

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



1ère journée vaudoise des pratiques infirmières en psychiatrie

21 juin 2000

DUPA, Site de Cery

Actes des interventions

Sommaire:

Introduction:

Jean-Michel Kasion, DUPA (Département Universitaire de Psychiatrie Adulte)

Pratique de centre thérapeutique de jour:

Yves Donon et col., Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois

La contention interrogée:

Didier Camus, Yves Cossy, DUPA

Modèle de soins par référent:

Catherine Matter, Jean-Bernard Moreillon, Hôpital de Bellevue, Yverdon, Secteur Nord

Soins en milieu carcéral:

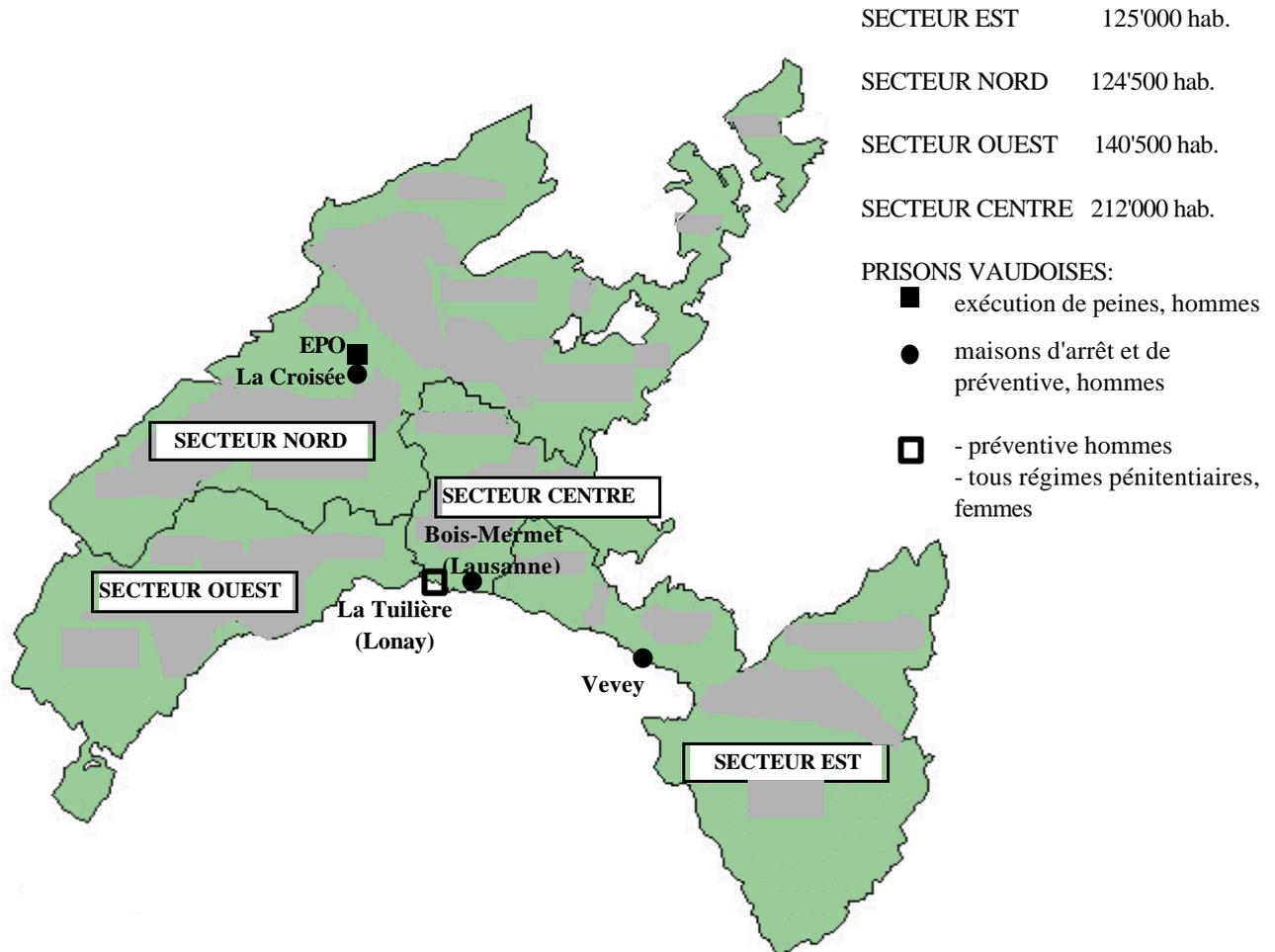
Joaquin Lopez, SMPP (Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires)

Groupes thérapeutiques d'affirmation de soi:

Clarisse Waller, Aziz Salamat, Hôpital de Prangins, Secteur psychiatrique Ouest



LES QUATRE SECTEURS PSYCHIATRIQUES VAUDOIS ET LES PRISONS VAUDOISES



Les directions des soins infirmiers des quatre secteurs psychiatriques vaudois et du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires organisaient le 21 juin 2000 la

1^{ère} journée vaudoise des pratiques infirmières en psychiatrie.

Cet Ecrit rassemble l'ensemble des interventions de cette journée qui réunissait quelques 80 participants. Fort de ce succès et de l'évaluation positive de cette initiative les directions des soins infirmiers ont décidé d'organiser annuellement ces rencontres intersectorielles.



Introduction

En guise d'introduction à cette première journée j'ose, je risque une courte improvisation autour d'un mot clé, d'une expression clé, d'un concept qui s'appuie sur une métaphore. Le concept est le suivant: "embarras de parole", tiré, extrait d'un ouvrage de Bruno Latour, philosophe et sociologue des sciences, "Politique de la nature", avec comme sous-titre: "Comment faire entrer les sciences en démocratie.

Cet embarras de parole me semble être en effet symbolique de cette première journée, et ceci à plus d'un titre. Si nous souhaitons que les services infirmiers psychiatriques vaudois puissent s'intéresser les uns les autres, et puissent également intéresser d'autres organisations, d'autres instances, d'autres professionnels c'est d'abord les définir comme capable de parler. Capables de parler, mais pas n'importe comment. Parler, je ne sais pas si vous vous en êtes rendu compte, ça on sait faire. Mais ici, l'embarras de parole désigne non pas la parole mais la difficulté à parler ou plutôt à articuler le monde commun, pour faire court ce qui compose notre monde, non pas comme donné, défini, mais plutôt ce qu'il faut obtenir.

C'est sans doute l'objectif général de cette journée, mais à visée d'apprentissage. Rien n'est gagné d'avance et heureusement.

Latour nous dit que le premier embarras de parole se manifeste par la multiplication des controverses: pour faire court là aussi, cette multiplication des controverses c'est la fin des certitudes scientifiques.

On va parler, on va se parler, mal sans doute, mais ce n'est pas grave car plus il y a de réalités, plus il y a de disputes. Et c'est là notre second objectif ou objectif spécifique: remplacer l'indiscutable par le discutable. L'enjeu est intéressant, n'est-ce pas!

Voilà pour le concept.

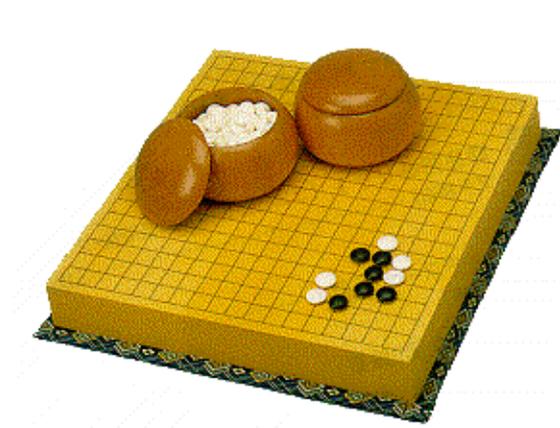
Voyons maintenant la métaphore sur laquelle il s'appuie et qu'il complète. Elle est ludique. C'est celle du jeu d'échecs et du jeu de go.

Dans un contexte mouvant où l'on parle de complexité, de réseaux de tous genres, de société en réseau, et qui nous concerne évidemment, et sachant que nous sommes toujours à la recherche de notre identité infirmière, cette métaphore a un double intérêt: elle qualifie l'espace et les identités et leurs relations correspondantes. Je m'explique.

Voilà un jeu d'échec, un échiquier avant que la partie ne commence. Les pièces sont préalablement disposées sur l'échiquier dans des cases spécifiques



Voici maintenant un jeu de go. Le goban est vide au début de la partie et l'on joue avec des pierres noires et blanches qui peuvent intervenir en n'importe quel point ou plus exactement intersection du goban pour construire des territoires.



Aux échecs, les pièces sont codées, hiérarchisées, aux identités définies et ne restent jamais que ce qu'elles sont.

Au jeu de go, chaque pierre est identique et tire sa valeur de la place qu'elle occupe sur le goban et bien sûr de l'évolution de la partie.

Et last but not least, mais vous l'aurez compris, aux échecs une partie se gagne par élimination, au go par construction.

Finalement, le jeu d'échec représente un monde catégoriel où tout est déjà joué, tandis que le jeu de go représente un monde connexionniste où tout est à faire, où chaque pierre n'a aucune identité fixe: une pierre c'est un infirmier, un médecin, c'est un patient, une association de patients, c'est le secteur nord, c'est le secteur centre. Elle évoque l'identité et l'altérité.

C'est dans ce monde là, si nous l'acceptons, si nous en acceptons les règles du jeu, que nous trouverons notre identité, hors des modèles classiquement proposés. Dans ce monde là je ne peux qu'inscrire cette journée sous le signe de l'embarras de parole, du partage de savoirs, de la controverse et de la dispute.

Jean-Michel Kaision

Une histoire de Ragusas.

Introduction.

« Pratique de Centre Thérapeutique de Jour, Yves Donon et collaborateurs, secteur Est » tel est l'intitulé de ma présentation dans le programme. Pour vous, ce sont les premiers ingrédients à vous mettre sous la dent pour cette journée vaudoise des pratiques infirmières. Déjà, il y a l'idée d'une pratique clinique. C'est donc à travers une situation de soins que je me propose de vous faire entrer au CTJ de Montreux. Mes collaborateurs ne sont pas physiquement présents, mais ils le seront dans la vignette clinique, vous pourrez donc les rencontrer. Plutôt que de collaborateurs, je préférerais parler d'équipe, terme qui évoque mieux pour moi l'idée de complémentarité et celle d'une réalité globale du groupe plus forte que l'individualité, et qui donne sens aux soins. L'intérêt est dans ce que nous créons ensemble.

Le libellé se termine par « Est Vaudois » cela signifie-t-il mon appartenance à la maison de l'Est ? On pourrait y voir un mur, une division politique pour laquelle nous prendrions fait et cause. Ces clivages sont là mais, aujourd'hui « Est Vaudois » sera là pour me rappeler que si les soins au Centre de jour vivent par l'équipe qui l'anime, ces soins n'ont de sens que dans un espace plus vaste qui entre autres est celui du secteur.



Présentation du Secteur.

La psychiatrie de L'EST VAUDOIS a été sectorisée en 1985. Avec la sectorisation, l'état va confier à la fondation de Nant l'organisation de toute la psychiatrie aussi bien pour la partie adulte, les personnes âgées que les enfants.(Annexe 1)

Depuis 1985 la nouvelle fondation de Nant va créer pour la psychiatrie adulte un Centre de crise à Clarens (CIT), une antenne de la policlinique à Aigle, L'Etoile du Matin va quitter la campagne pour s'installer à la Tour-De-Peilz sous l'appellation d'Unité de réhabilitation Thérapeutique (URT), et une unité à faible stimulation va s'ouvrir à Nant (URH). Pour terminer la fondation a ouvert en 1998 en collaboration avec d'autres association qui s'occupent de toxicomanes une unité spécialisée (UAS).Parallèlement à la partie adulte, la fondation va développer des structures pour les personnes âgées et pour les enfants. Centres de jours policlinique, etc.

Pour introduire les soins infirmiers dans notre secteur je vais aborder un concept que nous avons nommé continuité des soins.

Continuité des Soins

Ce concept introduit lors de la sectorisation en 1985 permet aux soignants et patients de poursuivre une relation établie dans une unité au delà de la fin du TTT dans cette unité. La CDS repose sur une relation significative du soignant avec le patient, de la pertinence d'une indication à la poursuite de cette relation et sur le choix sans contrainte du soignant et du patient de continuer un travail thérapeutique.

La CDS peut consister à des entretiens à la policlinique, elle peut servir à la prise d'une médication retard, à la poursuite de packs, cela dépend en fait de ce qui a été convenu avec le patient. La CDS est reconnue dans tout le secteur et ne s'arrête pas en cas de réhospitalisation ou d'une intervention de crise par exemple. Dans ces situations, le soignant de continuité reste une référence, un fil rouge relationnel, nous pouvons intervenir ainsi à la clinique ou ailleurs.

Ma première remarque liée à la CDS, c'est qu'elle place la relation au cœur du travail thérapeutique. Raymond Panchaud écrivait : « Le soin est avant tout relation, relation centrée sur la rencontre de deux ou de plusieurs personnes. C'est ce processus interpersonnel qui, travaillé de façon spécifique, va donner des relations de soin, des relations thérapeutiques. »

La CDS met la relation non seulement au cœur du processus interpersonnel, mais est prise en compte dans l'institution comme une donnée importante qui va au delà des clivages entre lieux de soins.

La CDS implique évidemment une mobilité des soignants, mais aussi la mise en place d'outils pour garder une certaine cohérence. C'est pourquoi au delà des différences des lieux, de la nature de la problématique des patients, nous avons choisi une référence commune à la théorie psychodynamique pour penser et mettre en œuvre les soins dans le secteur.

La continuité des soins n'est pas seulement une pratique mais prend sens dans notre modèle de référence. Pour nous la prise en soins de patients psychotiques ou borderlines graves dans ce cadre permet de comprendre leur grande difficulté à maintenir des liens. Je pense ici à la question de la permanence de l'objet mais aussi au holding cher à Winnicott. Paradoxalement la CDS permet d'aborder une autre grande difficulté qui est celle de vivre une séparation, un deuil. Les patients quittent un lieu mais ne perdent pas tout en même temps, ce qui permet souvent d'aborder une perte sans devoir utiliser de façon trop massive des défenses archaïques dénis, clivages, projections, toucher un peu à la souffrance et à la tristesse donc à la différence.

La référence à la théorie psychodynamique nous permet non seulement d'avoir un langage commun, mais aussi sert à donner sens, jalonner et évaluer notre pratique. Mais ne nous trompons pas les gens



qui viennent dans le secteur ne font pas une psychanalyse. Nous nous référons à cette théorie du développement psycho-affectif de la personne, pour comprendre et mettre un cadre susceptible d'aider les patients, cela ne limite pas la créativité, c'est plutôt l'outil de la créativité comme la mathématique est l'outil pour faire de la physique.

Je vais maintenant revenir au CTJ.

Description du CTJ.

« Poser un cadre, fabriquer du sens et penser dans une perpétuelle création de vie et de sens: Telle est l'essence même du travail infirmier en psychiatrie »

Voilà la définition qu'a donné Jean Herroguet de son travail d'infirmier en CTJ. J'y adhère, mais comment cela se concrétise-t-il pour nous? Pour y répondre, je vais brièvement décrire le centre, puis à travers quelques vignettes d'un TTT, esquisser notre pratique, notre mode de penser et mettre les soins en jeux.

Nous sommes six personnes à travailler au CTJ, deux thérapeutes et quatre soignants. Nous recevons chaque jour 15 à 20 patients avec qui nous partageons des activités quotidiennes comme faire le repas, manger ensemble. Nous avons une activité externe le jeudi, quelques groupes thérapeutiques et de décisions, des espaces de discussions. Des jeux un atelier sont à disposition mais ne sont pas animés par les soignants, nous avons délibérément laissé des espaces sans activités, où le manque et la créativité peuvent s'exprimer.

Les soignants entre autre assument la responsabilité, participent à la gestion, et à la vie dans l'espace communautaire. La vignette qui suit se concentre sur cette vie en groupe en essayant de faire quelques liens avec des aspects théoriques, je vous propose d'interroger cette pratique, d'y associer vos réflexions. Je suis bien conscient de mettre des questions fondamentales de côté telles que la question du cadre, des rapports avec les thérapeutes du Centre et j'en passe.

Lea est une jeune femme de 25 ans qui est actuellement, après deux années au centre dans une phase de fin de TTT. Lea présente des troubles graves de la personnalité, elle y a perdu son travail, ses relations sont chaotiques. A côté de cela, elle a des comportements anorexiques importants.

La première rencontre.

D'emblée Lea va nouer une relation très forte avec M-A mon adjointe au Centre. Elles deviennent inséparables, Lea se fait l'ombre de M-A. Cette relation est le miroir de celle que Lea a avec sa mère. Comme avec sa mère, elle l'est pour le meilleur et pour le pire. Parfois, on peut voir Lea collée à M-A, la couvant des yeux. A d'autres moments, c'est la haine qui est là. Si M-A lui fait une remarque, si elle ne se montre pas assez attentive à elle, si elle s'occupe « trop » de quelqu'un d'autre, alors Lea se met en colère, attaque les règles, part furieuse. Léa vit des sentiments clivés à l'égard de M-A. M-A ressent aussi des sentiments très forts, colère, plaisir, déception à son égard.

Ces mouvements d'amour et de haine sont bien mis en scène dans la communauté, mais les autres, patients et soignants, en sont exclus. La moindre velléité d'intervenir enclenche de terribles drames.

M-A est capturée dans une relation d'emprise en perpétuelle oscillation.

Le pire, c'est cette relation, mais le pire c'est aussi la perte de cette relation. Elle protège Lea de la folie, peut-être de la mort. Je fais ici allusion à la fonction défensive de la relation fusionnelle.

Je vais citer ici Susan Isaacs « On n'ignore pas que Freud a découvert très tôt que les patients répètent à l'égard de leur analyste des situations, des sentiments et des pulsions, ainsi que des processus psychiques en général qu'ils ont vécus antérieurement dans leurs relations avec des personnes dans leur vie extérieure et dans leur histoire personnelle. Ce transfert sur l'analyste de désirs primitifs, de pulsions agressives, de craintes et d'autres émotions est confirmé par chaque analyste. » plus loin elle ajoute « Le transfert est arrivé à être l'instrument essentiel pour apprendre ce qui se passe dans le psychisme du patient, aussi bien que pour découvrir ou reconstruire son histoire primitive. »



Si le transfert se fait directement sur l'analyste, la scène qui précède montre le transfert en œuvre dans le présent du groupe. Avec les borderlines, la vie psychique n'est pas refoulée mais est vécue dans le présent. Jérôme Heroguel parle dans le cadre de CTJ de transfert diffracté, pour ma part je parlerais de transfert mis en scène. La pièce qui se rejoue est celle de la patiente, ses rapports clivés avec sa mère, ses désirs fusionnels, mais aussi l'absence du père que Lea dans la réalité ne connaît pas. A ce stade, Lea refuse de laisser la moindre place aux autres. Corollairement au transfert de la patiente sur M-A se produit une réaction de M-A, nous nommons cette réaction contre-transfert. On peut bien imaginer à travers la réaction de M-A la force des sentiments qu'a pu et peut encore provoquer Lea chez sa mère.

La question de soins de l'équipe devient alors, comment aider Lea et M-A, sa référente, à survivre et à sortir de cette forteresse relationnelle?

La question de M-A est celle de l'ambiguïté de sa position. Comment être authentique dans ses réactions face à Lea tout en restant dans un espace de jeux sur la scène du CTJ ? L'art du soignant est de pouvoir ressentir, métaboliser, élaborer ses sentiments, mais aussi avec de tels patients pouvoir les mettre en jeux dans la relation et dans la communauté.

C'est parfois des événements de la vie quotidienne qui sont à l'origine de changements, la scène qui suit montre comment un tel changement peut se produire.

Une brève histoire de Toblerone

Cela se passait un matin pendant la décision de repas, ce que nous faisons chaque jour pour choisir ce que nous mangerons à midi. Lea et M-A étaient dans une période noire, la tension entre elles était palpable et contaminait le groupe entier. Nous avons décidé de prendre des branches de chocolat pour le dessert. Je demandais qui voulait des branches Cailler, qui des Ragusas, qui des Toblerones. L'évocation des Toblerones a déclenché les feux de l'enfer. Comme vous le savez un Toblerone pèse 100 grammes alors qu'un Ragusa en fait 50 et une branche Cailler 46 grammes seulement. Quelques semaines auparavant, j'avais pris un Toblerone pour un patient dont j'étais référent, cela avait été mal vécu par M-A et plusieurs patients, mais personne n'avait osé en parler.

Donc ce matin-là le prétexte était trouvé, j'étais censé représenter la justice et l'équité, ma proposition était vécue comme une transgression, un favoritisme insupportable.

M-A tenait pour l'équité, pas plus de 50 grammes. Lea la sentant et se sentant menacée par ma proposition s'est alliée avec elle contre moi, d'autres ont suivi. J'ai tenu bon pressant qu'il ne fallait pas lâcher. Ce jour là, personne ne s'est risqué à choisir un Toblerone.

A ce stade j'ai envie d'évoquer Mélanie Klein « Le bébé, après avoir incorporé ses parents, les sent comme des personnes vivantes à l'intérieur de son corps, de cette façon concrète dont ont vécus les fantasmes de l'inconscient profond ; ses parents incorporés sont, pour sa pensée, des objets « internes » ou « intérieurs » selon les dénominations que je leur ai données. Un monde intérieur s'édifie ainsi dans la pensée inconsciente de l'enfant, un monde qui correspond à ses expériences réelles et aux impressions qu'il reçoit des gens et du monde extérieur, mais qui est modifié par ses propres fantasmes et pulsions. » Voilà les personnages de la scène, ils sont là clivés, partiels, modifiés par les fantasmes et les pulsions. Pour Mélanie Klein c'est dans une dialectique avec le monde réel que le changement se réalise, le père n'est pas que mauvais ou parfait en fonction de ses fantasmes, la mère n'est pas que toute puissante, etc...

Pour Lea je devrais être sans défaut, d'une impartialité parfaite donc parfaitement inexistant, pour être supporté à proximité, si je ne suis pas cela je bascule dans le monde des persécuteurs, la place est étroite pour des présences masculines.

Si j'ai parlé de cette crise c'est qu'elle est un des éléments qui a permis à Lea et M-A de sortir de



leurs oscillations mortifères. Le clivage n'était plus seulement concentré sur M-A, j'entrais en scène comme mauvais objet. J'avais un effet paratonnerre, celui d'un tiers persécuteur mais combien utile pour desserrer leur relation. Toute persécution sous-tendant le désir, Lea tente souvent de me charmer, pour m'avoir « dans son camp », me neutraliser, mais, pendant longtemps dans ce TTT, j'ai préservé avec soin mon rôle de mauvais objet.

Une mesure que nous avons introduite

Une mesure que nous avons introduite pour permettre à MA de survivre est celle de la double référence. Lea a ainsi un deuxième référent, Sébastien. Son rôle est évidemment de se poser en tiers entre Lea et M-A, de les aider à se décoller, à « s'endeuiller » comme dirait Racamier de leur relation fusionnelle. Plus facile à dire qu'à faire, Lea ne se laisse pas faire si facilement. Lea se sent menacée et va déployer toutes les ruses imaginables pour mettre Sébastien sur la touche, en l'ignorant, en le snobant, par le mépris. M-A tout en appelant de ses vœux l'intervention de Sébastien est ambivalente, contaminée par les fantasmes d'omnipotence de Lea, elle a de la peine à laisser une place à Sébastien, elle a des choses à perdre. C'est après une longue période, après avoir été bien malmené que Sébastien a pu prendre cette place. Dans un entretien, Lea était allée trop loin et l'avait injurié. Il prit alors une position très forte et exigea qu'elle s'excuse avant que quoique ce soit du traitement continue. Ce jour là, il s'est imposé comme tiers. Lea s'est excusée et par là a réparé quelque chose de sa relation à Sébastien. Elle avait tenté de le détruire, le voilà toujours vivant, sa destructivité en œuvre lui faisait craindre la vengeance, la réparation fait baisser cette crainte.

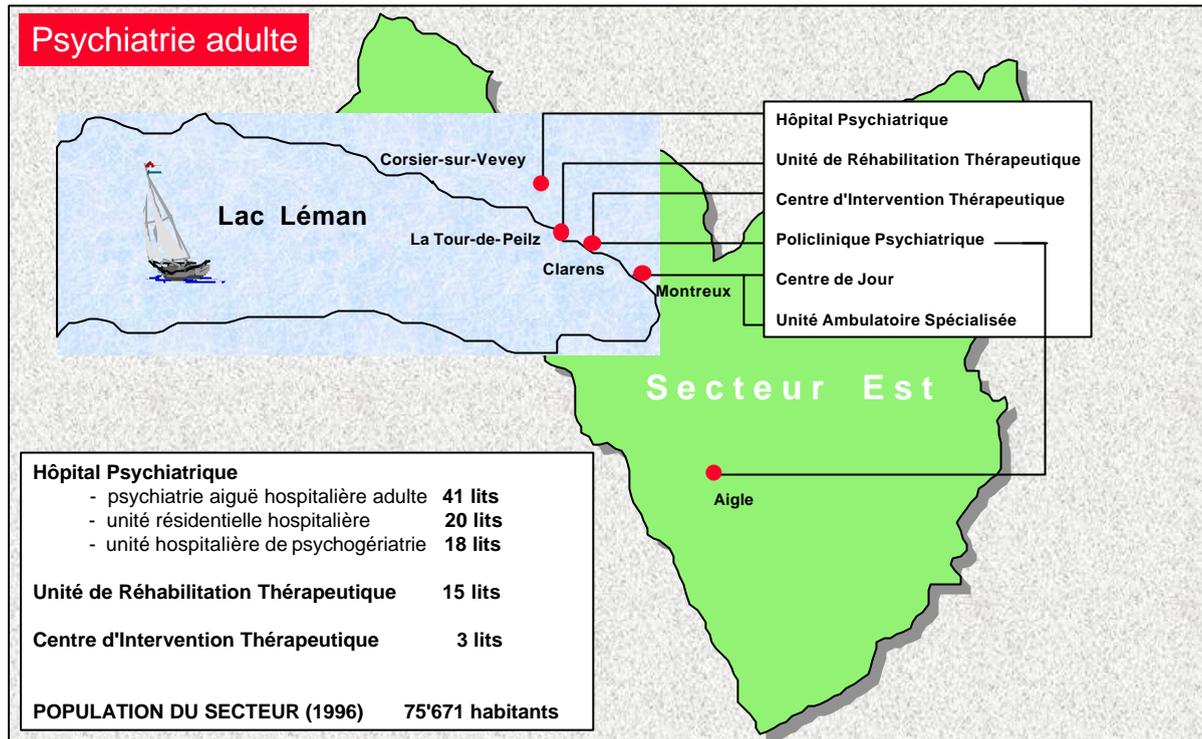
Pour nous, soigner des patients tels que Lea, c'est cheminer avec eux en partant de leur façon de se relationner au monde, trouver ensuite des alternatives à leurs impasses relationnelles et finalement pouvoir un jour se séparer. Ce cheminement a besoin de temps, c'est un travail psychique pour le patient et pour l'équipe. Ce travail s'inscrit évidemment dans des ensembles plus vastes avec les thérapeutes, l'institution, les familles, l'environnement social du patient, etc.

La scène de Lea se situe principalement dans le cadre du CTJ, mais pour de tels patients les clivages se situent souvent dans l'institution entre les lieux de soins, parfois avec d'autres espaces, sectoriels, le GRAAP, etc. Mais qu'ont-ils fait ? et l'on recommence le TTT qui va tout résoudre, mais qui n'est que le n'ième. Je caricature bien sur, pourtant le tourisme thérapeutique existe, le syndrome de la porte tournante également. Faut-il introduire une CDS entre secteurs ? En même temps le clivage est aussi un moyen de survivre, une défense à respecter certainement, mais pas à cautionner.

Pour nous, un ancrage relationnel et un espace pour mettre en scène les liens sont les conditions pour qu'un traitement soit possible, fécond et supportable.

Yves Donon

Annexe 1



Bibliographie

- Adatte O., Chèvre M.A., Donon Y., Joliat F., *divers documents internes, disponibles*. Bibliothèque de Nant
 Balmay Marie, *ABEL ou la traversée de l'Eden*, Paris, Grasset, 1999.
 Girard René, *La violence et le sacré*, Paris, Grasset, 1972.
 Gabbard G. *Le clivage dans les traitements hospitaliers*, Revue AM J Psychiatrie 146 :4 avril 1989 mars 1990
 Dagmar Chaignat
 Heroguel J., *Créer de la vie et du sens*, revue santé mentale No36 mars 1999
 Isaacs S., *Nature et fonction du phantasme*, bibliothèque de psychanalyse, presses universitaires de France
 Klein M., *Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressif*, I.J.P-A, vol. XX 3 et 4ème partie, 1939
 Panchaud R., *Pratique infirmière à Nant*, document interne, 1993
 Racamier P-C., *Le génie des origines*, Paris, Payot, 1992

Montreux le vendredi 16 février 2001 Yves Donon YD/DY

Centre de jour -Ch. de Chaumény 5 -E-mail: nant_ctj@adies.vd.ch- 1820 MONTREUX - Tél. (021) 965.43.33

La contention interrogée

INTRODUCTION

Le cadre de cette journée était d'identifier une problématique et d'exposer les types de réponses que nous y avons apporté. Concernant le service des soins infirmiers du DUPA, nous avons voulu traiter de la contention pour deux raisons bien évidentes corrélées l'une l'autre.

- la stigmatisation médiatique de la contention sur le site de Cery. A Cery, beaucoup de soignants ont pu se sentir touché ou blessé par cette stigmatisation difficile à vivre.



- L'envie de donner un feed-back sur le travail élaboré dans le DUPA sur cette problématique travaillée par le corps infirmier.

Une autre raison nous a semblé importante pour évoquer ici cette problématique: l'ambivalence des soignants sur cette pratique.

En effet, si certains infirmiers reconnaissent ne pas avoir d'état d'âme particulier ni de culpabilité sur cette pratique, d'autres par contre s'élèvent contre son utilisation et parlent à son propos d'une atteinte complète à l'intégrité physique et psychique du patient

Plutôt que de nous défendre par la symétrie ou la projection, nous avons accepté les règles du jeu de l'interrogation.

Définition

Suivant les définitions retenues, la contention peut évoquer deux notions différentes :

- Le dictionnaire Larousse définit le verbe contenir comme *retenir dans certaines limites, empêcher de se répandre.*
- Le dictionnaire Petit Robert parle de la contention comme *anciennement (sic) immobilisation de malades mentaux par divers moyens (camisole, ceinture,...)*

La contention évoque donc les moyens ou actions qui sont mis en place pour canaliser une décompensation psychiatrique. « *L'institution psychiatrique exerce un rôle de contenant qui peut être matérialisé par les murs de l'institution, par le traitement neuroleptique, par l'application du règlement intérieur, par la fermeture des portes si nécessaire mais aussi par la présence et la surveillance des soignants* ». (Reynaud M. et al, *Le traitement des schizophrènes*, Ed. Frison-Roche, Paris.(1991)

La contention évoque aussi les moyens mécaniques utilisés pour limiter les mouvements, que ces moyens soient des draps, des camisoles, des ceintures à bracelet ou, plus classiquement des ceintures larges fixées sur le lit auquel on attache un patient trop agité à chaque membre et à la taille. C'est de cette contention dont nous allons parler aujourd'hui.

Dans le premier projet de loi sur la santé publique, un nouvel article de loi (art.24a) décrit la contention comme:

« **Une mesure limitant la liberté de mouvement du patient peut être prise contre sa volonté ou sans son consentement dans les cas suivants :**

- a) l'état du patient constitue un danger pour lui-même ; il risque de se blesser, de se perdre ou de se suicider ;
- b) l'état du patient constitue un danger pour autrui ;
- c) il est impératif d'immobiliser le patient brièvement pour lui imposer un traitement forcé, au sens de l'article 68a.(NB: article de loi sur le traitement forcé)

La mesure doit avoir un but thérapeutique ou viser à protéger le patient ou un tiers d'un danger immédiat ou imminent. Elle est exceptionnelle, doit être la plus brève possible et cesser dès que l'objectif visé est atteint » (Projet concernant la nouvelle Loi sur la Santé publique, 03/1998).



Tel que notifier dans cet article de loi, il peut s'agir d'une immobilisation d'un membre ou d'une limitation de mouvement (chambre d'isolement, chambre, unité de soins, voire déplacement avec un ou plusieurs accompagnants)

Situation de départ : un contexte difficile :

- Le poids d'une histoire institutionnelle ? Cette pratique est réutilisée dans le département de psychiatrie adulte depuis le milieu des années 70. Avant 1994, on note une absence de données concernant la contention. Elle est utilisée sans qu'il y ai un contrôle sur les indications à la contention ni une véritable interrogation sur cette pratique.

- Une pratique archaï ques aux yeux du public comme chez beaucoup de soignants

« Disons-le clairement, il y a des choses qui ne se font pas, des comportements indignes d'un être vivant. Dans la Suisse de cette fin de siècle, il n'est plus permis d'attacher quelqu'un parce qu'il n'adhère pas au traitement médical ou refuse de respecter le règlement de l'institution.... L'attachement ne devrait pas être utilisé et devrait être remplacé par les chambres d'isolement adaptées, une meilleur médication et un personnel soignant mieux formé et plus disponible. Quand on intervient en équipe, c'est qu'il est déjà trop tard, que l'on a raté quelque chose » (Madame Pont, responsable du GRAAP)

L'utilisation de cette pratique n'est pas non plus sans questionner nombre de soignants. Ainsi, certains infirmier(e)s interrogés sur ce thème n'hésitent pas à critiquer son utilisation et en parlent comme *une atteinte complète à l'intégrité physique et psychique du patient, une atteinte à sa liberté, un abus de pouvoir de la part des soignants, une solution de facilité, un abandon du patient, un acte violent, agressif, sadique, dangereux s'il est banalisé, un acte rébarbatif qui ne résout rien, un acte dépassé vécu comme punitif, une réponse à un manque de réponses, une solution perverse...*

- Une pratique à risques :

La pratique de la contention peut avoir des effets secondaires négatifs qui ne sont pas sans conséquences dans l'alliance avec le patient (critique des soignants, perte de confiance dans l'équipe et/ou le traitement), le regard du patient sur la psychiatrie et l'institution comme dans le risque de péjoration du tableau clinique (anxiété, insomnie)

C'est une mesure qui peut compromettre l'intégrité, la dignité et les droits de la personne. Dans le agirs violents contre le personnel soignant qui peuvent survenir au moment de la mise sous contention. *« Durant la procédure, les risques de blessures secondaires pour le patient comme pour le personnel sont élevés. En effet, le patient est souvent très agité et réfractaire à tout moyen de le maîtriser. Dans ce contexte, il est susceptible de frapper avec ses poings et ses pieds ou encore de mordre pour qu'on relâche l'étreinte »* (Simon Begin, *Isolement et contentions : revue de littérature et focus sur leurs impacts et les normes qui les régissent*, Revue canadienne de psychiatrie, vol.36, décembre 1991)

Le travail élaboré au sein du DUPA

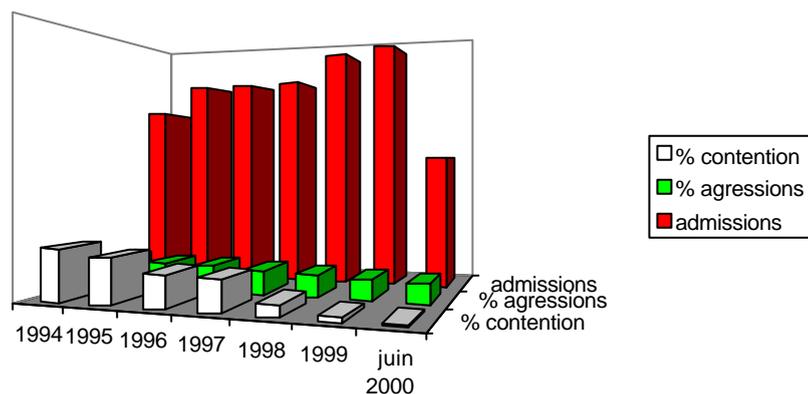
- En Octobre 1995, une circulaire du Département des Soins infirmiers du DUPA est parue pour rappeler les droits des patients. Ces *Directives et Recommandations* concernaient avant tout la contention physique et l'isolement. Elles sont validées par la direction médicale de l'époque et introduisent la notion d'éthique (entre autre le principe de proportionnalité) et une plus grande responsabilisation du corps médical. Elles introduisent également le contrôle et l'évaluation de cette pratique.

- En avril 1996, apparaît dans le journal du Graap « Tout comme vous » (n°50) l'article dénonçant la pratique de la contention dans le DUPA: « *Cery, on attache !* » dans lequel plusieurs témoignages font référence à leurs vécus de cette pratique.
- Durant l'année 1997, création d'un groupe de travail infirmier sur la contention qui sera chargé d'élaborer une trame pour le protocole et pour la création d'une feuille de surveillance : « Grille d'observation clinique » qui concerne à la fois la contention et l'isolement.
- Fin 1997-début 1998 s'est tenu aux Hospices différentes réunions concernant la révision de la Loi sur la Santé Publique. La contention y est alors interrogée tant sur son aspect légal (Y a t-il un vide juridique sur ce sujet ?) que clinique. Si elle ne soulève que peu de critiques en soins somatiques, elle est par contre hautement questionnée dans le milieu psychiatrique, surtout dans le DUPA, qui reconnaît l'utiliser.
- Depuis septembre 1998, le DUPA a officiellement un protocole de contention validé par la Commission de Révision des Pratiques Cliniques. Ce protocole doit fournir à l'ensemble du personnel des règles de conduites applicables aux patients nécessitant une contention, cela dans le but d'obtenir une démarche de soins optimum pour l'ensemble des patients.

Dans ce protocole il est rappelé que les patients psychiatriques possèdent les mêmes droits fondamentaux que les autres patients. Compte tenu que la contention porte atteinte à la liberté, à l'intégrité de la personne, il est impératif de dégager les lignes directrices de leur mise en application conformément aux principes éthiques des soins aux patients (principe de bienfaisance et non malfaisance ; principe du respect de l'autonomie de la personne ; principe de proportionnalité). Ce protocole décrit en outre l'installation du dispositif de contention, son évaluation et son contrôle et les soins à apporter aux patients.

Evolution du nombre de contentions depuis 1994

Avant même que ne soit validé le protocole Contention par la Commission de Révision des Pratiques Cliniques, nous avons pu assister à une modification de la pratique dans la recherche de solutions alternatives.



Et aujourd'hui ?

- Très peu de contention malgré une résurgence de problèmes de sécurité sur le site.
- Une collaboration avec le Graap qui n'est plus contextuelle mais marque un réel souci de transparence et de collaboration.



- Les chiffres portant sur le nombre de contentions sont connus non seulement du GRAAP mais aussi de la Direction des institutions psychiatriques ainsi que des membres du Conseil Consultatif d'orientation du DUPA dont font partie, entre autres, un représentant du GRAAP, le médecin représentant des psychiatres installés, un représentant du service Justice et Législation, le médecin cantonal, l'ombudsman.
- Dans le rapport « Evaluation de l'impact de la spécialisation des filières de soins du DUPA », 18 personnes/25 pensent que la contention s'est améliorée. *La plupart des personnes interrogées notent qu'elle (la contention) s'est nettement améliorée. Le cadre pour contenir quelqu'un est mieux défini (meilleure définition juridique, protocole), la contention est devenue une exception ; le système devient de ce fait moins carcéral... Dans le présent on utilise « une contention positive » dans le sens de chambre de « soins intensifs en chambre » ; il n'y a pratiquement plus de divisions fermées mais chaque division a une ou deux chambres d'isolement pour contenir ses patients violents ».*

Pour nous, la question de la contention rejoint de fait la gestion des risques. Celle-ci, dans le DUPA, a été abordée de différentes manières :

- Formation du personnel à la violence (**A**pproche **P**réventive et **I**ntervention **C**ontrôlée)
- Sensibilisation à l'éthique par des séminaires d'éthique clinique
- Ouverture des unités des soins
- Rotation du personnel soignant.
- Travail en partenariat (famille, GRAAP, police, justice, EMS)
- Introduction de programmes spécifiques
- Travail avec le modèle théorique de seuil bas
- Mise en place d'un groupe de travail sur la sécurité sur le site
- Mise en place d'un groupe de travail sur l'évaluation de la violence dans les unités de soins. Une étude vient d'ailleurs de commencer.
- Programme de soins intensifs dans le milieu (alternative à l'hospitalisation, souvent chez des patients non compliant au traitement)

Le DUPA a ces dernières années travaillé la problématique de la violence. Outre la mise en place d'un protocole sur la contention, ce travail s'est continué par une étude sur le sujet avec la création d'un outil clinique d'évaluation des risques de violence et des réponses qui sont données.

Ce problème a été aussi abordé par un renforcement de la collaboration avec nos partenaires de soins, qu'il s'agisse de la police, des EMS, du GRAAP et de la justice (au travers de la Commission d'Orientation du DUPA)

Didier Camus

Nous allons maintenant approfondir un exemple, celui des programmes de soins intensifs dans la section Minkowski:

UN PASSAGE A L'OUVERTURE DES PORTES DANS LA SECTION « E. MINKOWSKI »

En 1998, le DUPA a changé d'orientation pour se tourner vers la prise en charge spécialisée des patients en rapport à leurs diagnostics, en place de l'ancienne prise en charge de psychiatrie généraliste.



Dans ce contexte, la section « E. Minkowski » a été créée, spécialisée dans le traitement des patients souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie. Dès lors, la base des soins en division fermée avec laquelle nous travaillions s'est avérée difficile à gérer, au vu de la montée de la violence liée à la symptomatologie des patients qui s'est révélée incompatible avec un milieu clos.

PASSAGE :

Dans ce contexte clinique de spécialisation des sections hospitalo-ambulatoires, d'ouverture des divisions hospitalières et d'interrogation sur nos modèles de soins, l'ensemble des équipes soignantes de la section a mis à l'ordre du jour le *passage* (1) d'une tradition de prescription à une pratique de partenariat avec les patients.

Notre choix de privilégier, dans le cadre nouveau de l'ouverture des divisions, la dimension contractuelle, même à minima pour des patients fortement décompensés, réoriente la prise en charge plus du côté de l'alliance et du soin avec le patient, que du côté de l'isolement contentif. Cela ouvre la nécessité de définir un cadre précis et riche d'éléments favorisant l'accompagnement rapproché et structurant du patient, différent d'un strict cadre de gestion et réponse à la violence.

Ce partenariat a nécessité l'ouverture de deux chambres de soins intensifs, indispensable à la prise en charge de patients présentant des risques auto et/ou hétéro agressifs et inaptes de par leurs symptomatologies aiguës, à assumer un contrat lié à une division ouverte. Il s'est dès lors avéré indispensable de créer un protocole, ainsi qu'un contrat et une grille d'évaluation du traitement en chambre de soins intensifs, cette dernière étant remplie par le bénéficiaire dudit traitement.

EVALUATION DE SIX MOIS DE PRATIQUE :

Cette expérience de contrats de chambres de soins intensifs étant nouvelle, nous avons souhaité en faire l'évaluation. Cette dernière porte sur 24 contrats concernant 16 patients des divisions hospitalières Aster et Azur. 9 patients sont concernés par un contrat, 6 patients par deux contrats, et un patient par trois contrats. Pour les multi-contrats, ils ont été passés les uns à la suite du premier, (un contrat durant sept jours au maximum).

Cette évaluation s'étend du mois de décembre 1999 à avril 2000. Si, pour avoir une idée approximative de l'importance de ce dispositif dans l'ensemble des soins, nous le comparons au nombre d'admissions pour les deux divisions hospitalières, nous arrivons à une proportion de 13,3 % de patients concernés par les chambres de soins intensifs.

§ Analyse du contrat de chambre soins intensifs

Prenons quelques points du contrat afin de nous faire une idée plus précise de ce qui se passe pour l'ensemble des acteurs:

- a) **Pour les objectifs**, ils correspondent de façon adéquate aux fonctions d'un tel soin dans le protocole en ce qui concerne la médication et le cadre hypostimulant (54 %), ils intègrent de façon significative les dimensions de l'agressivité (auto et hétéro) (37,5 %); sans en faire la dimension principale, ils signalent le risque de fugues (20 %) qui nous pose la question de l'acceptation de l'hospitalisation versus le "gardiennage"
- b) **La médication**, devait à l'origine se calquer sur l'idée simple de la cure IM. Il apparaît que les prescriptions sont beaucoup plus nuancées tant dans la durée (séjours courts), que dans le mode de prise (mode injectable 52 %, per os 25 %, mixte 19 %). Signe très positif que ce setting permet à chaque fois de valoriser des solutions alternatives adaptées à chaque patient.
- c) **La durée du séjour en chambre** n'est pas systématiquement précisée, mais majoritairement les contrats sont de trois jours et moins (66 %). Nous savons qu'ils sont aussi



☒ Si vous deviez présenter à nouveau un état semblable à celui qui a conduit à ce traitement, la remise en route de soins intensifs vous semblerait-elle acceptable ?

☒ Si oui, quelles suggestions ?

Si non, lesquelles ?

☒ Quels sont les mots qui traduisent le mieux votre expérience (citez en trois) ?

(1) - Pedroletti J., Cossy Y., *Passages*, sur le site : www.pinel.qc.ca/violence.

- « Soins infirmiers » de décembre 2000 (pages 63 à 66)

Yves Cossy

Modèle de soins par référent

Voici la problématique à laquelle je me trouve confrontée dans mon institution:

Le modèle de soins par référent, j'entends par référent une personne significative pour le patient dans la prise en charge infirmière, personne qui va créer un climat de confiance, personne qui est un interlocuteur privilégié, qui est garante du projet et de la démarche de soins. Ce modèle n'est pas appliqué de manière systématique dans notre institution comme nous le souhaiterions en tant que cadres infirmiers.

- certains patients attendent quelques jours avant de connaître leur référent
- d'autres patients mobilisent l'attention de plusieurs référents
- d'autres changent de référent en cours d'hospitalisation

Malgré une clarification du rôle du référent, une clarification de la méthode de distribution des référents aux patients et une réflexion accrue concernant le contrat de soins individualisé, les dysfonctionnements sont moins fréquents mais néanmoins les difficultés que je viens de citer persistent.

Les hypothèses qui pourraient expliquer ce dysfonctionnement:

- 1) Identité infirmière peu affirmée
- 2) Locaux inadaptés

Identité infirmière

L'identité de l'infirmier est dans notre institution peu marquée bien que la parole de l'infirmier ait un poids important, en effet c'est souvent l'avis de l'équipe infirmière qui l'emporte pour l'orientation d'un projet. Ce paradoxe est peut-être relié à une culture systémique qui a fortement induit l'idée du groupe, ou le groupe n'est qu'un et où la clarification des rôles a été mise au second plan. Nous parlons beaucoup de l'équipe mais peu de la relation personnalisée, à part avec le médecin. Il n'est pas rare d'entendre dire au patient, "vous en parlerez au médecin et à l'équipe".

Le médecin est le garant de la prise en charge il n'en est pas forcément l'interlocuteur principal. Les soignants ont de la peine à accorder de l'importance à leur propre personne comme s'ils étaient



interchangeables et par conséquent négligent l'importance qu'ils ont en tant que personne aux yeux du patient. Même si les soignants souffrent d'être trop souvent instrumentalisés, ils en tirent probablement certains bénéfices, notamment celui de pouvoir se réfugier derrière le "on" de l'équipe.

La planification des entretiens médico-infirmiers se détermine actuellement pour la plupart en fonction des disponibilités du médecin, je n'entend de la part des infirmiers que relativement peu de mécontentement à cet égard, ce qui me laisse supposer que la dépendance à l'agenda du médecin est mafois une pratique encore bien tolérée. Il ne s'agit pas là de traiter de la question de la répartition du pouvoir mais bien de la nécessité d'être acteur d'un système.

En demandant l'avis des patients lors du "groupe accueil des nouveaux cas" qui a lieu une fois par semaine, je constate que mon acharnement à vouloir appliquer le modèle par référent correspond aux attentes des patients.

Les remarques sont les suivantes:

- >nous aimerions avoir un interlocuteur privilégié (et pas un autre tous les 2 jours)
- >nous souhaiterions davantage de points de repère
- >nous aimerions voir notre référent régulièrement des petits moments
- >nous avons besoin que les soignants fassent le premier pas afin de nous sentir soutenus, en sécurité et en confiance

Pour travailler sur cette question de l'identité du soignant, nous avons mis en place des espaces de réflexion où nous exploitons des situations. D'autres espaces sont destinés à la définition du rôle et du soin. Je tiens à souligner que la réflexion porte ses fruits. Nous venons d'ailleurs de donner naissance à un document qui a pour titre "contrat de soins", celui-ci traite de la question du rôle du référent, du rôle des partenaires, du rôle du patient (ce document peut être consulté si quelqu'un le souhaite). Les soignants cherchent à mieux connaître et comprendre leur rôle.

Ils prennent peu à peu conscience du degré d'importance qu'ils ont dans la relation soignant-soigné. Ils jouent le jeu de la réflexion sur l'identité mais alors que se passe-t-il, y aurait-il un autre obstacle? C'est en encourageant le personnel infirmier à prendre de face son rôle de référent, en incitant les soignants à fixer des rendez-vous réguliers à leurs patients que j'ai pris conscience de l'impasse, il n'y a tout simplement pas de locaux qui se prêtent à l'interaction privilégiée infirmier-patient. (c'est parfois ce qui saute aux yeux qui se voit le moins).

Tout se passe dans le bureau infirmier (conversation, téléphones, écritures, café, bilans, colloque, négociations diverses) Dans ce contexte il paraît difficile d'y trouver son identité. Les seuls locaux qui se prêtent à une relation privilégiée avec le patient sont, les bureaux médicaux ainsi que les bureaux des assistants sociaux. Pour fuir les espaces trop restreints des étages exigus, les patients vont dans des lieux communs plus aérés et échappent ainsi au contact duel avec leur infirmier de référence. Il est donc paradoxal de travailler sur l'identité sans avoir un lieu pour s'installer où l'on se sent à l'aise pour exercer la relation infirmier-patient. C'est un peu comme exploiter le contenu sans avoir le contenant.

Dans le cadre de la construction du centre de traitement psychiatrique pour le Nord Vaudois, construction qui devrait être terminée en 2002 (bien que pas encore commencée), je l'espère les soins infirmiers trouveront leur place dans la configuration des lieux. En effet chaque étage sera muni de salles de colloque, salle d'entretiens médicaux, salles d'entretien infirmiers, etc. J'ai conscience que le rôle ne se définit pas par le style d'architecture mais il me semblait toutefois utile de relever



l'importance d'occuper un espace reconnu pour se sentir appartenir.(Les plans du CTP sont à disposition pour ceux qui souhaitent les consulter)

Catherine Matter

Problématique en regard avec ma pratique dans les soins en psychiatrie

IDENTITE INFIRMIERE

- * Commence aussi par reconnaître la signification du rôle référent
- * Intégrer ou approprier mentalement le concept

L'APPROCHE de soins infirmier

- * La démarche de soins - difficulté à nommer ou formuler les problèmes
de santé des patients en milieu psychiatrique
- * Poser des diagnostics infirmiers

La CONTINUITE des soins

- * Transmission et cohérence entre les membres de l'équipe qui n'est
pas satisfaisante en relation surtout avec l'insuffisance des écrits

DEMARCHE ou PROCESSUS de soins

Identité et rôle infirmier

1^{ère} étape : RECUEIL de données

- ⇒ Pour établir un profil du niveau de santé du patient
- ⇒ Base du plan de soins individualisé

2^{ème} étape : ANALYSE et INTERPRETATION des données

- ⇒ Analyser les données
- ⇒ Répondre à des problèmes de santé réels, potentiels ou définis
- ⇒ Cette analyse conduit à l'élaboration du diagnostic infirmier



3^{ème} étape : PLANIFICATION des SOINS

4^{ème} étape : L'INTERVENTION

5^{ème} étape : L'EVALUATION

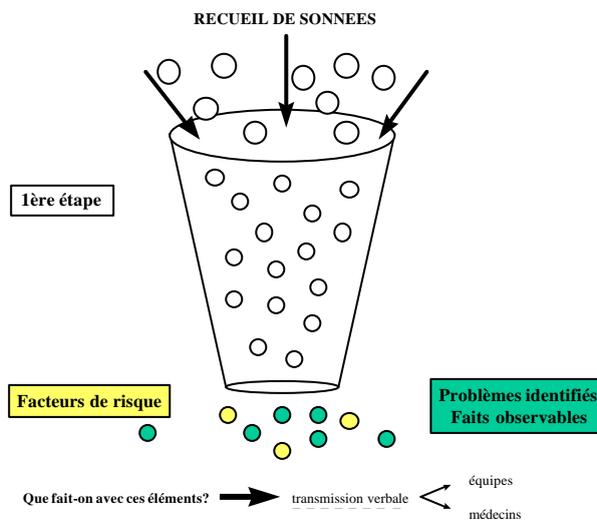
MODELE DE SOINS basé sur la référence infirmière

Définition de concept : idée d'un objet conçu par l'esprit permettant d'organiser les perceptions et les connaissances

_____ Fonctions du
réfèrent _____

- ⇒ participer au premier entretien avec le médecin; où seront élaborés les objectifs de la prise en charge hospitalière.
- ⇒ Responsable du processus de soins dans son élaboration, son l'application et son évaluation jusqu'à la fin de la prise en charge.
- ⇒ Reconnaître au patient le droit d'être responsable de sa propre santé et de participer activement à la réalisation de son plan de soins, en tenant compte de ses limites.
- ⇒ Assurer la transmission des informations infirmières indispensables pour garantir la continuité et la cohérence du programme de soins.
- ⇒ Identifier les membres de son équipe comme des ressources indispensables à la réussite et à l'efficacité du plan de soins de son patient.
- ⇒ Garantir la mise à jour du dossier de soins et la totalité des documents qui s'y rattachent.
- ⇒ Collaborer avec le médecin dans la prise de décision et la planification du projet thérapeutique du patient.
- ⇒ Le responsable de l'unité de soins est garant d'une répartition équilibrée des patients.

Sources : *Réflexion infirmière DUPA "Concept de base de la référence infirmière" 1995*





Soins en milieu carcéral

SERVICE DE MEDECINE ET PSYCHIATRIE PENITENTIAIRES

7 "sites"

La Tuillière, à Lonay

Le Bois.Mermet, à Lausanne

Vevey

┌
├ Forment le pôle "Léman"
└

La Croisée, à Orbe

Le Etablissements de la Plaine de l'Orbe, à Orbe

┌
├ Forment le pôle "Orbe"
└

La Consultation ambulatoire, avec la direction, à Lausanne

Le Levant (L'éventail)

Le mandat du SMPP :

Assurer l'ensemble des prestations de soins nécessitées par la population carcérale dans les domaines :

Psychiatrie

Somatique

Préventif

L'appartenance du SMPP

à la santé publique, via les Hospices Cantonaux

Partenaires privilégiés :

D'une part : Les institutions de soins (santé publique ou privées)

D'autre part : Les directions des prisons
Le service pénitentiaire
La justice

Les collaborateurs du SMPP

Les équipes infirmières

Les médecins psychiatres



Les médecins internistes
Les psychologues
Les secrétaires

Soins infirmiers en prison (pôle d'Orbe)

1. Cadre de travail
2. Types de professionnels
3. Types d'interventions infirmières
 - 3.1 Visite d'entrée
 - 3.2 Gestion de la médication
 - 3.3 Consultations infirmières
 - 3.4 Consultations médecins somaticiens
 - 3.5 Consultations médecins psychiatres
 - 3.6 Urgences
 - 3.7 Système de piquet
 - 3.8 Colloques
 - 3.9 Administration/Gestion
 - 3.10 Collaboration avec les services internes et externes

Soins infirmiers en prisons

1. Cadre de travail

En tant qu'infirmier SMPP, Pôle de l'Orbe, nous sommes amenés à pratiquer notre activité dans trois lieux différents, tous liés à l'enfermement.

- La Croisée, prison préventive où les détenus sont en attente de leur jugement/arrêt.
- L'établissement de la Plaine de l'Orbe divisées en 2 sites : le pénitencier et la colonie où s'exécutent les fins de peine ainsi que la majorité des détenus sous traitement de méthadone.

2. Type de professionnels

Dans le cadre de notre pratique nous sommes amenés à collaborer avec différents professionnels ainsi que lieux de soins. En voici une liste non exhaustive :

- médecin somaticien
- médecin psychiatre
- psychologue
- dentiste
- physiothérapeute
- opticien
- bandagiste prothésiste
- collaborateurs du pénitenciers (surveillants, assistants sociaux, maîtres d'atelier, service administratif, direction)
- lieux de soins (centre St-Martin, Le Relais, ...)

3. Types d'interventions infirmières



3.1 Visite d'entrée

Chaque détenu est vu par un infirmier le jour de son arrivée selon un protocole bien établi qui vise à évaluer son état de santé, à s'assurer du suivi de son traitement s'il y a lieu, de proposer en terme de prévention les vaccinations suivantes, (Di-Te, Polyo, Hépatite B, ainsi qu'un contrôle mantoux et une radio du thorax). L'entretien a aussi pour but d'informer le détenu des prestations de soins offertes par le SMPP, de la procédure pour en faire la demande ainsi que la fourniture d'un set de prévention. Le détenu est ensuite inscrit pour la visite d'entrée qui a lieu au début de la semaine suivante auprès du somaticien.

3.2 Gestion de la médication

Celle-ci consiste dans le suivi des prescriptions médicales leur préparation et leur administration. Celles-ci varient selon le site et le type de médicaments.

A la Croisée cette distribution est quotidienne et s'effectue dans des barquettes "24 heures".

Au Pénitencier et à la Colonie, elle est journalière ou hebdomadaire et s'effectue dans des enveloppes ou des petits flacons en plastique où le médicament est dilué et dont la prise se fait devant le surveillant.

3.3 Consultations infirmières

Les consultations infirmières se font régulièrement sur chaque site selon différents modes soit :

- à la demande du détenu
- selon un programme de consultation horaire préétabli
- dans des situations d'urgence (blessures, malaises...)

Ces consultations ont pour but de trier les demandes de soins, d'y répondre si cela est de la compétence de l'infirmier ou de l'aiguiller sur le médecin somaticien ou psychiatre.

3.4 Consultations médecins somaticiens

Le rôle de l'infirmier est de seconder le médecin somaticien lors de sa consultation. De s'assurer du suivi du traitement de son application en utilisant différents moyens à sa disposition.

- Dossier patient
- Observation des surveillants
- Consultations infirmières
- Gestion de la médication

3.5 Consultations médecins psychiatres

Ce suivi est soit ordonné par le tribunal, soit demandé par le détenu. Dans un certain nombre de cas (dangerosité du détenu, pervers sexuel), l'infirmier participe, en tant que co-thérapeute et référent, au traitement.

3.6 Urgences

Dans la majorité des cas, l'infirmier intervient dans le cellulaire, sous contrôle des surveillants afin d'évaluer la situation.

- soit l'infirmier est à même de répondre à la demande
- soit il prend contact avec le médecin de garde somaticien ou psychiatre qui décident



de la suite à donner, prescription médicale (consult. Hospitalière) ou hospitalisation. Il est de la compétence de l'infirmier d'organiser avec l'établissement pénitentiaire le transfert du détenu dans un centre hospitalier.

3.7 Système de piquet

Ce système a pour but d'assurer une présence infirmière 24H/24H. 365 jours par année. Il est couplé à un système de gardes médicales somaticien et psychiatre. Lorsqu'une situation d'urgence se présente, le surveillant en avise la centrale de la prison qui prend contact avec l'infirmier de piquet. Selon les observations transmises par la centrale, il décide de l'attitude à adopter. La procédure est la même que celle d'une urgence signalée pendant les heures de présence du service infirmier sur le site.

3.8 Colloques

L'infirmier participe de manière active aux différents colloques de service qui sont aujourd'hui au nombre de trois :

- Le colloque infirmier qui a lieu une fois par semaine qui permet de faire la synthèse de nos prises en charges, de coordonner et organiser nos prestations, de développer un projet de service de soins infirmiers et activer la formation continue.
- Colloques médico-infirmiers qui ont lieu une fois par semaine le mercredi dont les thèmes sont liés à la pratique du SMPP, par exemple secret professionnel et prison, unité psychiatrique,...
- Colloques médico-infirmiers qui ont lieu une fois par semaine le vendredi, dont l'ordre du jour se compose en général :
 - d'annonces d'ordre général (conférences)
 - du préavis (position du SMPP sur des demandes faites par des détenus suivis par le SMPP à la direction de la prison)
 - organisation et gestion du service
 - études de cas

3.9 Administration/Gestion

Ce travail est constitué principalement par la facturation de nos prestations, les données statistiques, ainsi que le suivi écrit de nos prises en charges et pour finir l'organisation de notre travail sur les différents sites (horaires, congés, vacances, remplacements en cas de maladie).

3.10 Collaboration avec les services internes et externes à la prison

Il est certes difficile d'en faire une présentation complète, mais voici quelques exemples à mes yeux significatifs :

- les service social du pénitencier.
 - colloque hebdomadaire concernant les détenus suivis conjointement par le service social et le SMPP
 - Colloque mensuel concernant les nouveaux détenus arrivants
- le service pénitentiaire.
 - colloque hebdomadaire appelé préavis dont je vous ai déjà parlé préalablement
- services extérieurs.
 - centre St-Martin, organisation de sortie des détenus sous méthadone.
 - EMS Sylvabelle, placement de détenus souffrant de problèmes psychologiques importants



A ceci se rajoute tous les entretiens informels en lien avec les détenus qui permettent de mettre de l'huile dans les rouages afin que chacun tout en gardant son identité participe à ce challenge quotidien qu'est la prise en charge globale d'un détenu.

Joaquin Lopez

Groupes thérapeutiques d'affirmation de soi

INTRODUCTION

Cet exposé a pour objectif de présenter les groupes thérapeutiques d'affirmation de soi, d'orientation cognitivo-comportementale, récemment introduits dans le cadre du Secteur Psychiatrique Ouest (S.P.O.). A cette fin, plusieurs points seront abordés :

- Les axes de prise en charge dans le cadre du S.P.O.
- L'affirmation de soi et sa cohérence par rapport aux concepts de soins infirmiers
- L'être humain « cognitivo-comportemental » et les différents types de comportements
- La cohabitation existant entre les difficultés d'affirmation de soi et les autres pathologies psychiatriques.
- Les groupes thérapeutiques d'affirmation de soi : descriptif du protocole de prise en charge et résultats préliminaires de l'évaluation quantitative et qualitative.

LES AXES DE PRISE EN CHARGE DANS LE S.P.O.

Le Secteur Psychiatrique Ouest offre actuellement une palette de soins, composée de quatre approches principales : psychopharmacologique, psychanalytique -avec toutes les prises en charge d'orientation analytique en découlant-, systémique, et cognitivo-comportementale. Cette dernière approche a été introduite dans le cadre du S.P.O. en septembre 1999, notamment au travers d'une formation ouverte à l'ensemble des professionnels de la santé mentale travaillant à l'Hôpital de Prangins. La première étape de cette formation s'est centrée sur l'affirmation de soi et s'est déroulée de novembre à décembre 1999 ; les premiers groupes thérapeutiques d'affirmation de soi ont débuté en février 2000.

AFFIRMATION DE SOI ET MODELE DE SOINS INFIRMIERS



L'affirmation de soi est un outil d'orientation cognitive et comportementale qui offre au patient de se centrer sur « l'ici et maintenant » en développant ou acquérant des compétences relationnelles plus adéquates par rapport au milieu dans lequel il évolue. En ce sens, l'affirmation de soi est cohérent avec les modèles de soins infirmiers avec lesquels nous travaillons, par exemple celui de Virginia Henderson.

L'ETRE HUMAIN « COGNITIVO-COMPORTEMENTAL »

Dans la perspective cognitivo-comportementale, l'être humain possède trois outils principaux lui permettant d'être en relation avec son environnement : les cognitions, les émotions et les comportements.

Le terme « cognition » regroupe les pensées, les images, les souvenirs, qui animent un individu et lui permettent de penser le monde qui l'entoure, de lui donner un sens en l'appréhendant par la raison.

Le terme « émotion » regroupe les affects de la personne (angoisse, peur, tristesse, colère, joie, plaisir, etc.) et ses sensations physiologiques (accélération du rythme cardiaque, bouffée de chaleur, boule dans la gorge, noeud dans l'estomac, etc.).

Le terme « comportement » correspond à ce que *fait* l'individu (actes, actions motrices), ce qu'il *dit* (discours, comportement **verbal**), ce qu'il *exprime* par ses attitudes, ses regards, la position de son corps, le ton de sa voix, etc. (comportement **non verbal**).

Ces trois niveaux de relation au monde -cognitions/émotions/comportements- sont en constante relation et s'influencent les uns les autres.

Quatre grandes catégories de comportements peuvent être distingués : les comportements dits « inhibés », les « agressifs », les « manipulateurs » et les affirmés. Pour illustrer ces catégories de comportements, prenons un exemple. Imaginons que votre collègue vous demande de la remplacer le week-end prochain. Vous avez d'autres projets et ne souhaitez pas lui rendre ce service.

- Si vous vous comportez de manière inhibée, vous répondrez positivement à sa demande et la remplacerez, sans respecter ce que vous aviez décidé et en privilégiant ses besoins par rapport aux vôtres.
- Si vous adoptez un comportement de réponse agressif, vous l'accuserez peut-être de ne jamais s'y prendre à l'avance, vous lui direz peut-être que sa demande est absurde et que vous n'y répondrez pas de manière favorable puisqu'elle-même ne vous a jamais rendu de tels services au préalable.
- Si vous vous embarquez dans une réponse manipulatrice, vous demanderez peut-être un rendez-vous à votre supérieur hiérarchique pour vous plaindre des demandes inadéquates de votre collègue, ou vous inventerez mille bonnes excuses de ne pas pouvoir répondre favorablement, prétextant par exemple une fête de famille à laquelle vous ne pouvez vous soustraire.
- Par contre, si vous choisissez d'utiliser un comportement affirmé, vous exprimerez vos émotions et vos cognitions, clairement, directement, et avec authenticité. Vous lui direz peut-être : « J'aurais eu plaisir à te rendre ce service et je me sens un peu mal à l'aise de t'opposer un refus, mais j'ai d'autres projets pour ce week-end. J'espère que tu ne m'en voudras pas et que tu pourras trouver une autre solution pour résoudre ton problème. »



« CO-HABITATION » DES LACUNES EN AFFIRMATION DE SOI ET DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

Dans la seule base de données MEDLINE, plus de 600 articles faisant référence à l'affirmation de soi, à ses liens -directs ou indirects- avec d'autres pathologies psychiatriques ou somatiques ont été répertoriés entre 1966 et 2000. Ces études mettent en évidence le fait que les lacunes en affirmation de soi cohabitent avec de nombreuses psychopathologies : les troubles de l'humeur, les troubles des conduites addictives (tabagisme, alcoolisme, toxicodépendances), les troubles des conduites alimentaires (boulimie, anorexie), les troubles anxieux (phobie sociale, phobies simples, trouble panique avec ou sans agoraphobie), plusieurs troubles de personnalité (état-limite, histrionique, évitante), les troubles sexuels et autres conjugopathies, les troubles schizophréniques, ou encore le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Par ailleurs, plusieurs études ont mis en évidence l'impact positif d'un apprentissage en affirmation de soi sur la compliance au traitement médicamenteux, la gestion du stress, l'hypertension, la prévention et/ou la réduction des conduites à risques, et la réhabilitation des patients psychiatriques (y compris la réduction du temps de séjour en milieu hospitalier).

GROUPES THERAPEUTIQUES D’AFFIRMATION DE SOI : DESCRIPTION

Dès février 2000, 6 groupes thérapeutiques d'affirmation de soi ont débuté dans le cadre du S.P.O. : deux groupes intra-hospitaliers et quatre groupes extra-hospitaliers.

Les deux groupes intra-hospitaliers se réunissent à raison d'une fois 1h30 chaque semaine. Ils fonctionnent selon un modèle ouvert, c'est-à-dire que les patients y participent selon leur intérêt, leur temps de séjour hospitalier ou de la prise en charge en hôpital de jour. L'admission dans le groupe est discutée par le patient et l'équipe soignante (infirmière, médicale). Chaque séance de groupe est animée par trois professionnels, est supervisée derrière une vitre sans tain et filmée en vidéo.

A ce jour, deux groupes extra-hospitaliers se sont déroulés dans le cadre de la polyclinique de Nyon et deux autres dans le cadre de la polyclinique de Morges. L'entrée dans le groupe fait l'objet d'un entretien de pré-admission qui débouche sur la signature d'un contrat de participation ; la modalité est fermée : une fois le groupe démarré, on ne peut inclure de nouveaux participants.

C'est ainsi qu'au total, 25 patients ont pu être suivis en ambulatoire (dans les groupes extra-hospitaliers) et 30 en intra-hospitalier.

Les animateurs

Dès le mois de novembre 1999, 20 personnes ont souhaité participer à la formation à l'affirmation de soi, d'une durée totale de 10h30 réparties en 7 séances, à raison d'une fois par semaine. L'objectif de la formation était de faire vivre aux futurs animateurs un processus complet d'apprentissage de l'affirmation de soi et de les initier aux principes de l'animation en groupe.



Par la suite, chaque séance de groupe animée était supervisée en direct (derrière une vitre sans tain) et faisait l'objet d'un enregistrement vidéo sur lequel les animateurs travaillaient entre chaque séance afin d'améliorer leur performances.

Avant chaque séance de groupe, les animateurs se réunissaient pour une heure de briefing ; après chaque séance, pour une heure environ de débriefing.

A ce jour, quinze personnes sur les vingt formées, d'horizons professionnels différents, ont eu la possibilité d'animer des groupes thérapeutiques d'affirmation de soi et nous aimerions profiter de l'occasion qui nous est donnée ici pour leur rendre hommage :

- ANNEN Françoise, infirmière; ANSERMIN Georges, ergothérapeute; BEAUCLERCQ Christian, physiothérapeute; BEDWANI Isabelle, infirmière; DE BOCK Julie, assistante sociale; HAENGGELI Simone, infirmière; HAZEGHI Cyrus, médecin assistant; LOPEZ DE LA VEGA Béatrice, médecin cheffe de clinique; PAGE Dominique, psychologue; PESSE Anne-Marie, infirmière cheffe adjointe; PHAN HOANG Thomas, médecin assistant; ROVELLI Liliane, infirmière; SALAMAT Aziz, infirmier; SCHWARTZ Bruno, médecin assistant; WALLER Clarisse, infirmière; VALLON DI FANT Isabelle, assistante sociale

Processus de prise en charge pour les groupes extra-hospitaliers

Chaque potentiel participant, adressé par l'équipe soignante, de sa propre initiative ou par un cabinet privé, est reçu pour un entretien de pré-admission durant lequel la pertinence d'un engagement dans un groupe thérapeutique d'affirmation de soi est évaluée, au travers de la complétion de deux questionnaires d'évaluation des compétences et lacunes en affirmation de soi et au travers d'un entretien structuré permettant de mettre en évidence les éventuelles difficultés relationnelles rencontrées par la personne.

A la fin de cette entretien, un contrat de participation est signé, animateurs et participants se retrouvent pour 10 séances de groupe, de deux heures chacune, dont les deux dernières sont dites de « rappel », à jours et heures fixes.

Entre chaque séance, les participants se voient prescrire des tâches à domicile, sous la forme d'exercices écrits (contenus dans le « Cahier d'affirmation de soi » que chacun reçoit dès son entrée dans le groupe) et d'exercices de mises en pratique des conduites affirmées apprises durant la séance. Pour chaque exercice de mise en pratique, les participants sont invités à compléter des fiches d'auto-observations et à y relever les éventuelles difficultés rencontrées.

Entre chaque séance, les animateurs assurent une permanence téléphonique afin d'offrir à chaque participant la possibilité de travailler une situation plus complexe à laquelle il est confronté avant la séance de groupe suivante.

A la fin du groupe, on demande aux participants de compléter à nouveau les deux questionnaires d'évaluation des compétences et lacunes en affirmation de soi ainsi qu'un questionnaire relatif à leur appréciation du processus de prise en charge qu'ils ont vécu (cadre, cahier d'affirmation de soi, animateurs, progrès effectués, etc.).



Finalement, pour ceux qui le souhaitent (à ce jour 15 personnes sur les 25 ayant participé à l'un ou l'autre groupe extra-hospitalier d'affirmation de soi) des séances de rappel, à raison de trois heures mensuelles, sont proposées pendant six mois.

Objectifs des séances de groupe

Chaque séance comporte un objectif d'apprentissage spécifique, de sorte que l'ensemble du processus permette de couvrir les grandes catégories de situations relationnelles auxquelles les participants sont susceptibles d'être confrontés dans leur vie de tous les jours. Ci-dessous, le récapitulatif des thèmes abordés :

- Séance 1 : repérer et distinguer les comportements inhibés, agressifs, manipulateurs et affirmés.
- Séance 2 : apprendre à formuler des sentiments positifs de manière affirmée
- Séance 3 : apprendre à recevoir des sentiments positifs de manière affirmée
- Séance 4 : formuler des demandes affirmées
- Séance 5 : opposer un refus de manière affirmée
- Séance 6 : formuler des critiques de manière affirmée
- Séances 7 et 8 : recevoir des critiques de manière affirmée
- Séances 9 et 10 : séances de rappel destinées à travailler sur toute situation problème

Deux séances ont été consacrées à la réception des critiques, qui représente un sujet d'apprentissage relativement difficile. Quant aux séances de rappel, elles sont programmées à deux ou trois semaines d'intervalle des autres séances, afin de permettre un laps de temps suffisant pour pratiquer les comportements affirmés dans la vie de tous les jours et d'initier un processus de deuil du groupe.

Exemple de séance type

Les groupes extra-hospitaliers, de sorte à répondre aux exigences professionnelles des participants, se sont déroulés en fin de journée. Les dix premières minutes de chaque séance, sont consacrées à accueillir les participants ; puis les tâches à domicile sont passées en revue et les situations ayant posé problème durant la semaine écoulée sont travaillées en jeux de rôle. Après une pause d'une dizaine de minutes, les animateurs présentent les principes théoriques de l'étape d'apprentissage suivante travaillée en jeux de rôle, sur la base de situations factices ou amenées par les participants. Les dix dernières minutes de chaque séance sont consacrées à la prescription des tâches à domicile pour la semaine à venir et à clôturer le groupe en laissant à chaque participant la possibilité d'exprimer ce qu'il a vécu dans la séance, ce qui lui a plu ou déplu, ce qui l'a choqué.

Les jeux de rôles constituent la stratégie centrale de l'apprentissage des comportements affirmés. Ils peuvent prendre plusieurs formes, selon la situation à travailler : directs, indirects, ou de modeling. Dans le jeu de rôle direct, le participant qui soumet au groupe la situation problème joue son propre rôle alors qu'un autre participant prend le rôle de l'interlocuteur. Dans le jeu de rôle inverse, le participant qui soumet la situation problème joue le rôle de son interlocuteur et voit son propre rôle joué par l'un des participants. Quant au jeu de rôle modeling, le participant qui amène la situation problème observe deux autres participants reproduire la scène et la travailler de sorte à produire une réponse la plus affirmée possible ; il tente ensuite lui-même de reproduire, par imitation, cette réponse affirmée.

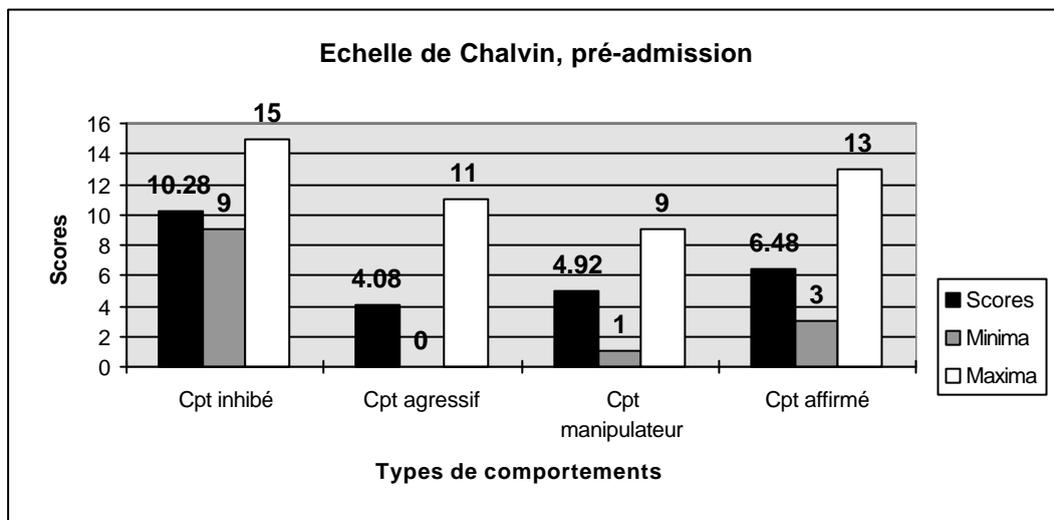


QUELQUES RESULTATS PRELIMINAIRES DES GROUPES THERAPEUTIQUES EXTRA-HOSPITALIERS D’AFFIRMATION DE SOI

Les groupes extra-hospitaliers viennent de prendre fin et nous ne sommes pas encore en possession de l’ensemble des protocoles d’évaluation. Les chiffres qui suivent doivent donc être considérés avec prudence puisqu’ils n’ont pas encore fait l’objet d’un traitement statistique adéquat, mais ils permettent toutefois de dessiner une tendance intéressante.

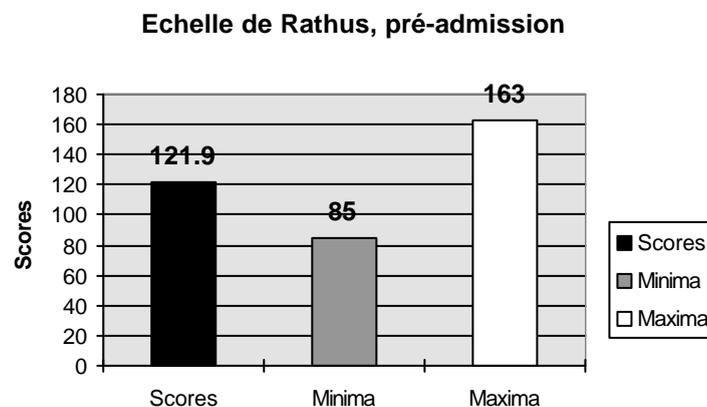
Evaluations de pré-admission

L’ensemble des résultats préliminaires relatifs aux compétences et lacunes en affirmation de soi avant l’entrée dans le groupe a été calculé sur la base de 21 protocoles (sur 25).



Commentaires

L’ensemble des sujets ayant participé aux groupes extra-hospitaliers d’affirmation de soi présentaient un score moyen de comportements inhibés relativement élevé (10.28 sur 15, mi. 9, max. 15). Le score moyen des comportements agressifs était de 4.08 sur 15 (min. 0, max. 11), des comportements manipulateurs de 4.92 sur 15 (min. 1, max. 9). Quant aux comportements affirmés, le score moyen était de 6.48 sur 15 (min. 3, max. 13).

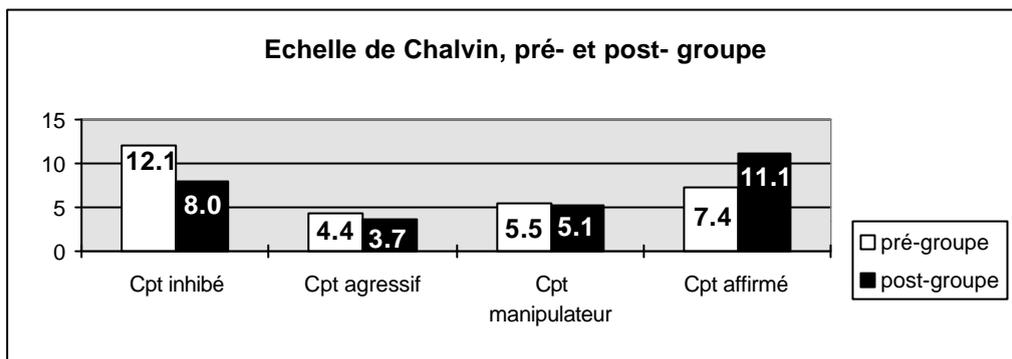


Commentaires

L'échelle de Rathus permet de calculer un score global d'affirmation de soi. Les études de validation effectuées sur les populations francophones mettent en évidence qu'un score approximant 126 correspond aux populations souffrant de phobie sociale, alors que les populations contrôles obtiennent des scores approximant 92. Les 25 sujets ayant suivi les processus extra-hospitaliers d'affirmation de soi ont obtenu un score moyen de 121.9 avant l'entrée dans le groupe, avec un minima situé à 85 et un maxima à 163.

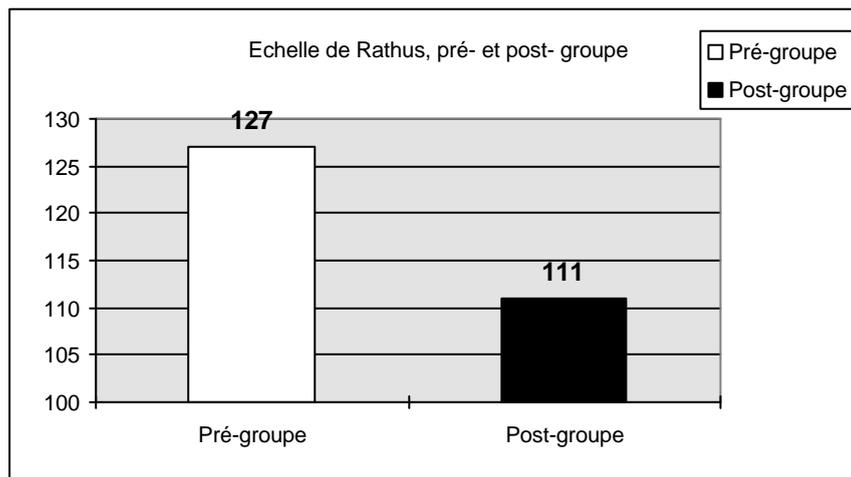
Comparaisons pré- et post- groupe thérapeutique

Les résultats préliminaires présentés ci-dessous sont ceux des 14 sujets (sur 25) qui nous ont renvoyés, à ce jour, leurs protocoles d'évaluation.



Commentaires

Comme le montre le graphique ci-dessus, les scores moyens des comportements inhibés sont passés de 12.07 à 8 après les dix séances, les comportements agressifs de 4.43 à 3.71, les comportements manipulateurs de 5.5 à 5.41 et les comportements affirmés de 7.36 à 11.14.



Commentaires

Quant aux scores moyens obtenus à l'échelle de Rathus, ils dénotent eux aussi d'une évolution puisqu'ils passent de 127, avant le groupe, à 111 après les dix séances de groupe.



Evaluation qualitative

Les résultats préliminaires présentés ci-après ont été tirés à partir des 14 protocoles (sur 25) à ce jour en notre possession.

En ce qui concerne le cadre global de la prise en charge (horaires, lieux, nombre d'animateurs, etc.), la note de satisfaction attribuée par les participants est de **2.6 points sur 3**.

En ce qui concerne la qualité du cahier d'affirmation de soi (présentation, clarté des exercices, utilité des stratégies mnémotechniques, etc.), la note de satisfaction est de **8.3 points sur 10**.

Selon les 14 participants interrogés, le thème le plus intéressant était : recevoir des critiques ; formuler des sentiments positifs était perçu comme le thème le moins intéressant et le plus facile. Quant au thème le plus difficile, il s'agissait, selon eux, de formuler des demandes.

Neuf personnes sur les 14 interrogées considèrent avoir globalement changé leur manière de se comporter lorsqu'elles se retrouvent confrontées à la formulation et la réception de sentiments positifs, de critiques, la formulation de demandes et de refus.

Dix personnes évaluent que le plus grand changement pour elles a eu lieu dans leurs comportements vis-à-vis de leurs amis, 8 vis-à-vis de leur famille, 8 vis-à-vis de leurs enfants, 7 vis-à-vis de leurs conjoints, 6 vis-à-vis de leurs collègues, 5 vis-à-vis des figures d'autorité (médecins, policiers, etc.), et 4 vis-à-vis de leurs supérieurs hiérarchiques.

Il est à noter que deux personnes interrogées considèrent n'avoir effectué aucun progrès, alors que la comparaison pré- et post-groupe des deux échelles d'évaluation qu'elles ont complété mettent en évidence un changement comportemental allant dans le sens d'une plus grande compétence en affirmation de soi. Actuellement, nous ne sommes pas encore en mesure d'émettre des hypothèses satisfaisantes d'explication de ces évaluations subjectives.

ELEMENTS DE CONCLUSION...

Clarisse Waller : « Pour ma part, cette formation pour animer des groupes thérapeutiques d'affirmation de soi m'a apporté un nouvel outil de travail et un enrichissement supplémentaire en me donnant l'occasion de prendre conscience de certaines de mes lacunes en la matière et de pouvoir les modifier en bien. L'acquisition de cet outil n'en est pas resté là : j'ai pu le transmettre à mes collègues de service pour que, finalement, les patients en soient les bénéficiaires.

Aziz Salamat : « Je rejoins ma collègue dans ce qu'elle vient de dire. A titre personnel, cette formation m'a permis d'identifier mes lacunes en affirmation de soi. Les bénéfices que j'ai pu en tirer se sont exprimés dans une sphère professionnelle, sociale et personnelle. Ce qui m'a séduit dans cette thérapie, c'est d'une part sa brièveté (dix séances de 2 heures), d'autre part son efficacité -en effet, j'ai pu constater les énormes progrès accomplis par les participants-, et finalement, la perspective philosophique sous-jacente à ce type de prise en charge : offrir au participant la possibilité de devenir son propre thérapeute.



Clarisse Waller et Aziz Salamat