

Juin 2000

Numéro 31

# L'Ecrit

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

---

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

---

## Le service des soins infirmiers de la section « E. Minkowski » en travail

---

### Sommaire

**Jacques Chapuis**, directeur de l'école de soins infirmiers de Bois-Cerf, **éditorial**.

**Roland Philippoz**, infirmier responsable de la section «E. Minkowski», **introduction et perspectives**.

**Alain Lecheren**, ICUS de la division Aster, **Yves Cossy**, ICUS de la division Azur, **un parcours difficile**.

**Jean Philippe Altermatt**, **Hasan Berbati**, **Maurice Tisserand**, infirmiers de la section, **les contrats de soins**.

**Tarja Koivula**, **Monique Varrin**, infirmières de la section, **les groupes de patients**.

### Editorial

De la présentation de la section «E. Minkowski» du 3 mai dernier, je retiendrai quelques éléments prégnants. Tout d'abord, la co-animation assurée par les praticiens de la section renforce l'idée qu'après la crise suscitée par un changement hiérarchiquement décrété, l'équipe soignante s'est maintenant appropriée le projet. Doutes et résistances font place à une redéfinition du rôle professionnel, celui-ci s'étoffant peu à peu d'après les participants.

La volonté affichée de travailler en interdisciplinarité interroge nécessairement la pratique infirmière afin

d'en dégager progressivement les spécificités et les limites disciplinaires. Cet effort est actuellement incontournable dès lors qu'il est question de se définir en tant que prestataires de soins dont une partie du rôle relève de la zone d'autonomie décrite dans les cinq fonctions C.R.S.

Travail primordial que je me plais à voir émerger au sein des différents projets qui voient le jour dans la section «E. Minkowski»; prévention, enseignement, soutien aux proches, accent sur la santé communautaire viennent enrichir un rôle médico-délégué parfois étroit.

Des projets de recherche émergeront du changement en cours et, dans cet esprit, il sera certainement utile de tenter de formaliser les savoirs issus de la pratique quotidienne. Pratiquement, un cadre de référence davantage phénoménologique suppose-t-il une modification du «prendre soins» et si oui, de quelle nature? Dans une profession donnant un tel poids à la parole, il devient urgent d'écrire sa praxis afin qu'en émerge progressivement un modèle de soins adapté à la mission spécialisée de la section.

Indéniablement douloureuse, la crise induite en avril 98 est en passe de déboucher sur un réaménagement du rôle professionnel, de son étendue et du cadre de référence le sous-tendant. Des innovations accompagnent la nouvelle conception spécialisée et intensive de la prise en charge des patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie; elles laissent entrevoir des ouvertures vers l'extérieur, un souci de liaison et de continuité des soins notamment.

De leur côté, les formateurs se doivent de mesurer les changements en cours; la formation des infirmières de demain ne peut en faire l'économie pour répondre aux attentes qui pèsent sur elle. Participer à votre colloque y contribue assurément.

**Jacques Chapuis**

## **Introduction et perspectives**

Ce texte reprend la présentation du service infirmier de la section "E. Minkowski" dans le cadre du colloque des "Mercredi infirmiers". Au travers de ce regard de notre corps professionnel sur des activités spécifiquement infirmières mais aussi pluridisciplinaires, c'est indirectement le travail de tous les professionnels, de toute une équipe, qui est présenté.

### ***Quel changement!***

Comme pour la plupart de nos collègues, la date du 1er avril 98 a coïncidé avec celle d'un changement en profondeur de nos habitudes professionnelles. En quelques semaines beaucoup de soignants du DUPA ont dû s'intégrer à une nouvelle équipe, de nouveaux locaux, et surtout, accepter l'idée d'une autre conception des soins psychiatriques: la spécialisation.

Pour la section " E. Minkowski ", la nouvelle population de patients était constituée en majorité de schizophrènes, et en peu de temps la plupart des patients du DUPA souffrant de cette maladie a été attribuée à notre section, devenue d'un coup hospitalo-ambulatoire. Sans aucun doute, nous n'étions pas prêts à ce changement. Et c'est comme une déferlante qui nous a submergés... Les équipes, les locaux, les cadres, étaient restés relativement stables, seuls les patients changeaient. Mais qu'est-ce que ça changeait !

En particulier il s'agissait d'assumer de nommer la maladie sans pour autant l'afficher sur les portes des divisions et dans nos papiers à en-tête. Nous croyions qu'il était juste et utile de pouvoir parler de leur diagnostic avec les patients, mais nous ne tenions pas à leur imposer le poids d'une étiquette, ceci d'autant plus que notre unité devait accueillir des patients n'ayant pas fait d'épisode schizophrénique. L'idée de baptiser la section du nom d'"E. Minkowski" appartient à P. Bovet, médecin responsable du pôle ambulatoire de la section, qui a su nous faire partager sa volonté de perpétuer l'esprit avec lequel Minkowski avait abordé la psychopathologie des schizophrènes.<sup>1</sup>

### *Des doutes*

Très vite, les uns et les autres nous avons commencé à douter. Doubter de notre capacité à faire face à cette concentration de patients que nous considérions tous comme "lourds". Doubter de notre résistance face à cette maladie confrontante, qui nous interpellait, qui nous révoltait. Pour les cadres, douter de notre capacité de soutenir et d'encadrer des soignants pareillement dans la souffrance, surtout dans les unités d'hospitalisation. Doubter aussi de nos compétences...

Nous avons choisi de nous référer à Eugène Minkowski, mais la réalité du quotidien nous empêchait pratiquement de penser. Avec nos idéaux, nous rencontrons le désarroi d'être sans modèle véritablement adapté aux nouvelles contraintes provoquées par la spécialisation. Alors que dans une psychiatrie généraliste, nos modèles habituels, systémiques, psychodynamiques, fonctionnaient relativement bien, nous avons de la peine à trouver, grâce à la phénoménologie,<sup>2</sup> les connaissances

---

<sup>1</sup> P. Bovet: "Eugène Minkowski représente pour nous une référence psychiatrique et humaine hors du commun. Nous souhaitons que, dans la mesure de nos capacités, nous puissions dans notre section, perpétuer l'esprit avec lequel Minkowski a abordé la psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. D'origine polonaise et juive, Minkowski est né en 1885 à St-Petersbourg, et a fait ses études de médecine et de philosophie en Russie, en Pologne et en Allemagne. Peu avant la 1<sup>ère</sup> Guerre Mondiale, il passa (avec sa femme, Françoise Minkowska, elle aussi psychiatre) quelques temps à Zurich auprès de Bleuler, dont il fut le premier assistant. En 1915, il s'engage comme volontaire dans l'armée française, et fera par la suite toute sa carrière de psychiatre en France. Si les Français tendent maintenant à minimiser l'influence de Bleuler sur Minkowski, et à insister sur les divergences entre les deux hommes, nous croyons que cela tient surtout au fait que le nationalisme français ne s'est jamais accommodé de la pensée de Bleuler. En tout cas, Minkowski est, avec Henri Ey, un des rares psychiatres à avoir soutenu en France la perspective bleulérienne, même si il a, à notre avis, considérablement enrichi cette perspective. Minkowski a fondé avec quelques collègues français *L'Evolution Psychiatrique*. Il est mort à Paris le 15 novembre 1972. Signalons qu'E. Minkowski a toujours gardé des contacts importants avec la Suisse, et qu'il est venu plusieurs fois à Cery".

<sup>2</sup> P. Bovet: "Minkowski a en effet toujours eu une approche à la fois psychiatrique et philosophique, s'intéressant non seulement aux manifestations morbides cliniques, mais à la "perspective existentielle" que la psychopathologie représentait pour le sujet malade. Avec L. Binswanger, et influencé par les philosophes E. Husserl et H. Bergson, il est à l'origine de la psychiatrie phénoménologique. E. Minkowski a proposé la notion de "perte du contact vital avec la réalité" comme étant au fondement des troubles de type schizophrénique: une notion qui est très importante pour nous, car elle déplace l'accent des manifestations psychotiques les plus spectaculaires (délire, hallucinations) au profit d'un trouble moins facile à cerner mais capital dans l'existence de ces patients, car il envahit toutes leurs interactions avec le monde et avec autrui." Pour se familiariser un peu avec la pensée de Minkowski qui peut parfois surprendre dans son ton, car si elle est rigoureuse d'un point de vue médical, elle est constamment sous-tendue d'un humanisme qu'on ne retrouve guère dans les traités actuels de psychopathologie. Trois livres sont d'un accès assez facile:

- *La Schizophrénie*. Paris, Payot, 1927. Se trouve à la bibliothèque du SPC, mais surtout a été réédité en livre de poche (petite Bibliothèque Payot, 1997).

- *Au-delà du rationalisme morbide*. Paris, l'Harmattan, 1997. Un recueil d'articles, et sa thèse de 1926 sur la perte du contact vital avec la réalité.

- *Le temps vécu*. Première édition introuvable en 1933. Réédition Brionne, Gérard Monfort, 1988.

pointues nécessités par la spécialisation.

Des stratégies hospitalo-ambulatoires performantes nous manquaient encore cruellement pour y faire face.

La stabilité des équipes et des lieux - qui dans un premier temps nous avait semblé être un avantage - rendait l'adaptation plus difficile, la nostalgie pour l'ancien modèle "généraliste" revenant constamment dans nos préoccupations. L'idée que le nouveau modèle ne survivrait pas à l'épreuve que nous subissions s'incrétait peu à peu dans les esprits. On a commencé à beaucoup (trop?) parler de la section "E. Minkowski", celle pour qui il fallait faire quelque chose... Paraphrasant B. Kouchner, quelqu'un a même parlé de "droit d'ingérence humanitaire". Autant de blessures pour des professionnels désarmés à la recherche de réponses aux difficultés quotidiennes.

### *Les moyens mis en œuvre*

Des visites ont été organisées, nous avons mis sur pied une supervision avec une infirmière clinicienne venue de l'extérieur, nous avons activement sollicité notre infirmier clinicien,<sup>3</sup> qui par son implication et sa tranquillité -c'est peut-être le seul qui n'a pas douté -nous a permis d'avancer, malgré les difficultés, en proposant constamment de contractualiser nos pratiques, avec les patients, et nos partenaires dans les prises en charge thérapeutiques.

De plus, l'ensemble de la section s'est accordé une journée au "vert" après 18 mois de fonctionnement. Plus tard, la direction médicale du DUPA a rencontré tous les collaborateurs dans le cadre d'un audit qui lui a permis de prendre la mesure des difficultés et de formuler des recommandations pour , améliorer la situation.

### *Quelles ont été, et quelles sont nos options ?*

Nous avons privilégié le travail en équipe, le respect et la valorisation des compétences de chaque corps professionnel, la volonté de développer des modèles et de proposer des activités thérapeutiques différentes, en particulier de groupe, décrites plus loin dans ce texte.

Mais aussi, la volonté de nous ouvrir vers l'extérieur, de tisser des liens et de travailler avec des contrats et en partenariat avec les patients, les proches et le réseau.

L'intitulé choisi pour cette présentation "Les soins infirmiers de la section "E. Minkowski" en travail" fait référence au travail de la femme en couches. Cette expression renvoie en premier lieu à la fatigue, à la peine et aux douleurs de la femme qui accouche, plus qu'à l'aboutissement tout proche. Et nous sommes bien conscients que nous sommes encore loin de pouvoir présenter le "bébé".

Notre section a sans aucun doute souffert de la stigmatisation provoquée par la spécialisation. Aller à Cery ne suffit plus à l'obtention de l'étiquette "fou". Pour l'avoir, il faut être allé à Minkowski ! Les patients le disent, mais les professionnels aussi. Parmi nos collègues, pour beaucoup, imaginer aller travailler "là-bas" équivalait à la pire des punitions !

Mais avec le temps, on a repris du poil de la bête. On suscite sans doute moins la pitié, pas encore l'envie. Des choses nous ont fait plaisir, on s'est fait plaisir.<sup>4</sup> On a été authentiquement soutenus par la

---

<sup>3</sup> L'infirmier clinicien, hors hiérarchie de la section et subordonné directement à la direction des soins infirmiers du DUPA, est une ressource à la disposition des soignants d'une section. Il intervient à la demande d'une équipe et sur la base de contrats de collaboration ; c'est un agent facilitateur de la communication et de la mise en place de modèles de soins.

<sup>4</sup> Entre autres, des membres de l'équipe infirmière se réunissent une fois par mois dans un groupe de lecture et partagent ce plaisir, une fois par trimestre, avec R. Célis, professeur ordinaire de philosophie à l'UNIL.

direction. On a obtenu des réponses. On s'est aussi donné des moyens, en fixant mieux nos limites, en nous soutenant pour faire face.

### **Perspectives:**

Des changements ont eu lieu dans les équipes, des énergies nouvelles, moins de nostalgie, ce qui nous permet d'avoir des projets stimulants. Le développement de la liaison, pour éviter des ruptures. Sujet pour lequel assistants sociaux et infirmiers mettent en place des procédures de collaboration avec les foyers et les EMS. Un projet de collaboration des infirmiers et des assistants sociaux ambulatoires avec les médecins installés pour leur permettre de suivre des patients sub-décompensés sans avoir à les hospitaliser est un autre chantier.

Des prémisses d'actions de type "santé communautaire"<sup>5</sup> devraient émerger une dynamique nouvelle, amenant des bénéfices dans la prévention des rechutes et une autre forme de partenariat avec notre clientèle. A moyen terme, un tel projet devrait étendre des ramifications dans l'ensemble du DUPA.

Sur le plan de la recherche, ou plus modestement de l'évaluation de nos actions thérapeutiques, des sujets spécifiquement infirmiers doivent encore être élaborés. Le champ des thérapies cognitivo-comportementales nous offre un champ de découvertes et d'exploration encore peu exploité dans notre section.

Dans la presse, lorsqu'une nouvelle formule est proposée, un numéro 0 est édité. Les rédacteurs, la direction, les annonceurs, quelques lecteurs choisis, donnent leur avis, apportent leur touche personnelle pour améliorer un produit. L' "arrêt sur image" que nous nous sommes offerts avec cette présentation pourrait être en quelque sorte notre numéro 0. On le présente, on le jauge, et on poursuit l'amélioration, progressivement, avec le souci que nos patients et nos partenaires du réseau de soins, nos "lecteurs", trouvent dans le produit que nous leur offrons des réponses à leurs besoins.

**Roland Philippoz**

### **Un parcours difficile**

Le changement: Avril 1998, ouverture de la section «E. Minkowski»

Nous avons commencé dans la continuité sans modifier ni le nombre de lits, ni les effectifs du personnel infirmier; Aster: 18 lits. Azur: 17 lits, Seules les infirmières rattachées à la consultation ambulatoire du Tunnel devaient rejoindre la consultation ambulatoire. de Sévelin .

Toute la réorganisation avait été vue en 1998 à partir d'une vision théorique, intellectuelle et structurelle (conception des diagnostics, prise en charge, suivi, etc..)

Avec l'aide de la supervision d'une clinicienne le personnel infirmier s'attelait à créer des programmes de fonctionnement.

Bilan 1998.

Depuis la réorganisation, les divisions hospitalières de la section ont traversé globalement deux périodes:

---

<sup>5</sup> Voir plus bas " Groupe de Santé communautaire "

a) Les premières semaines ont été marquées par le transfert de patients "lourds" qui séjournèrent déjà depuis quelque temps dans les divers services. Il en a résulté une forte concentration de patients aux situations complexes qui pour la plupart avaient mal vécu le transfert dans une autre division et avec lesquels l'investissement majeur a consisté dans l'établissement d'une relation thérapeutique puis la mise en place d'un cadre.

b) Une fois ces situations stabilisées, nous avons atteint ce qui semblait devoir être un rythme de croisière quant à la répartition des patients. Cette répartition pouvait être estimée comme suit:

Unité Azur.. 30% de patients très

décompensés, 30 % de patients en voie de stabilisation, 20 % de patients chroniques lourds, 20 % de patients bien stabilisés, devant sortir dans les jours qui suivaient.

Unité Aster.. 10 % de patients fortement décompensés, 60 % de patients en voie de stabilisation, 10 % de patients chroniques lourds, 20 % de patients bien compensés, en attente de sortie.

La population était composée en grande partie de patients traversant une crise, ce qui impliquait un travail de réseau souvent complexe. En phase de crise, il est fondamental de pouvoir rapidement organiser à l'hôpital un cadre clair et rassurant qui complète l'effet de la médication. Le contact et la coordination avec le réseau doivent également pouvoir se faire rapidement. Les infirmiers, d'autre part, doivent être suffisamment disponibles pour élaborer ce cadre, l'adapter, et le clarifier à de multiples reprises.

Constatations des  
fonctionnements

a) Réactivation du symptôme psychotique A plusieurs reprises, nous observions que des patients en voie de stabilisation ou même certains déjà stabilisés, pouvaient rechuter ou réactiver des symptômes qui semblaient pourtant maîtrisés, ceci au moment de l'admission d'un nouveau patient décompensé. Le fort taux de patients "en phase aiguë" rendait ce phénomène problématique et relativement fréquent.

b) Abus de substances Plusieurs jeunes patients schizophrènes consomment des drogues, surtout la plupart du temps. Nous assistions à une augmentation des cas de consommation de haschich, et parfois même des cas où certains patients incitaient d'autres à en consommer.

c) Lourdeur du travail:

Bien que le nombre de lits n'ait pas augmenté, le poids de la tâche semblait plus important. La confrontation quotidienne à la psychose, se révélait à elle seule, au fil des jours, épuisante. La lutte constante contre la déstructuration mentale demande un effort ininterrompu et un équilibre mental solide.

Plusieurs infirmiers et infirmières, depuis le début de la réorganisation, souffraient personnellement de l'intensité de cette charge, des trajectoires tragiques des patients et du fort taux de rechutes dans les prises en charge, avec le risque de vivre ces rechutes comme un échec personnel.

d) Développement de stratégies:

La concentration de patients souffrant de pathologies s'inscrivant dans un registre plus étroit que par le passé donnait le sentiment que nous pourrions peu à peu identifier le profil des patients, et en conséquence imaginer des stratégies plus efficaces et plus économiques pour les prises en charge. Une certaine

limites

d'un

tel

8

6

philosophie et une meilleure estimation des capacités des patients semblent se développer, et la connaissance de ce que peut être la psychose, et en particulier la schizophrénie, semble se faire plus fine au fil des semaines.

Construction de la section:

Notre impression est que la section s'est construite peu à peu, que les besoins n'ont été, perçus que petit à petit dans la confrontation aux situations concrètes. Les travaux préliminaires avaient ébauché une esquisse, mais au 1<sup>er</sup> avril 98 tout restait à faire.

Les diverses constatations décrites plus haut, nous ont conduit à imaginer diverses stratégies de prises en charge, dont certaines étaient déjà opérationnelles, d'autres à l'état de projets avancés et d'autres enfin appartenaient à un futur plus lointain.

a) Soins intensifs de psychiatrie:

Le nombre relativement important de patients en phase de décompensation aiguë, la gravité, pour certains, de leurs symptômes, la connaissance de l'effet délétère de la prolongation de cet état dans le temps sur leur évolution à long terme, et l'effet néfaste que l'état d'un patient décompensé peut avoir sur un patient en voie de stabilisation, nous ont conduit à développer un type de prise en charge que nous avons intitulé: soins intensifs de psychiatrie.

La mise en place de soins intensifs nécessitait pour cela la création de deux chambres à l'Azur et une à l'Aster.

En effet, tout patient admis à l'hôpital peut traverser une phase de décompensation nécessitant des soins intensifs. Si tel est le cas, il doit pouvoir être isolé, mais une fois cette phase terminée, il doit pouvoir poursuivre son traitement dans l'unité, sans pour autant bloquer un lit d'isolement qui lui a été attribué momentanément.

Cet axe a permis de rendre plus respirable l'atmosphère générale du service et les patients en voie de stabilisation jouissent dorénavant d'un environnement plus adéquat. On peut ainsi espérer également pouvoir mettre sur pied des activités en division dont le déroulement aurait été trop fortement perturbé par le comportement de patients gravement décompensés dans le service.

b) Ouverture de la division AZIIR :

Au premier septembre 1998, Azur est devenue une division ouverte, suivant en ceci le mouvement général à Cery. En effet notre recherche de la collaboration du patient en tant que partenaire nous permet d'établir des contrats de soins individuels. Ceux qui sont trop décompensés nécessitent des contrats de soins intensifs spécifiques. En fonction des besoins impératifs, la division peut être temporairement fermée.

c) Diminution à un strict minimum des transferts entre les unités Azur et Aster:

La réorganisation visant la diminution des changements d'intervenants dans les prises en charge, nous avons décidé de ne plus pratiquer les habituels transferts d'une division à l'autre, de manière surtout à renforcer le lien qui se crée avec l'infirmier référent. Le modèle de référent infirmier est très clairement

favorisé, et soutenu par tous les corps de métier de la section, permettant de revaloriser la fonction de l'infirmier, de le responsabiliser, et de mieux répartir la charge de travail entre les intervenants.

d) Bilan à 5 jours:

Un document d'évaluation complet a été élaboré, qui doit être complété par l'équipe pluridisciplinaire au plus tard au sixième jour après l'admission, ce bilan doit permettre l'établissement précoce d'un projet thérapeutique solide et d'un contrat de soins avec le patient.

Dans certains cas évidemment la sortie peut avoir lieu avant cette évaluation.

e) Rencontre hospitalo-ambu/atoire :

L'identité de l'équipe hospitalo-ambulatoire se développe peu à peu. Les divers intervenants se connaissent mieux et interagissent en collaborateurs de plus en plus proches.

Au début, un membre de l'unité ambulatoire participait chaque matin de 8h00 à 9h00 au colloque de l'unité hospitalière; puis, plus tard, seulement tout intervenant ambulatoire impliqué dans la prise en charge d'un patient admis la veille. L'objectif de la meilleure transmission des informations et de la poursuite d'un même objectif thérapeutique semble être en grande partie atteint, et constitue un point positif fort de la réorganisation.

7

Sur le plan infirmier, ce changement de collaboration a permis un rapprochement, tant au niveau des prises en soins des patients que de l'élaboration d'outils. Ceci nous a permis d'apprendre à penser et à parler le même langage. Nous avons ainsi pu diminuer nos différences de fonctionnements.

La théorie faisait qu'on voulait tout faire. Nous nous sommes rendus compte très vite que l'on partait dans tous les sens (crise, occupation, groupe, placement à fin d'assistance, moyen et long séjour, toxicomanie, programmes comportementaux). Comme nous n'en avons pas les moyens, nous avons dû définir des priorités.

Journée de réflexion du 23 septembre 1999 (après 18 mois)

Cette journée avait été rendue nécessaire par la surcharge d'une grande partie de l'équipe, qui débouchait sur un sentiment d'insécurité et de malaise profond face à l'activité quotidienne. Mais elle se voulait surtout une occasion de redéfinir ce que nous souhaitons comme orientations et modes d'actions pour la section, après un temps de fonctionnement suffisant pour que nous puissions tirer parti des bons et des mauvais côtés de notre expérience.

De cette expérience, des visites que nous avons faites dans d'autres services psychiatriques (Lyon, Berne, Genève,

Neuchâtel), de l'expérience approfondie de L. Ciompi (expert invité pour la journée) et de la littérature internationale, nous avons tiré, en bref, les conclusions suivantes:

-L'existence d'une section spécialisée dans la prise en charge des troubles du spectre de la schizophrénie nous paraît une excellente chose et nous ne souhaitons pas revenir en arrière sur ce point. La réorganisation a aussi

permis une collaboration nettement améliorée entre l'hospitalier et l'ambulatoire, même s'il reste du chemin à faire dans cette voie.

-Un des problèmes majeurs de la section nous paraît résider dans une délimitation insuffisante des objectifs de prise en charge des patients, notamment dans les diverses phases de leur évolution:



suraiguë, aiguë, en voie de consolidation, stabilisée.

-Par nécessité, l'hôpital accueille les patients en phase suraiguë et aiguë de décompensation. La nature même des troubles schizophréniques impose de limiter le nombre

de patients traités simultanément dans une même unité. Deux patients en phase suraiguë sont un maximum à ne pas dépasser, sous peine de voir ceux en voie d'amélioration redécompenser et les équipes soignantes s'effondrer progressivement.

-Un effort pour spécifier dans chaque cas le but d'un séjour hospitalier, avec la fixation d'objectifs clairs et d'un calendrier pour les atteindre est une nécessité. Cet effort peut s'accompagner d'une implication plus précoce de l'équipe ambulatoire, autorisant ainsi, dans nombre de cas, des séjours hospitaliers raccourcis.

-Cela suppose un effort accru de l'ambulatoire dans les situations subaiguës. Pour y faire face l'équipe ambulatoire devra

trouver les moyens de diminuer le temps qu'elle consacre actuellement au suivi de patients bien stabilisés.

En conclusion, notre journée de bilan nous a convaincus de la nécessité de diminuer et recadrer la charge imposée aux équipes hospitalières de la section.

Nous avons commis une erreur au cours des mois qui ont précédé la mise en place de la réorganisation du DUPA, lorsque nous avons planifié l'organisation de la section «E. Minkowski»: nous avons estimé à 35-40 le nombre de lits hospitaliers nécessaires à la section en nous basant sur les statistiques des années précédentes qui

montraient qu'un tel nombre de schizophrènes séjournaient simultanément à Cery. Nous n'avions pas imaginé qu'il était impossible de soigner dans une même section autant de patients présentant ce type de troubles.

Au niveau concret, cela a entraîné l'adaptation du nombre de lits à la moyenne de l'hôpital, Azur (15 lits), Aster (14 lits), avec deux chambres de soins intensifs pour chacune des divisions. Les prises en charge sont désormais plus ciblées sur la crise aiguë. Il y a eu un renforcement des équipes infirmières accompagné d'un rééquilibrage de la dotation

de jour et de nuit entre les deux divisions. Les référents ont vu leurs responsabilités mieux définies.

Les équipes ont impliqué l'infirmierclinicien pour conduire des projets.

-.:1

~

Réflexions personnelles depuis la naissance de la Section

Avant avril 1998, nous avons travaillé avec 35 lits mais avec des patients de toutes pathologies envers lesquels le personnel trouvait, dans leur évolution positive, des gratifications et des satisfactions.

Tout d'un coup, nous nous sommes retrouvés avec des patients souffrant d'une pathologie appartenant au spectre de la schizophrénie; cela a entraîné un sentiment d'une plus grande lourdeur dans les prises en charge et dans leurs évolutions.

Comme dans tout le DUPA nous nous étions préparés au changement que l'on nous imposait, mais, en fait, qui n'était pas acquis au fond de nous-mêmes. Ce n'était pas notre changement.

En théorie la structure se présentait bien. En pratique clinique ce n'était pas possible d'en respecter les exigences. Très vite nous nous sommes aperçus de notre manque de moyens sur tous les plans.

On nous demandait trop et tout à la fois. Création d'ateliers, de groupes pour et avec les patients, nouvelles activités thérapeutiques structurées, référence infirmière continue, prises en charge plus pointues, etc.

Les problèmes.

Effectif du personnel: dotation insuffisante mais aussi absence et maladie, appel à des intérimaires, épuisement du personnel confronté à des patients aussi caractériels et fugueurs; les manifestations de violence, agressions physiques et verbales qui interfèrent de façon néfaste sur les patients qui vont mieux, qui génèrent climat d'appréhension et de peur en maintenant une angoisse permanente parmi le personnel. Le sentiment d'un manque de soutien et d'implication sur le terrain de nos responsables, mais aussi l'impuissance de trouver des solutions réalisables face à la ligne théorique à suivre; sentiment des infirmiers de ne pas être compris dans leurs difficultés face à ce genre de patients et d'être seuls responsables de ce qui ne va pas, alors que nous attendions d'être soutenus et reconnus. L'année 1998 a été très difficile pour tous, infirmiers et médecins.

Au milieu et fin 1999, on a assisté à une stabilisation progressive du personnel, et une augmentation de la dotation grâce à des

intérim, de nouveaux collaborateurs fixes plus jeunes, des équipes plus dynamiques. On a noté aussi une prescription médicamenteuse plus rapide et mieux adaptée aux symptômes présents chez les patients. Février 2000: Après un audit en novembre 1999 où la majorité du personnel a pu s'exprimer sans détours, il y a eu une prise de conscience par tous, responsables compris, de nos limites avec nos moyens. Des décisions, des responsabilités ont été prises pour que la Section «E. Minkowski» fonctionne plus correctement.

Alain Lecheren, ICUS d' Aster, et Yves Cossy ICUS d'Azur.

Les contrats de soins

L'ouverture du cadre de soins aux réseaux et la nécessité d'inscrire les patients comme partenaires du soin nous a amené à élaborer des contrats de soins tant dans l'hospitalier que dans l'ambulatoire. Contrats qui nous ont permis de penser le passage entre la seule prescription (protocole de contention et d'isolement par exemple) et la recherche d'une alliance avec le patient.

Protocoles..

a) Protocole de contention établi par le DUPA. C'est une mesure d'exception rare où la contention fait l'objet de directives précises.

Une grille d'observation clinique permet un suivi régulier du patient et des soins effectués.

b) L'isolement:

lorsqu'un patient arrive un samedi soir accompagné de la police, un médecin cadre doit être avisé aussitôt ;si le patient est dangereux et violent, il y aura la possibilité de le mettre en isolement .C'est une solution rapide face à une situation urgente qui ne peut excéder 24 heures.

Une grille d'observation clinique permet de noter par écrit les soins, le traitement, les signes vitaux, ainsi que toutes autres informations telles que les entretiens médicaux et infirmiers.

1 .~

## Contrats

Les prestations en chambre de soins intensifs.

Le contrat en chambre de soins intensifs est spécifique à la section "E. Minkowski". Il réoriente la prise en charge du côté de l'alliance et du soin avec le patient plutôt que du côté de l'isolement contentif.

Il répond à des critères précis en termes d'objectifs thérapeutiques et de durée.

Il sert de médiateur entre l'équipe soignante et le patient à qui on demande de le signer.

Il y a possibilité de négocier avec lui certains points du contrat tels que l'utilisation d'un baladeur dans la chambre, une sortie au sein de l'unité, ou l'autorisation de téléphoner. Ce qui va réinscrire le patient comme interlocuteur.

La mise en place des soins intensifs doit commencer sous la responsabilité de l'équipe soignante en collaboration avec l'infirmier clinicien pendant toute la durée du contrat.

La décision de soins intensifs pour certains patients du spectre de la schizophrénie se réfère à des critères cliniques:

- état psychotique aigu
- état maniaque
- catatonie
- perception d'hétéroagressivité
- désorganisation spatio-temporelle.

d'un

risque

grave

cette mesure nécessite une définition des objectifs à atteindre concernant le patient Exemple:

- pouvoir instaurer une médication appropriée.
- diminuer le risque hétéroagressif. -atténuer le délire du patient. -favoriser une hypostimulation.

Une information concernant cette mesure est communiquée aux membres de la famille ou au représentant légal. Le traitement médicamenteux est noté sur le contrat ainsi que son mode d'administration et sa durée.

La présence infirmière est précisée avec pour mention la fréquence des visites.

Le contrat peut s'interrompre suite à une évolution favorable de la symptomatologie du patient, et ce dernier pourra bénéficier d'un assouplissement du cadre, dans le but de maintenir l'alliance établie avec lui.

Il peut aussi être rompu lorsque nous sommes face à une manifestation de violence, à une prise de toxiques, à une fugue, etc. Des décisions concernant la suite de la prise en charge seront alors prises selon la problématique posée.

La participation de l'infirmier clinicien est demandée dans le but d'affiner et d'étoffer les termes du contrat. Une supervision des référents est envisageable en cas de difficultés dans la prise en charge; cet

apport peut rendre un regard nouveau dans le déroulement de ce som.

Pendant toute la durée du traitement l'équipe pluridisciplinaire se réunit quotidiennement pour évaluer l'utilité du cadre.

Si la durée devait excéder 7 jours, une évaluation avec un médecin cadre d'une autre section de l'hôpital sera envisagée pour voir s'il est toujours nécessaire de maintenir le patient en soins intensifs. Enfin, une grille d'évaluation est remplie avec le patient à la fin de cet épisode.

### Les programmes thérapeutiques

On essaie de travailler le plus souvent possible sur la base d'un contrat.

Ce qui implique que l'on va discuter avec le patient, négocier avec lui certains points. Les programmes thérapeutiques sont surtout utilisés pour déterminer les sorties, qui vont être accordées, ou non, parfois à certaines conditions.

Cela permet de responsabiliser le patient car il doit s'engager à respecter ce qu'il a signé avec le personnel soignant.

Avec ces programmes on essaie de reproduire les règles que le patient devra suivre dans un foyer ou même dans la société.

Un de nos buts étant de l'amener à prendre que la vie est aussi faite de et qu'il existe des règles à

conscience contraintes respecter.

Les programmes thérapeutiques sont surtout utilisés pour planifier les sorties demandées par le patient, et ont pour but aussi de revaloriser le potentiel du patient face au monde extérieur, potentiel qui peut être engourdi lors des hospitalisations.

10

### Le contrat dans le Sllivi ambulatoire

Le suivi ambulatoire s'organise autour d'un projet thérapeutique contractualisé et évalué tous les six mois. Il se divise en quatre parties:

- a) Une description de la situation avec une mise en relief d'un problème qui peut être traité par le client et l'infirmier.
- b) Les objectifs de résolution du problème visés et posés en termes qualitatifs et quantitatifs.
- c) Les moyens mis en œuvre (avec délais, échéances, et contenus) concernant les objectifs visés et le rôle joué par chacune des parties.
- d) L'énumération des ressources du patient. Ainsi que le repérage de ses difficultés au cours de l'exécution du contrat.

Ce document a plusieurs objectifs:

1) Il sert de support au cadre thérapeutique dans l'approche globale du patient et inclut des repères tant pour la prise en charge, que pour le pointage des différents événements qui jalonnent le parcours du patient. Une évaluation sera faite environ tous les six mois.

2) Il permet une réévaluation de la prise en charge lorsque celle-ci se fait par référent continu, assistant social ou infirmier, (système destiné à des patients présentant des difficultés à maintenir un projet de soins à long terme; manque d'autonomie pour créer des liens de soins continus en milieu privé, répétition des rechutes nécessitant le soutien d'une équipe). Cette forme de prise en charge se fera, suite à une alliance à plus ou moins long terme.

3) Il est le cadre d'interrogation du référent

sur le sens de son intervention. 4) Il permet au patient de s'interroger sur son suivi, qui éventuellement s'orientera vers un suivi médical privé. 5) Il est le fil conducteur: pour toute nouvelle prise en charge, afin d'éviter si possible de tomber dans l'engrenage de la chronicité et rester lucide et attentif.

Il existe, en plus de ces outils, des contrats individuels spécifiques liés à une situation particulière (cas difficiles tels que patients qui sortent de prison par exemple) qui viendront

en complément ou non du projet thérapeutique mentionné en première partie.

Jean Philippe Altermatt, Hasan Berbati; Maurice Tisserrand , infirmiers

Les groupes dans la section « E. Minkowski »

L'organisation de groupes pour les patients a répondu à deux paramètres, les compétences et l'intérêt de chaque soignant à valoriser son expérience et la nécessité de répondre de façon plus pertinente aux enjeux soulevés par la spécialisation de la section.

Leur activité se décline selon quatre registres: .Les groupes de prévention

.Les interventions auprès des familles .Les groupes " Vie communautaire" .Le groupe " Santé communautaire"

Les groupes de prévention :

Le groupe "Médicaments et connaissance de la maladie "

Adapté du module "Education au contrôle des symptômes et connaissance de la schizophrénie" de Paul Libermann, il a été mis sur pied à Azur et Aster depuis juillet 1999. Les objectifs de ce groupe sont de sensibiliser les patients schizophrènes à leur diagnostic et à l'évolution de la maladie.

-Il permet de les familiariser avec leurs symptômes et leurs signes d'alerte afin de les aider à prévenir les rechutes.

-Il les informe des traitements neuroleptiques et anxiolytiques et de leurs effets secondaires.

Il est organisé par deux infirmiers de la section avec la collaboration d'un médecin.

Le groupe "Prelapse"

Mis au point par la Fondation Prelapse, il est organisé à Sévelin et propose aux patients une information sur la schizophrénie, les traitements et la prévention des rechutes.

Il est animé en collaboration médico-infirmière.

### Le groupe "Education à la santé"

Il offre un lieu de rencontre pour des personnes préoccupées par la prise de poids, la constipation, souvent liés à la consommation de psychotropes, il est ouvert à tout le DUPA.  
Il propose aux patients une sensibilisation à une hygiène de vie plus saine autour de l'alimentation.

Il est animé par la diététicienne de Cery et une infirmière de la section.

Les interventions auorès des familles:

### Le groupe "Profamille"

Adapté d'un programme québécois mIS au point par Hugues Cormier.  
Il réunit à Sévelin, les proches de personnes souffrant de la schizophrénie, autour d'informations sur la maladie, les traitements, et la prévention des rechutes.  
Il favorise la communication des familles entre elles et leur permet de partager leurs expériences personnelles.

Il est animé par une assistante sociale, une infirmière et un médecin. 6

### Le groupe "Accueil des familles en urgence"

Il propose dans les deux jours qui suivent une admission à une famille ou à des proches, une rencontre dans le cadre de l'hôpital avec deux professionnels qui ne sont pas directement impliqués dans la prise en charge afin de leur permettre de ventiler leurs émotions, recevoir les informations nécessaires et transmettre des coordonnées de groupes de soutien si nécessaire.

Il est animé par une équipe infirmière et sociale.

### Les Qrouoes "Vie communautaire" :

#### Le groupe "Patients"

C'est un groupe de parole et d'échange pour les patients hospitalisés dans les services Azur et Aster.

6 Son descriptif est exposé dans L'Ecrit n° 18, Famille et Schizophrénie, Mars 1999.

Il offre deux fois par semaine, un temps de parole aux patients autour de l'organisation générale du service ou tout autre sujet lié à leur séjour hospitalier.

Il est animé par l'équipe pluridisciplinaire.

#### Le groupe "Partages et échanges"

C'est un groupe d'accueil "à seuil bas" pour des patients schizophrènes et dont les symptômes négatifs de la maladie sont fortement marqués par un important retrait et isolement social.

Il permet aux patients suivis en ambulatoire de se réunir et leur offre un espace où l'échange des idées, la relation, l'écoute se fait de façon informelle tout en favorisant la communication. Il leur permet également de mieux investir leur lieu de traitement.

Il est animé par une équipe infirmière et sociale.

Le groupe "Contes"

C'est un groupe thérapeutique proposé à Azur et Aster, qui offre un espace de rencontre et de détente aux patients hors du service autour de la lecture d'un conte de fée.

Il permet aux patients de stimuler leur concentration et leur mémoire, et offre un lieu d'échange et de parole.

Il est animé par l'équipe infirmière avec la collaboration de la bibliothécaire de Cery.

Le groupe de communautaire "

rencontre

"Santé

Issu du constat d'une professionnelle mettant en évidence l'isolement de certains patients stabilisés souffrant de schizophrénie et gérant bien les difficultés liées à leur maladie, ce groupe vise à les aider à sortir de leur solitude.

Organisé en ville, ce sont les participants qui donnent l'orientation des rencontres et qui en décident l'évolution; ils y partagent leur vécu de la maladie, y échangent des adresses et partagent des activités.

Il est animé par une infirmière et une assistante sociale.

Tarja Koivula, infirmières

Monique

Varin,

Sites Internm

[www.angelfire.com](http://www.angelfire.com) "La schizophrénie".

[www.psychomedia.com](http://www.psychomedia.com) "Qu'est ce que la schizophrénie 1" [www.alapage.com](http://www.alapage.com) "Actualités de la schizophrénie". [www.rehab-infoweb.net](http://www.rehab-infoweb.net) "Vivre avec la schizophrénie". [www.altavista.digital.cQm](http://www.altavista.digital.cQm) "Schizophrénie".

Infonnatlon

L'équipe infirmière de la section des troubles de la personnalité a présenté un poster lors du 40 congrès européen sur 1 troubles de la personnalité quis' est tenu à Paris du 21 au 24 juin.

SOINS CENTRES SUR LE PATIENT BORDERLINE UNE EXPERIENCE DE CHANGEMENT

Karine Desselberger, Alexia StantzOs, Vincent Schneebell  
Section des Troubles de la Personnalité  
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte Lausanne, Prilly 1 Suisse

II,

12

Bibliographie indicative:

Dalery J., D'Amato T., La schizophrénie recherches actuelles et perspectives, Masson, 1995. Grivois H, Grosso L, Leblay J, La schizophrénie débutante, Eurotext Paris, 1998.  
La lettre de la schizophrénie, éditions de santé, 49, rue Galilée, 75116 Paris.  
Lalonde P, Démystifier les maladies mentales, La schizophrénie, Gaétan Morin Editeur, 1996.  
Minkowski E, Le temps vécu, Presses Universitaires de France, Paris 1995.  
Minkowski E, La schizophrénie, Desclée de Brouwer, Paris 1953.  
Racamier P.J., Les schizophréniques, Bibliothèque Payot, Paris 1990  
De Clercq M, Peuskens J, Les troubles schizophréniques, De Boeck Université, Bruxelles, 2000.

Sites internet

[www.angelfile.com](http://www.angelfile.com) "La schizophrénie".  
[www.psychomedia.com](http://www.psychomedia.com) "Qu'est ce que la schizophrénie ?" [www.alapage.com](http://www.alapage.com) "Actualités de la schizophrénie". [www.rehab-infoweb.net](http://www.rehab-infoweb.net) "Vivre avec la schizophrénie". [www.altavista.digital.com](http://www.altavista.digital.com) "Schizophrénie".

Information

L'équipe infirmière de la section des troubles de la personnalité a présenté un poster lors du 40 congrès européen sur les troubles de la personnalité qui s'est tenu à Paris du 21 au 24 juin.

SOINS CENTRES SUR LE PATIENT BORDERLINE UNE EXPERIENCE DE CHANGEMENT

Karine Desselberger, Alexia StantzOs, Vincent Schneebeli Section des Troubles de la Personnalité  
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte Lausanne. Prilly 1 Suisse

Vincentschneebeli@inst.hospvd.ch

astantzOs@hotmail.com

kdesselberger@hotmail.com