

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



L' Ecrit et les « Mercredi infirmier » : quelques questions ?

Sommaire :

Brigitte Longerich, rédactrice romande de *Soins infirmiers: L' Ecrit, une expérience à poursuivre*

Comité de rédaction, *L' Ecrit et les « Mercredi infirmier » : quelques questions ?*

Collectif : *Vérités au-delà, erreurs en deçà*, Compte-rendu de la visite de la clinique universitaire de Giessen en Allemagne.

L' Ecrit – une expérience à poursuivre

Les quelques propos qui suivent essaient de répondre à la question qui m'a été posée en tant que rédactrice et en tant que personne extérieure à l'aventure de L' Ecrit : « Est-ce que cette publication a une utilité, et si oui, faut-il continuer à l'assurer dans sa forme actuelle ou sous une autre forme ? »

Mes réflexions sont structurées en trois parties, et vont du général au particulier :

. Tout d'abord, quelques réflexions sur le rôle de l'écriture dans la presse et dans des publications de genres différents,

. la place de l'écriture dans le domaine des soins infirmiers,

. Un regard extérieur sur L' Ecrit – perception personnelle et suggestions.

Ecriture et presse écrite

Je suis toujours surprise de constater que malgré la place grandissante de l'audio-visuel, on continue d'écrire, de publier, tant des livres que des journaux ! Il y a quelques années, les journalistes craignaient la disparition d'un grand nombre de titres dans la presse, on pensait que tout passerait désormais par internet – eh bien non ! il n'en est rien.

D'ailleurs, on peut se demander parfois si tout ce qui est écrit est réellement lu ! A ce sujet,

j'aimerais mentionner que la Bibliothèque cantonale et universitaire de Lausanne, responsable du dépôt légal des publications, recense actuellement 786 périodiques par an, ce qui représente tout de même quelque 9000 fascicules ! A cela viennent s'ajouter 660 rapports annuels émanant d'associations, organisations et institutions diverses. Ces publications vont des titres de la grande presse aux bulletins publiés dans toutes sortes de registres.

Dans le domaine de la presse, on distingue plusieurs catégories de publications qui ont toutes leurs particularités et leur public.

. La presse dite « générale » - quotidiens, hebdomadaires, mensuels ou autres consacrés à l'ensemble des activités humaines qu'elle suit par le menu, avec des différences culturelles et régionales – chacun peut choisir en fonction de ses goûts et intérêts.

Dans cette catégorie, on n'oubliera pas internet, qui représente probablement le top de ce qu'on peut faire en matière de vulgarisation : la terre entière peut avoir accès à une information, qui doit donc être compréhensible pour un public extrêmement large : d'où une réelle menace pour la qualité de l'écrit !

. La presse dite « spécialisée » consacrée à des domaines particuliers, professionnels, aux loisirs, ou autres. Une visite dans un kiosque à journaux bien achalandé donne une idée de la diversité des matières traitées.

La revue dont je m'occupe depuis de nombreuses années fait partie de cette catégorie. Elle a cependant une particularité : issue d'une association professionnelle, elle est en quelque sorte « imposée » aux membres qui la reçoivent automatiquement.

. J'ajouterai une catégorie qu'on pourrait appeler la « presse spécifique », qui constitue en fait un sous-groupe de la presse spécialisée, et dont votre publication fait partie : elle concerne un nombre restreint de personnes partageant des intérêts communs et sert de lien entre ces dernières.

Je ne sais pas exactement combien il existe de publications émanant de groupes divers

appartenant à la corporation des soins infirmiers, mais ce doit être considérable : beaucoup de groupes d'intérêts, sections, institutions ou départements d'une institution font paraître un journal, qui sert souvent de lien lorsque la communication orale s'avère insatisfaisante.

Tout cela ressemble donc à un entonnoir : le nombre de lecteurs diminue en effet en fonction de la spécificité de la publication : un journal comme *24 Heures* annonce un tirage de 88 000 exemplaires pour plus de 200 000 lecteurs, *Soins infirmiers* est envoyé à 28'000 membres (mais n'avance pas de nombre de lecteurs...), et *L'Écrit* a une centaine de lecteurs. Mais on sait bien que c'est avant tout la qualité qui compte et l'essentiel est de savoir à qui on s'adresse et quelles exigences de qualité l'on met en avant.

L'écriture dans le domaine des soins infirmiers

Dans ma pratique personnelle de rédactrice, j'entends encore très souvent dire : « j'aimerais bien vous proposer un article pour la revue, mais moi, l'écriture, ce n'est pas mon fort ». Au fil des années, la timidité des soignants à s'exprimer par écrit s'est pourtant atténuée, et les choses ont changé.

Auparavant, devenir infirmière, c'était embrasser une profession pratique, technique, relationnelle, mais dans laquelle l'écriture n'avait que peu de place. Même, on considérait qu'écrire était une perte de temps. Au cours d'un congrès, j'ai entendu une intervenante dire que les infirmières « qui passaient leur temps à faire de la paperasse » n'étaient guère considérées par leurs collègues...

Actuellement, le contexte est différent. Au cours de la formation de base déjà, les infirmières sont tenues d'écrire, de rendre régulièrement des travaux. Par la suite, dans les cursus de formation continue, c'est pareil.

Bien sûr, écrire un mémoire de fin de formation n'est pas une garantie de qualité : trop d'étudiantes ou de personnes en formation se bornent à résumer des faits, à énumérer des points, sans se rendre compte que le langage écrit offre une richesse infinie et permet de

présenter les choses tout autrement que par oral.

Mais le désir d'écrire est là, et de plus en plus de personnes souhaitent publier. Nous avons fait une expérience positive avec une rubrique intitulée « récits de soins », dans laquelle les auteurs pouvaient raconter librement une situation clinique vécue.

Une chose continue de me surprendre : les infirmières françaises prennent la plume avec une aisance particulière – la crainte de l'écrit serait-elle liée à notre système scolaire helvétique ou au fait que nous nous exprimons moins que nos voisins ?

J'en viens à l'écriture dans les soins psychiatriques. Un bref coup d'œil aux sommaires de *Soins infirmiers* des dernières années révèle ceci :

1986 : aucune contribution

1988 : 1

1990 : 3

1994 : 6

1998 : on retombe à 3

2000 : 4.

Au fil des années, on a pu constater un net réveil des milieux psychiatriques. C'est comme si les gens n'osaient pas s'exprimer auparavant. La difficulté, dans ce domaine, est d'être compréhensible pour les autres : beaucoup de textes issus des milieux psychiatriques sont d'une telle complexité et écrits dans une langue tellement spécifique qu'ils ne sont pas à la portée de tous les lecteurs.

Je terminerai cette partie en disant que l'écriture est désormais une préoccupation importante dans les milieux infirmiers, du reste les prochaines Journées romandes de soins infirmiers (novembre 2002) auront pour thème « La souris et la plume ».

L'Écrit – un regard extérieur

Je reçois *l'Écrit* depuis le début et je le lis presque régulièrement. De petite feuille timide qu'il était à ses débuts, il s'est mué en une publication d'une certaine envergure.

J'apprécie le fait qu'il vise un certain niveau d'information professionnelle – de nombreux bulletins internes sont en effet davantage des

journaux du personnel que des publications professionnelles.

Le comité de rédaction a mis l'accent sur la volonté d'en faire quelque chose de pluriel, ce qui me semble important : le danger d'une telle publication est en effet de rester réservée à un petit nombre d'initiés qui seuls savent de quoi on parle.

La plupart des articles sont accessibles pour des personnes non-initiées – certains ont d'ailleurs été repris dans *Soins infirmiers*. Les comptes-rendus d'expériences présentés peuvent être fort utiles à d'autres collègues.

D'un point de vue journalistique maintenant : il serait peut-être bon d'opter pour une régularité dans la présentation. Par exemple avoir toujours un éditorial – ou non -, créer des rubriques s'il y a plusieurs contributions, veiller à avoir un nombre de pages à peu près égal. La question de l'uniformité de ton peut se discuter, car la variété présente aussi des avantages. Ainsi, j'ai été intéressée par le numéro 41 consacré à la postmodernité, tout en me demandant si un tel dossier avait réellement sa place dans *l'Écrit* et n'aurait pas été davantage à la portée des lecteurs d'une revue de philosophie...

En conclusion, le principal message que je souhaiterais faire passer est celui-ci : lorsqu'on écrit pour être publié – donc pour être lu et compris – il importe de toujours se mettre à la place du lecteur. Nous sommes tous des lecteurs potentiels, quelles sont nos attentes, nos préférences, à quel moment « décrochons-nous » d'un article ? Lorsque nous écrivons, essayons de nous en souvenir !

A l'équipe qui, depuis plusieurs années, assure la publication de *l'Écrit*, je ne puis qu'adresser mes encouragements afin que l'expérience soit poursuivie, même s'il s'agit aujourd'hui de trouver d'autres chefs de file !

Brigitte Longerich

« Ce n'est pas un hasard si le besoin d'un journal se fait sentir dans cette enceinte ; c'est au contraire un

signe des temps et des choses nouvelles qui y pénètrent et s'y organisent et doivent trouver un écho parmi et hors de nous » André Requet, médecin-chef du Vinatier à Lyon, à propos de la sortie du journal *le Chantier* en 1950.

L'Écrit et les « Mercredi infirmier », quelques questions ?

Introduction

Il n'est jamais inutile de se retourner sur le passé, simplement il est nécessaire de se méfier de notre propre regard sur une activité qui nous appartient. Nous en prenons ici le risque avec d'autres, accompagnés de la conviction que nos lecteurs sauront faire la part des choses.

Il y a eu à Cery depuis fort longtemps le souci d'écrire. Le premier bulletin qui a émergé en même temps que l'école cantonale vaudoise d'infirmière et d'infirmier en psychiatrie (ECVIP) est paru en 1961 sous le titre, *Le Lien revue de l'école et de l'hôpital de Cery*. Son numéro 1 avait reçu un patronage, classique à l'époque, à la fois religieux et médical ; en effet sa définition était donnée par le Pasteur de l'époque, R. Suter, qui posait la question : Qui suis-je ? Assurant cette identité hypothétique par la foi en l'existence de Dieu. Les encouragements émanaient du Professeur Müller, directeur de l'hôpital qui concluait ainsi : « Que chacune et chacun de vous puissent travailler dans la joie et que cette joie soit visible à travers votre journal ! ». Sa parution dans le format de la moitié d'une page normale était mensuelle.

Contrairement à l'intitulé, les rédacteurs principaux n'étaient pas des élèves mais plutôt des infirmiers déjà en fonction ; l'importance du lien que l'école souhaitait entretenir avec le reste de l'hôpital n'avait alors plus de raison d'être et très vite *Le Lien* disparaît pour n'être plus que *la revue de l'école et de l'hôpital de Cery* et cela jusqu'en 1966.

Une proposition avait été faite de la rebaptiser *L'étincelle*, idée abandonnée pour faire la place à une revue mieux présentée avec une couverture cartonnée et qui, dès 1967, portera le nom d'*Echange*. Les contenus de ces deux publications sont voisins : un éditorial, engageant un débat avec les lecteurs, signé d'un rédacteur

(les plus fidèles ont été Mrs Gadri, Haymoz et Cantini), des articles d'informations (comptes-rendus de voyage, lectures, pédagogie, etc.), des jeux parfois (mots croisés, quiz) et enfin les pages consacrées aux mouvements du personnel. En 1974, un conflit peu élucidé entre les rédacteurs de l'époque et la direction aura pour conséquence l'arrêt de la publication.

Deux ans plus tard le Professeur Müller relancera un nouveau bulletin sur sa seule initiative en postulant qu'à terme il pourrait de nouveau se constituer un comité de rédaction ; son titre sibyllin : *Bulletin du personnel*. Il paraîtra jusqu'en 1990 sur la base de l'information des nouveautés sur le site, des modifications des états civils des personnels, des arrivées de nouveaux collaborateurs ou des départs.

Depuis plus rien avant la réapparition en septembre 1996 d'un bulletin dont la responsabilité appartient au service infirmier du DUPA : *L'Écrit*.

Un bulletin infirmier

Certes ses conditions d'émergence ont dépendu d'envies personnelles, mais il serait intéressant de comprendre, dans les conditions d'alors (fin du plan Orchidée de restriction des ressources, changement annoncé de direction médicale qui augurait de la fin déjà présente du mandarinat, nouveaux enjeux de formation des infirmiers, etc.), les raisons de sa naissance en même temps que celles de sa relative pérennité. D'autres, justement, nous aideront à élucider cet aspect des choses.

Toujours est-il qu'il nous a paru nécessaire, à ce moment là, de nous doter d'un bulletin dont l'appellation a émergé d'un débat autour du thème du premier numéro sur les pathologies du Post-Partum. Il aurait pu s'appeler, *Bulletin psychiatrique*, conformément à la première maquette ; une infirmière, devant nos hésitations, eut l'idée de le nommer le plus simplement du monde : *L'Écrit*.

Nous ne nous étions donnés alors aucun objectif particulier.

Petit à petit nous avons assuré une publication d'environ huit numéros par an en même temps que nous sentions la nécessité de mieux nous

définir. En mars 1998 nous avons énoncé quelques principes :

« *L'Écrit* est pluriel dans toutes ses dimensions, référentielles (modèles théoriques), personnelles (écriture à plusieurs voix).

L'Écrit est ouvert à l'ensemble des collaborateurs infirmiers du DUPA évidemment mais aussi à chacun qui souhaiterait prendre langue avec nous (voir les intervenants non infirmier, G. Heller, J.L. Métraux, Dr Bryois, etc.).

L'Écrit est un des éléments du témoignage de nos recherches en soins infirmiers, il témoigne de notre travail singulier et collectif.

L'Écrit par sa diffusion est un outil de reconnaissance de notre travail par d'autres, professionnels ou non (Publication de certains de ses articles dans des revues telles que *Soins infirmiers*, *Tout comme Vous*, etc.) ».

Nous y avons ajouté un minimum de structuration en mettant en place un comité de rédaction de trois membres, renouvelable tous les deux ans avec un cumul possible de deux mandats. Sa responsabilité auprès de la direction des soins infirmiers était d'établir un calendrier des « Mercredi infirmier » et d'assurer une publication régulière dans le respect des règles formulées ci-dessus.

Enfin au début de 1999, concomitamment avec la sortie du numéro 17, nous avons fait une petite enquête évaluative auprès de nos lecteurs. Nous ressentions le besoin d'avoir un feed-back pour mieux orienter notre bulletin. Les conclusions, publiées dans le numéro 20, ont été d'améliorer la maquette de *L'Écrit*, de le rendre plus intelligible et de proposer un abonnement à ceux qui avaient le désir de nous soutenir.

Ces conclusions ont été mises à exécution dès le numéro 23.

Depuis, nous avons continué à assumer régulièrement et tranquillement la sortie jusqu'au moment où, devant quelques récentes difficultés rédactionnelles (modification de la composition du comité de rédaction, récolte retardée des articles), nous avons décidé de reprendre la question de la pertinence et du sens de cette publication pour le service infirmier du DUPA.

Un rapide tour d'horizon des quarante premiers numéros nous permet de cerner de façon plus claire l'évolution à la fois du contenant et des contenus. Si, globalement, ces numéros représentent 390 pages écrites par quarante huit collaborateurs infirmiers du DUPA et quarante trois intervenants extérieurs au service infirmier pour 112 articles (certains écrits à plusieurs mains), il est utile de nuancer au regard des modifications progressives.

En effet jusqu'au dix septième numéro qui correspond au moment de notre première évaluation, *L'Écrit* fait en moyenne 6,6 pages, il est écrit par moins de deux infirmiers par numéro, moins de 0,5 intervenant extérieur et comporte 1,6 article.

A partir du numéro 18, sa pagination atteint une moyenne de 12 pages, les infirmiers du DUPA sont presque trois à apparaître dans chacun des numéros, les intervenants extérieurs presque deux et le nombre moyen des articles frise le chiffre 4.

Très clairement, *L'Écrit* est passé d'une tradition de facilité à une exigence de qualité qui peut représenter, pour certains collaborateurs, un seuil délicat à franchir; il est en même temps devenu une tribune, un lieu de débat où les éditoriaux, écrits de plus en plus par des intervenants externes, ont servi de mise en perspective tierce de nos pratiques.

Un autre élément d'ouverture peut être souligné à partir des références bibliographiques ; en effet 170 livres et 91 revues sont répertoriées tout au long des numéros, indiquant assez bien que d'un système auto-référencé nous avons évolué vers des modalités hétéro-référencées, signifiant que, dans un univers mouvant, les écrivains ont de plus en plus besoin d'aller lire ailleurs ce qui se développe pour mieux saisir les réalités de la clinique.

Parallèlement, cette ouverture s'est traduite aussi par la publication par des infirmiers du DUPA de 13 articles dans des revues diverses (*Tout comme vous*, *Soins infirmiers*, etc.), sur certains sites internet (www.pinel.qc.ca) et d'un petit livre.¹

¹ *L'Écrit* rend compte, numéro par numéro, des publications des collaborateurs infirmiers du DUPA.

Il nous faut ajouter que la publication est actuellement d'une centaine d'exemplaires² destinés en priorité aux rédacteurs, aux unités de soins, aux abonnés puis aux écoles vaudoises d'enseignement infirmier ainsi qu'aux revues spécialisées tant en Suisse qu'en France.³

Enfin nous bénéficions de l'appui de l'équipe de la bibliothèque de Cery qui a mis L'Ecrit sur le site internet de la bibliothèque médicale⁴, où il est désormais accessible on-line. Il reste quelques numéros à scanner pour que la collection complète soit accessible.

Ce site est désormais relayé par un site français : www.serpsy.org.⁵

Signalons pour clore, que *L'Ecrit* sert maintenant de support mémoriel du colloque annuel des services de soins infirmiers des cliniques psychiatriques vaudoises dans une forme et une couleur qui le caractérisent comme hors-série.

Des « Mercredi infirmier »

L'Ecrit est le plus souvent la transcription de ces séances mensuelles (premier mercredi de chaque mois) dans lesquelles le service infirmier présente son travail, met en perspective ses activités et réfléchit avec d'autres sur le bien-fondé de ses orientations.

Sans expérience préalable dans le service infirmier, le temps clinique étant traditionnellement trusté par le corps médical,

² Nous devons sa maquette, son tirage et son agrafage au concours précieux de M^{me} Rita Rotondo, responsable Offset du département.

³ *L'Ecrit* est distribué à Serpsy, bibliothèques des écoles vaudoises de soins infirmiers, les autres cliniques romandes, vaudoises, Service de Médecine Psychiatrique Pénitentiaire, genevoise, fribourgeoise, valaisanne et neuchâteloise, les archives de l'institut romand d'histoire de la médecine, les abonnés (35 environ), les revues, *Soins psychiatriques*, *Perspective soignante*, le Journal de l'ASI, *Soins infirmiers*, le GRAAP et à nos médecins cadres.

⁴ www.hospvd.ch/public/psy/bpul/

⁵ L'invite à nous lire sur ce site s'énonce ainsi : « Une promenade en Suisse : venez lire L'Ecrit ; le bulletin infirmier du service des soins infirmiers du Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne. Est-ce que les soins infirmiers en psychiatrie sont différents de l'autre côté des Alpes ? ».

leur mise en route s'est faite de façon pragmatique, par approximations successives. En effet au début de l'année 1996 nous avons déjà abordé les thèmes de l'ethnopsychiatrie, de l'anorexie et de la schizophrénie sans que cela nous ait obligé à les transcrire. Nous avons réussi, à partir de mars 1996 et malgré quelques anicroches, à les pérenniser sur un mode différent des présentations habituelles puisque nous avons pu parler clinique sans l'a priori exclusif de la présentation de cas. L'idée monomaniaque première était de structurer un moment de témoignage dans le service infirmier à des fins d'information collective, de ventilation d'expériences professionnelles particulières et de réflexions. Le fait que ces « Mercredi infirmier », quelque en aient été les thèmes, rencontraient un certain succès satisfaisait à nos exigences.

Pourtant quelques épines venaient parfois nous alerter sur ce qui pouvait faire le lit d'une auto-satisfaction somme toute assez naturelle. Des interventions solitaires sans contre-partie, des prises de position médicales en fin de colloque orientant le débat de façon trop exclusivement médico-centrée, des présentations par trop lacunaires et enfin des thèmes délaissés (éthique, économique, etc.) nous ont mis la puce à l'oreille de modifications nécessaires, visant à mieux définir la place du tiers, à être vigilant sur la variété des thèmes et à ménager un temps de débat suffisant.

Ainsi, dans la continuité de l'évaluation de *L'Ecrit*, nous avons jugé utile dès décembre 1998 d'inscrire dans leur déroulement un moment final d'évaluation structurée par 5 questions portant sur la durée, la qualité du thème abordé, la compréhensibilité de la (ou les) présentation(s), la qualité de l'articulation des interventions et enfin la capacité du colloque à mobiliser la réflexion des auditeurs.

Là encore, un court bilan de ces évaluations permet de dresser un premier état des lieux.

Ces évaluations sont remplies à 72% par les présents qui sont en moyenne vingt huit lors de chaque colloque, ce qui représente par exemple pour la période (décembre 1998 - avril 2001), 583 collaborateurs recensés. Le thème traité rencontre une approbation de 72%, la compréhensibilité est de 98% et enfin les

motivations à la réflexion personnelle sont de 55%.

Corrélativement nous avons introduit systématiquement un tiers, un médiateur, un Cande dans l'organisation même du colloque, inscrivant le regard extérieur comme constitutif d'une parole ouverte. Cela nous a permis de mettre des partenaires dans une position nouvelle, difficile à inventer dans le feu des présentations mais révélatrice de chantiers non explorés, de perspectives d'avenir.

Ces chiffres, dans leur rigueur, ne disent rien des stress des soignants devant présenter leur travail, mais aussi des satisfactions d'avoir passé ce cap que certains pensaient inatteignable ; ils taisent aussi les reconnaissances transverses qui se manifestent à ces occasions et qui contribuent pour une part importante à la culture des soins infirmiers dans ce département, culture de la différence acceptée, du respect de la trajectoire professionnelle de l'interlocuteur et de l'acceptation du regard externe perçu comme fécond plutôt que destructeur.

Tout cela dessine parfois le profil d'une utopie, mais celle-ci soutient notre persévérance; nous ne pouvons accepter de faire semblant de laisser la parole libre et l'écrit ouvert si nous ne nous donnons pas au moins ces moyens.

Conclusion

Nous connaissons tous la difficulté à tenir de tels challenges, même si chacun en justifie l'importance. Dans ces deux registres - le témoignage et l'écrit - , la leçon essentielle a été de démontrer que de nous mettre, les infirmiers de Cery, en position de les réaliser est une gageure tout à fait assumée par une partie non négligeable d'entre nous. Nous l'avons vu, cela ne date pas d'aujourd'hui. Il serait dommageable, au vu des projets qui pointent à l'horizon (HES par exemple), d'en interrompre le cours.

Les enjeux sont nombreux pour continuer de faire de ces outils des éléments dynamiques.

L'exigence du renouvellement périodique des responsables du Comité de rédaction est une dimension importante du pari de l'ouverture à des pratiques en mouvement. Certes, il n'est pas toujours évident à la fois de constituer un

calendrier (contacts nombreux nécessaires, hypothèses non confirmées, etc.) et de récolter des articles dont il faut parfois négocier la forme et le fond, mais ces difficultés, parfois source de découragement et de lassitude, ne doivent pas masquer les bénéfices principaux générés par ces activités.

L'évaluation de ces pratiques en est un autre, primordial; nous l'avons souhaité en collaboration avec les linguistes qui travaillent en psychiatrie de liaison mais cela n'avait pas abouti; il nous reste à trouver d'autres alternatives afin que la parole et l'écrit infirmiers continuent de trouver dans ce département les moyens concrets de leurs expressions.

L'intégration plus systématique du témoignage des patients confirmerait les précédentes expériences (*L'Écrit* n^{os} 24 et 25) et renforcerait la dimension partenariale du soin. Dans ce domaine, il est assez remarquable de relever que les thèmes développés, sans que nous en ayons fait un choix conscient, se sont écartés délibérément des présentations cliniques dont la tradition psycho-dynamique avait fait un paradigme, encore vivant dans nos pratiques sectorielles.

Enfin, au regard des numéros hors-série qui transcrivent les contenus des journées des pratiques infirmières en psychiatrie dans le Canton de Vaud, nous pouvons faire l'hypothèse de donner à un bulletin la charge de représenter dans leurs différences et leurs contradictions les points de vues de chacune des institutions du canton au travers de contributions singulières et dans un cadre rédactionnel partagé entre les sites.

Une volonté de grandir sans présupposés impérialistes devrait générer un nouvel élan, de nouveaux liens, un enrichissement de nos problématiques. Gageons que les directions des soins infirmiers sauront donner à cette ouverture quelques chances de succès.

Le Comité de rédaction de *L'Écrit*.

Regula Baumann, Eric Girard, Jérôme Pedroletti.

Remerciements

Nous remercions le Dr Jacques Gasser, médecin associé au DUPA et Privat Docent

d'histoire de la médecine, d'avoir été présent lors de ce colloque sur L'Écrit et les « mercredi infirmier ». Son intervention bienveillante ne peut faire l'objet d'un article mais nous retiendrons l'affirmation de sa solidarité quant aux efforts déployés par le service infirmier dans ce registre particulier.

Vérités au-delà, erreurs en-deça ?

Introduction

Il y a parfois à l'écoute d'une conférence un élément ou deux dans le discours du conférencier qui nous alertent ; pourquoi ? Nous ne le savons pas clairement mais l'idée germe qu'il faudrait en savoir plus. C'est un peu de cela dont il s'est agi lors de l'exposé du Dr Gallhofer à Cery en 1998. Certes nous étions au début de la restructuration du DUPA en unités spécialisés ; nous recherchions alors des modèles de références, mais il y avait dans la clarté de l'exposé une conviction, une approche dynamique des problématiques soignantes qui avait rendue impérative l'hypothèse, alors même que nous étions déjà allés en France (St Jean de Dieu à Lyon) et à Genève (Belle Idée), de traverser la frontière, nord celle-ci, vers Francfort jusqu'à Giessen (Land de Hesse) au centre de l'Allemagne.

Deux ans et demi plus tard, fin novembre 2001, c'est la préoccupation d'une meilleure prise en charge des patients présentant une première décompensation psychotique qui mobilisait notre curiosité d'autres pratiques.

Le temps que nous avons mis pour mener à bien ce projet souligne ce paramètre incontournable qu'il devait intégrer nos collègues germanophones, quitte à attendre qu'ils puissent se libérer de leurs obligations personnelles. Cette dimension d'un temps respectueux d'autres rythmes que ceux de la clinique, indique la place que l'on réserve aux équipes soignantes dans l'élaboration de nouvelles pratiques de soins dans la section « E. Minkowski ». Cela, en même temps, valorise notre souci de communication la plus adéquate possible avec des collègues étrangers, car la confrontation positive des expériences singulières, marquées de tradition culturelle

différente, oblige à une écoute attentive nécessitant un excellent niveau dans la langue de nos hôtes.

Ceci étant il a fallu, à quelques unes, se coltiner la préparation de ce périple : courrier électronique, réservation, ajustement des dates, cadeaux, etc. ; cela s'est fait de telles manières que lors de notre départ avec le petit bus de l'hôpital, tout était réglé ; il nous restait le seul souci d'arriver à bon port, 600 km plus au nord.

De la coupe aux lèvres

L'envie était là, entretenue par de longs palabres, les relations amènes avec nos collègues allemands, l'entregent du Professeur Gallhofer et quelques projections sur des attentes « magiques », mais qu'en serait-il vraiment ? Quelle serait notre capacité d'entendre, de voir et de comprendre ?

La première médiation, après un voyage sans histoire sur les autoroutes allemandes, fut celle de notre accueil à l'hôtel à Giessen par le Pflegedienstleiter (infirmier-chef) Uwe Kropp qui très vite, nous assura d'une disponibilité de tous les instants.

De plus, à l'invite du Professeur Gallhofer, nous étions conviés, après un repos mérité dans nos chambres, à une soirée festive dans une taverne fréquentée par des étudiants, poursuivie par un pot de l'amitié dans sa « villa suédoise »⁶. Il est à noter que son excellente connaissance des langues étrangères facilitait l'intégration des éléments non germanophones de notre groupe dans les discussions.

Certes, le ciel était resté désespérément bas, une pluie incessante nous obligeait à ouvrir les parapluies pour rejoindre notre hôtel, mais cette première soirée nous laissait sur un petit nuage ; qu'en serait-il demain ?

Uwe Kropp nous attendait après le petit déjeuner et c'est avec notre véhicule qu'il nous a conduit, un peu plus loin dans la ville, jusqu'à la clinique universitaire de psychiatrie. Surprise, notre représentation helvétique, oublieuse du clivage allemand entre les cliniques

⁶ C'est le nom exact de sa demeure dont l'architecture, intégrant beaucoup de bois, rappelle celle des pays nordiques.

universitaires et les hôpitaux psychiatriques, postulait que nous serions dans un lieu isolé du reste des spécialités médicales et éloigné de la ville ; or celle-ci s'inscrivait dans un vaste domaine arboré dans lequel on entre après avoir décliné son identité et qui est constitué de nombreuses unités somatiques (obstétrique, chirurgie, pédiatrie, etc.). Vaste plateau technique universitaire parmi lequel une unité de psychiatrie composée de pavillons de deux étages (six unités de soins dont une est fermée), propose une centaine de lits pour une population d'environ

85 000 habitants et dont le Professeur Gallhofer est le directeur.

L'environnement psychiatrique est constitué d'une dizaine d'institutions, situées dans un périmètre d'une centaine de kilomètres et qui pour certaines sont spécialisées (les prises en soins des psychoses du post-partum se font à Marburg par exemple). Le nombre de lits est plutôt en excès.⁷

L'environnement social semble assez fourni puisqu'il semble que les places dans les foyers sont nombreuses.

Conviés dans une partie administrative, une salle de colloque nous a servi d'écran toute la matinée pour écouter une présentation à plusieurs voix des propositions thérapeutiques de la clinique. La qualité formelle des présentations ainsi que l'engagement qu'elles supposaient étaient un gage incontestable d'une clinique vivante, en perpétuelle recherche d'adaptation aux besoins des patients. La preuve allait nous en être donnée tout au long de cette roborative matinée.

Un rappel de l'histoire

La clinique existe depuis la fin du XIX^{ème} siècle et a traversé l'histoire sans trop de dommages, le reste de la ville a été partiellement détruit par les bombardements alliés lors de la dernière guerre ; la seule trace de cette période se trouve dans la galerie de portraits de tous les directeurs de la Clinique ;

⁷ Si on le compare aux chiffres lausannois, 100 lits pour 200 000 habitants, on peut mettre en évidence les différences d'organisation des soins et une vision plus hospitalo-centrée dans la tradition allemande.

en lieu et place d'un directeur pendant la période nazie figure une blouse blanche qui porte sur une de ses manches une croix gammée.

Lorsque le Professeur Gallhofer en a pris la direction il y a onze ans après s'être formé en Autriche (son pays d'origine) et en Angleterre, il a dû à la fois refaire l'architecture intérieure et restructurer une équipe soignante en remplacement de la précédente, dont il nous dira qu'elle développait avec les patients des pratiques d'un autre âge (c'est un euphémisme).

C'est donc fort d'une nouvelle équipe qui avait d'abord dû manier le rouleau à peinture, qu'il a pu relancer une clinique qu'il avait trouvée moribonde. La philosophie des soins qu'ils ont alors collectivement élaborée se définit selon plusieurs axes :

- toutes les unités sont généralistes ; une seule accueille plus particulièrement les personnes en hôpitaux de jour ou de nuit ainsi que les prises en charge ambulatoires ;
- le souci d'intégration des familles, des proches et des patients à la vie de la clinique se traduit par une intégration fonctionnelle des associations de parents et de patients au conseil d'administration de la Clinique. Ils ont même aménagé dans un sous-sol une chambre qui peut recevoir des parents ou des proches qui en auraient ponctuellement besoin ;
- L'essentiel du souci clinique est orienté vers le maintien des compétences, des ressources et des liens sociaux des patients ;
- enfin, l'organisation des soins (Kardex, planning hebdomadaire, etc.) est parfaitement rodée ;

- une nouvelle organisation des soins favorisant une continuité naturelle à travers les différentes phases de la maladie est mise en place avec l'ITZ (Integriertes Teilstationäres Zentrum) ; espace nouveau qui intègre un traitement de la crise, un hôpital de jour et de nuit, une consultation ambulatoire et qui constitue la base de départ des soins à domicile. Plus concrètement, cela signifie par exemple pour un patient donné qu'à son admission il va recevoir un contrat qui stipulera ce à quoi l'institution et lui s'engagent ; ce contrat sera complété à la fin de l'hospitalisation par la possibilité, offerte au patient, de faire un bilan de

séjour et de déposer des « directives anticipées » en cas de nouvelles hospitalisations⁸; il disposera d'un planning hebdomadaire de toutes les activités proposées dans son service et il pourra avec l'équipe soignante noter celles auxquelles il peut participer. Il devra alors suivre le programme décidé et faire parapher sa présence dans les différentes activités choisies. En cas de difficultés, les absences permettront de redéfinir le cadre de soins.

Propositions nombreuses qui se déclinent : activités occupationnelles, toutes les unités possèdent une cuisine adaptée ; activités réhabilitatives, une batterie de groupes encourage les compétences réadaptatives et sociales (Liebermann, IPT de Brenner) ; activités cognitives, une série de programmes informatiques (COG-PAQ, X-COG, etc.) aident les patients à cultiver leurs capacités de raisonnement et d'abstraction.

Petit résumé:

Groupe Liebermann : groupe ouvert constitué de patients hospitalisés ou en traitement ambulatoire. Chacun fait part de son vécu afin de définir un sujet commun qui sera traité pendant les séances d'une heure à raison de deux fois par semaine. La séance se déroule sous forme de jeu de rôle avec un feed-back collectif à la fin.

IPT : c'est un programme d'entraînement à la différenciation cognitive qui inclut la communication verbale et les compétences sociales.

Groupe compétences sociales : il utilise la vidéo avec les patients qui jouent un rôle dans des situations sociales particulières ; ces vidéos sont ensuite analysées par les patients de façon exclusivement positive afin d'améliorer les performances de chacun.

⁸ Directives anticipées : elles peuvent être d'ordre clinique, que faire en cas de crise ? Que prévoir face à un risque suicidaire ? etc. ; d'ordre pratique, qui prévenir en cas d'hospitalisation ? Qui s'occupe des animaux domestiques ? etc. ; d'ordre social, qui peut représenter le patient en cas d'incapacité conjoncturelle de discernement ? etc.. un exemplaire est déposé à la clinique.

Programme COG-PAQ : il s'agit d'un programme d'entraînement cognitif pratiqué en dehors des crises aiguës.

Un autre volet non négligeable est celui de la médication ; confrontés, comme nous le sommes, au refus des « camisolés chimiques » de la part des patients, ils insistent pour éviter au maximum les traitements dont les effets secondaires sont une entrave au bon suivi d'un traitement ; c'est dire qu'en matière de neuroleptiques, ils privilégient les atypiques, exception faite de la crise pour laquelle ils utilisent le Clopixol acutard, et en matière de sédatifs lors d'épisode d'agitation, plutôt que de donner des benzodiazépines dont on sait les conséquences négatives sur la mémoire, ils préconisent des anti-histaminiques.

Avec une moyenne de durée de séjour d'une vingtaine de jours, ils insistent sur le maintien des liens des patients avec la communauté ; le patient sort accompagné d'un infirmier, d'abord en dehors de l'unité, puis il peut sortir avec un autre patient sur le site⁹ et enfin il pourra aller avec un soignant en ville (le centre ville est à dix minutes à pied).

Le Professeur Gallhofer, aidé de psychologues, développe un secteur important de recherches dans les domaines les plus variés mais plus particulièrement articulé autour de la clinique du sommeil avec un laboratoire spécifique et autour des troubles cognitifs liés à la maladie et aux traitements. Une partie importante de ce travail est financé par les laboratoires Janssen-Cilag.

Les principes sont énoncés et nous n'avons pas bougé pendant trois heures, fascinés par tant de brio, par tant de conviction, par tant de curiosité de la part des exposants. Nous nous prenions à rêver d'un Cery mythique qui s'inspirerait dans toutes ses composantes de ce modèle ; en proportion des tailles respectives des deux cliniques hospitalières, les analogies semblaient évidentes.

⁹ Cette mesure, qui inscrit un patient comme ressource possible pour un autre en moins bonne forme, valorise et favorise la capacité de contractualiser des patients entre eux et avec l'équipe soignante.

Le partage d'un bon repas, servi sur place, nous a permis une double digestion des deux cuisines, gastronomique et clinique.

L'après-midi, après le départ du Professeur, Uwe Kropp nous fit faire le tour des unités ; nous y avons retrouvé là des soignants et des patients plus ou moins affairés dans des ateliers d'ergothérapie, une salle de fitness et ou une cuisine. Un mot particulier pour l'unité fermée où l'attachement est encore de rigueur avec un dispositif particulier puisque ces chambres particulières prennent en sandwich le bureau des infirmiers, à partir duquel la surveillance peut s'effectuer ; par ailleurs, en cas d'attachement, réévalué tous les trois jours, le patient bénéficie de la présence, 24h sur 24, d'une personne (étudiante le plus souvent) engagée pour ce moment là.

Toutes les unités sont non-fumeur, les fumeurs, disposent d'énormes cendriers au voisinage extérieur des portes d'entrée, exception pour l'unité fermée dans laquelle se trouve un fumoir. Même si les locaux ont été rénovés, ils trahissent un passé ancien qui ne correspond plus tout à fait à nos critères.

Quelques questions

Nous nous sommes souciés des rapports que la Clinique entretenait avec le réseau de soins ; il semble, à la réponse entendue, qu'elle vit de façon relativement autarcique dans un environnement hostile ; l'absence de rapports hiérarchiques rigides au sein de l'équipe soignante (elle forme plutôt une grande famille) tranche avec la tradition germanique et la fait passer pour une assemblée d'hurluberlus. Son autonomie renforcée par cette exclusion n'induit-elle pas à la fois chez les soignants et les soignés des loyautés fortes qui pourraient alimenter des chronicisations dommageables ?

L'absence de spécialisation des unités ne semble pas être un obstacle au développement d'activités collectives ; l'offre en soins assez riche permet des options thérapeutiques pour chacun. Pourtant au vu de ce qui se développe ailleurs, la question des limites d'une telle organisation, y compris dans sa propre dynamique, peut être posée.

L'ouverture dans un appartement du centre ville d'une consultation pour les adolescents en difficulté au début 2002 à des fins d'informations, de prévention et de dépistage, appuyée par une campagne d'information télévisuelle, radiophonique et journalistique, devrait contribuer à actualiser cette question.

Conclusion

Il est toujours extrêmement délicat de faire une évaluation d'une visite de deux jours ; chacun des participants en gardera une mémoire spécifique en fonction de ce qu'il en attendait. Toutefois, quelques points, au delà même des traditions culturelles, doivent nous réunir.

Le plus important peut-être, est que toute clinique qui met ses clients en position de valoriser leurs compétences, plutôt que de s'appesantir lourdement sur leurs déficits, mérite notre reconnaissance.

L'intégration régulière dans la pensée clinique de tous les paramètres du soin, relationnel, social, organisationnel, etc. comme facteur d'évolution et de non sclérose, doit être retenue comme une exigence. L'ouverture à la recherche, au syncrétisme des expériences cliniques intégrant de façon adaptée des éléments de modèles étrangers aux habitudes du lieu, constituent un pari fatigant mais source de questionnements toujours utiles.

Pour le reste nous avons dû nous résoudre à rentrer non sans avoir chaleureusement remercié nos hôtes de leur accueil et leur avoir promis de les inviter à Lausanne au printemps prochain afin d'établir un échange équitable entre nos deux cliniques.

Si nous ne partageons pas toujours des vérités identiques, ni des erreurs convenues, la meilleure façon de le savoir est de se rencontrer et d'en parler et dans ce registre nos interlocuteurs nous ont été d'un remarquable secours. Lors de leur visite prochaine, nous pourrons leur montrer les effets concrets de notre voyage puisque cela nous a mis sur la voie de nouveaux chantiers.

PS : Le groupe était composé de **Perla Morena**, cheffe de Clinique de l'unité hospitalière « E. Minkowski », **Claudia Brogli**, assistante sociale « E. Minkowski », **Corinna Gertsch**, infirmière, « E. Minkowski », **Corine Kiener**, infirmière, « E. Minkowski », **Vincent Chappuis**, infirmier, unité d'accueil d'observation et de crise et **Jérôme Pedroletti**, infirmier clinicien.

Informations

Didier Camus, infirmier clinicien, a présenté, dans le cadre des journées francophones et latines pour la prévention du suicide qui se sont déroulées à Paris du 3 au 7 février 2002, le travail de la STAH, Elaboration d'un contrat pour patient à risque suicidaire. Voir *L'Ecrit* d'août 2001, n°38, soins et suicidalité.

Daniel Talhouédec, ICUS à l'unité de réhabilitation du DUPA, interviendra les 14 et 15 mars à Paris dans le cadre d'un congrès, *Inferno*, organisé par Christian. Sabas, animateur de *l'atelier du Non Faire* à Maison-Blanche, en compagnie de membres du GRAAP.

Yves Dorogi et Jean Christophe Miéville (Service de psychiatrie de liaison) présentent un poster « Traumatismes des soignants : quelles réponses ? », dans le cadre du congrès, « Stress et traumatisme psychique : traitements et dispositifs de soins » les 20-21 mars à Genève. Les auteurs se proposent de décrire les outils et les processus d'interventions développés afin de permettre aux soignants de trouver un espace d'élaboration de leur vécus émotionnels.

L'Ecrit, collection : ^{11.01.2002.}

- n°1, septembre 1996, La psychose puerpérale.
- n°2, mai 1997, Les patients délirants.
- n°2 bis, juin 1997, Les patients délirants.
- n°3, juin 1997, le passé dans le présent des soins infirmiers.
- n°4, octobre 1997, Souvenirs d'un ancien infirmier à Cery (1954-1989)
- n°5, janvier 1998, Une offre en soin spécifique : la réflexologie.
- n°6, février 1998, L'urgence psychiatrique.
- n°7, février 1998, Dahlia : unité d'investigation - évaluation.
- n°8, mars 1998, Le debriefing.
- n°9, mai 1998, André Roumieux.
- n°10, juin 1998, Grandir ensemble, le rêve de Manfred.
- n°11, juillet 1998, l'hypnose : du fantasme à la thérapie.
- n°12, août 1998, La mélancolie.
- n°13, octobre 1998, La Calypso.
- n°14, novembre 1998, urgences psychiatriques.
- n°15, décembre 1998, Adapter nos paradigmes.
- n°15 bis, décembre 1998, Paradigmes infirmiers ?
- n°16, février 1999, Section des troubles de la personnalité.
- n°17, février 1999, Infirmière de liaison en toxicodépendance.
- n°17 bis, février 1999, Toxicomanie et grossesse.
- n°18, mars 1999, Famille et schizophrénie.
- n°19, avril 1999, Le droit des patients.
- n°20, mai 1999, Société en mouvement, soins en mutation.



n°21, septembre 1999, La médecine pénitentiaire.

n°22, octobre 1999, Santé communautaire.

n°23, octobre 1999, Histoires infirmières.

n°24, décembre 1999, Ecrire pour vivre, survivre, aller mieux ?

n°25, février 2000, Un infirmier aux Marronniers.

n°26, mars 2000, Un infirmier en psychiatrie de liaison.

n°27, mars 2000, Clinique des électrochocs.

n°28, avril 2000, Recherche et soins infirmiers.

n°29, avril 2000, Infirmiers-cliniciens ?

n°30, mai 2000, Enjeux d'une rotation du personnel infirmier.

n°31, juin 2000, La section « E. Minkowski ».

n°32, octobre 2000, L'histoire des soins infirmiers continue...

n°33, novembre 2000, Observation des comportements agressifs...

n°34, décembre 2000, Clinique des abus sexuels.

n°35, mars 2000, La section des troubles anxieux et de l'humeur (STAH)

Hors série, juin 2001, 1^{ère} journée vaudoise des pratiques infirmières en psychiatrie.

n°36, juin 2001, Les soins intensifs dans le milieu.

n°37, Août 2001, Soins et suicidalité.

n°38, Août 2001, La section accueil, observation, crise (AOC).

n°39, janvier 2002, Ethique : un label de bonne conscience.

n°40, novembre 2001, Relation écoles-stages.

n°41, novembre 2001, Postmodernité et soins infirmiers.

n°42, janvier 2002, Les sevrages d'opiacés ultra courts.

n°43, février 2002, La recherche dans tous ses états, état de la recherche.

L'Ecrit peut être lu on-line sur le site :
www.hospvd.ch/public/psy/bpul/
