quelle qualité de présence chaque intervenant va transmettre à la patiente

pour lui faire sentir que nous nous sentons concernés ?

Pour coordonner une telle prise en charge, un réseau mobile a été créé avec un certain nombre d'ambitions, (solidité et disponibilité) soutenues par l'identification d'un leader jusqu'au retour à domicile, Ce réseau mobile est symbolisé par une rencontre hebdomadaire qui a lieu chaque jeudi matin à la maternité : colloque liaison-prévention maternité.

Objectifs du colloque :

- dépistage,
- évaluation,
- prévention des situations de maltraitance ou de négligence à la maternité,
- Permettre une meilleure communication entre les intervenants et les services impliqués et donc une meilleure prise en charge avant, pendant et après la naissance.

Partenaires au colloque :

- service de pédiatrie,
- service de pédopsychiatrie,
- service de psychiatrie de liaison,
- assistantes sociales (maternité),
- service de néonatalogie,
- sages-femmes conseillères (maternité),
- gynécologues,
- Unité Médicalisée de Soins pour Adolescents (UMSA),
- service de puériculture (ville de Lausanne),
- ICUS sage-femme (service prénatal & postnatal),
- infirmière Centre St-Martin,
- autres services extérieurs : Service Protection de la Jeunesse SPJ, assistants sociaux de la ville de Lausanne, infirmières scolaires, Appartenance, toute personne présentant une situation à risque.

Canevas de présentation

Préciser la demande de celui qui présente :

- identité,
- données sur la grossesse,
- problématique (violence, toxicomanie, alcoolisme, psychiatrie, mineure),
- histoire de la patiente : psychosociale et médicale,

- histoire du géniteur,
- réseau familial,
- réseau professionnel en place, ou déjà antérieur à notre prise en charge,
- évaluation globale,
- propositions civiles, sociales, psychiatriques ou autres,
- constitutions du réseau définitif et définitions des missions de chacun.

Infirmière au Centre Saint-Martin

Elle a un rôle de liaison, de coordination et d'organisation avec le réseau dans la prise en charge d'une mère enceinte toxicodépendante.

Elle a un rôle de référent-lien auprès des équipes soignantes (maternité) afin de dispenser des soins infirmiers dans le domaine de la toxicodépendance et de la santé mentale à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution.

Elle offre ses connaissances et son appui au réseau local pour faciliter la continuité des soins.

Elle est un partenaire thérapeutique dans la prise en charge d'un patient : à titre individuel, de couple, de famille, de groupe et/ou en réseau.

Elle travaille sous la délégation de médecins responsables des traitements au sein de l'institution.

Marie-Ange Calatayud

Présentation du groupe sport

Présentation :

Mon activité s'organise ainsi :

80% au Centre St Martin (CSM) dont 20% pour le groupe sport

⇒ + 20% par Association Sport'ouverte

Historique : Le 1^{er} groupe organisé par «Fred Dorogi», se faisait en partant du CSM avec des journées de ski, marche et des camps.

Difficulté = difficile de motiver des patients en milieu ambulatoire et surtout d'avoir une régularité aux activités.

Fred Dorogi est devenu ICUS à la Calypso et j'ai repris le groupe il y a environ 2 ½ans ⇒ d'autres personnes qui avaient également un intérêt pour ce type d'activités ont permis la mise en commun de nos forces et a permis le développement d'une ASSOCIATION devenue indépendante, Sport'ouverte.

SP'o Saint-Martin
Entrée de secours
Fondation Mère Sofia
Point d'eau
Passage
Bétraï m
Pastorale de rue
Calypso

le développement de ce groupe a abouti à la mise en place d'un concept.

Sa richesse vient de la diversité des personnes travaillant à cheval entre certains de ces centres et l'association sportive.

SP'o Lieu d'accueil (Rue de Genève 95) et d'occupation ouvert à tous types de personnes en difficulté, en milieu ambulatoire visant la réinsertion sociale.

Activités proposées :

plus de 50 journées de sport se déroulant le week-end :

ski ; luge ; surf,
grimpe,
randonnée,
triathlon,

Des entraînements réguliers :

natation,
course à pied,
vélo,
football.

Différents camps (5-8 jours) :

ski,
montagne,
vélo,
centre sportif (volley ;
basket...)

En France (canoë ; course)

Les participants à ces camps ont des problèmes liés à la toxicomanie ou des troubles psychiques ; ils peuvent être étrangers et être encore des enfants. Nous accompagnons en moyenne dde 5 à 15 personnes mais cela peut aller d'un minimum d'1 à un maximum de 58.

Le rôle de l'intervenant est en partie un accompagnement social ou éducatif.

Nous demandons aux participants d'être ABSTINENT durant les activités (produits illicites + OH) ce qui demande une préparation importante notamment AVANT les camps ou nous voyons chaque participant pour un entretien individuel qui sert à :

expliquer le CADRE (CHARTE),

fixer ses objectifs personnels,
signer le contrat d'abstinence,
évaluer l'état de santé de la personne ⇒ peut-il participer ou non ?

ex. : Stéphane ⇒ patient polytoxicomane et OH++ voulant participer à un camp de ski = nous aurons besoin de x semaines de préparation avec un sevrage OH et un réajustement du TT. Tout cela conduit par son Docteur et son référent.

50% du bon déroulement d'un camp se fait à la préparation du camp

MAIS, comme nous demandons à ces personnes (polytoxicomanes) de se passer de toutes substances illicites et OH durant une semaine, il faut pouvoir le gérer car il y aura plus de stress et pas d'échappatoire.

La vie en groupe est souvent difficile pour eux et parfois angoissante.

Donc le premier moyen que nous utilisons pour gérer cette vie en commun est le BREAFIG qui est un moment de parole et d'échange. C'est un outil de gestion des conflits qui n'est pas toujours facile à manier car beaucoup ont

des difficultés à s'exprimer et parfois la tension est grande.

Mais c'est un moment important durant lequel nous aidons les participants à faire l'apprentissage de la vie en communauté.

Autres aspects plus spécifiques du rôle infirmier :

gestion de la médication (parfois fortement médicalisés),
gestion de la MTD,
pansements (abcès),
massages (certains n'ont plus fait d'activités depuis longtemps),
évaluer l'état de santé de la personne,
accidents ⇒ hospitalisation ou non.

SPORT : porte d'entrée à la relation à autrui, elle permet des moments d'échanges privilégiés avec une population en difficulté.

Tous ont fait du sport à un moment de leur vie : nous essayons de REACTIVER cet intérêt pour que cela devienne une RESSOURCE.

Pascal Coppey

Réflexions transverses entre St-Martin - Hôpital psychiatrique

Cette présentation découle directement des réflexions qu'a suscité mon statut particulier au CSM, à savoir celui d'infirmière exerçant en milieu hospitalier (AOC) effectuant un remplacement dans une structure de soins ambulatoires. C'est donc mon propre vécu qui alimente ce qui va suivre et que je vais tenter d'ouvrir à un débat plus large par le partage avec mes collègues et en m'aidant de ma formation, en cours, en santé communautaire. Mais peut-être qu'avant d'entrer dans le vif du sujet il serait bon de signaler que ce que je vais partager avec vous peut paraître évident, mais que, lorsqu'on y regarde de plus près et qu'on s'interroge, en prenant du recul, sur ce qui se passe réellement, on se rend compte que cela ne va pas forcément de soi pour tous.

1^{er} principe : tout « système humain » recèle une grande complexité.

1^{er} constat : les personnes présentant une problématique de toxicodépendance n'y échappent pas, au contraire. Ce qui revient également à rappeler qu'elles ne peuvent pas être identifiées selon leur seule problématique toxicomaniaque. Cela peut paraître d'une évidence criante mais ne l'est pas forcément lorsqu'on prend le temps de réfléchir à nos attitudes et contre-attitudes dans ces situations.

2^{ème} constat : tout patient toxicodépendant suivi en ambulatoire peut, à un moment donné ou un autre dans un contexte particulier, nécessiter/bénéficier d'une hospitalisation en milieu somatique et/ou psychiatrique. Pour l'exposé du jour et en tenant compte de mon expérience je ne m'attarderai que sur la dimension psychiatrique. (Il n'est, par ailleurs, pas anodin de rappeler ici que plus de 50% des patients suivis au CSM présentent une comorbidité psychiatrique.) Ceci signifie en clair que le patient va être confronté à deux logiques de soins différentes (hospitalière versus ambulatoire) découlant notamment de la réalité de ces lieux de soins. Or chacun d'eux présente un niveau d'autonomie et d'expertise qui lui est propre. Afin d'éviter un certain réductionnisme face à la complexité de la problématique du patient (qui devrait être au centre de nos préoccupations de soignants) ou une fragmentation de celle-ci, il devient donc indispensable d'articuler ces niveaux d'interventions et ces regards différents. Ainsi nos compétences deviennent complémentaires et non opposées. Le mot-clé s'intitule alors collaboration. Pour que celle-ci ait lieu il me paraît nécessaire, voire indispensable, de connaître et reconnaître la réalité de l'autre (j'entends par là les questions de logiques et d'approches différentes, du contexte de soin, mais également celle des compétences) d'une part, d'où l'importance des mercredis infirmiers présentant les différents sections afin de trouver un terrain d'entente (dans le sens d'un langage commun et pas forcément dans le sens d'être d'accord) et d'autre part d'avoir un espace pour partager un certain nombre

d'informations sur le patient lui-même, informations que je qualifierai de significatives ou pertinentes afin d'optimiser la prise en charge et la qualité des soins.

3^{ème} constat : Cet espace est informel et dépend de la bonne volonté et/ou de la conception du rôle de chacun. Ainsi la continuité des soins peut être mise en péril ce qui peut aboutir à une non-intégration de l'hospitalisation dans l'histoire de vie du patient ainsi que dans son suivi thérapeutique.

4^{ème} constat : L'histoire de vie des patients toxicodépendants est souvent faite de ruptures. Or, un des risques encourus par cette absence de liaison est celui, concret, de renforcer ce vécu de rupture et d'abandon du patient et donc d'annihiler une alternative dans sa manière d'être au monde. Un autre peut être, l'apparition d'à priori, de contre-attitudes envers ces patients mais également envers les collègues qui risquent alors d'occuper tout le champ de notre esprit et de nos émotions au détriment du patient lui-même.

5^{ème} constat : De façon générale, on ne profite pas assez de l'expertise de chacun qui permettrait d'enrichir notre offre en soins.

Au regard de ces divers constats dont la liste n'est pas exhaustive, j'ouvre la discussion au travers de quelques propositions. Mais là encore ce n'est qu'au travers d'un partage et d'un échange incluant les besoins et attentes de chacun que l'on pourrait améliorer le futur de la collaboration CSM-hôpital de Cery.

Propositions:

- créer un poste d'infirmier/ère de liaison comme il en existe pour d'autres services (prison, maternité),

- créer un support de transmission écrit centré sur les informations pertinentes, encore faut-il s'entendre là-dessus,
- systématiser un entretien de réseau et/ou de bilan,
- créer une fiche de liaison de référence sur la « conduite » à tenir lors de l'hospitalisation d'un patient toxicodépendant, p.ex contact tél. entre référents (selon le fonctionnement du CSM, cela implique tous les corps de métier),
- sensibiliser tous les intervenants à la problématique de la toxicodépendance de façon générale
- désigner un référent par service garant de la prise en charge des patients toxicodépendants (qui par exemple passerait une journée d'observation. au CSM et participerait à un de nos colloques pluridisciplinaires).

Une chose me paraît néanmoins primordiale, c'est de ne pas limiter cette démarche de liaison à une intervention médicale. En effet ce sont nous, les infirmiers, qui sommes confrontés au patients 24h/24h à l'hôpital et qui devons gérer ces situations et ces vécus souvent difficiles au quotidien, à nous de saisir cette occasion !!!

Pascale Ferrari

L'Ecrit est disponible on-line sur le site de la bibliothèque :
www.hospvd.ch/public/psy/bpul
