

L'Écrit

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

Un infirmier en psychiatrie de liaison

Sommaire

Introduction: J.C. Miéville (IRS)

Un infirmier en psychiatrie de liaison: Yves Dorogi (premier infirmier)

L'intervention de liaison au Centre des Brûlés: D^{resse} Marguerat, Yves Dorogi

L'intervention de liaison en Chirurgie Plastique: Véronique Séchet (ICUS en chirurgie plastique).

Médecin et infirmier en psychiatrie de liaison: D^{resse} C. Navarro (Chef de Clinique du Service de Psychiatrie de Liaison, PLi)

Introduction

En guise d'introduction, j'aimerais rappeler que la création de ce nouveau poste d'infirmier de psychiatrie de liaison a pu se faire grâce à la pensée d'ouverture, au désir de création de relais et de liens véhiculés par le service de psychiatrie de liaison du professeur Patrice Guex, ainsi que de la direction des soins des infirmiers du CHUV.

Cette expérience vieille d'une année nous a permis d'affiner nos interventions. Empreint de nos besoins de faire et d'agir, nous avons conçu tout d'abord notre pratique infirmière de psychiatrie de liaison avec ces caractéristiques. Nous avons donc pensé comment faire aux urgences avec le psychiatre de garde, comment agir au centre des brûlés etc.

L'expérience pratique nous a vite rappelé à l'ordre et nous a obligé à être beaucoup plus à l'écoute de ce que le terrain offrait comme potentiel. De ce fait, l'intervention de l'infirmier de psychiatrie de liaison fut dès lors beaucoup plus conçue comme la recherche et la mise en lien des potentiels

inhérents au système, leur renforcement, leur valorisation et leur développement. Cette démarche nous a permis de rester à une bonne distance face au demandeur. Nous avons de ce fait évité d'être vécu comme des experts avec le risque d'être soit rejeté car vécu comme « psy. venant d'un autre monde » soit happé par des demandes exorbitantes de nos collègues.

Nous ne pouvons dès lors que militer pour étendre cette activité de partenariat qui en plus de pouvoir représenter une des solutions au burn-out des équipes infirmières des grandes institutions aide à une ouverture sur le réseau.

De plus, avec la fermeture des écoles spécialisées en psychiatrie, la confrontation des deux univers autrefois séparés du somatique et du psychique vient trouver dans cette nouvelle coexistence matière à renouveler les anciens paradigmes qui nourrissaient des clivages archaïques, alimentant une réflexion sur la complexité des paramètres qui structure la relation soignant - soigné.

J.C. Miéville

Infirmier en psychiatrie de liaison : le récit d'une année d'activité.

Cela fait une année que j'occupe ce nouveau poste en psychiatrie de liaison au CHUV. Le service du Professeur Patrice Guex existe maintenant depuis plusieurs années et propose une activité de consultation / liaison pour tout le site du "grand CHUV" et de la PMU. En 1998, le Centre d'Interventions Thérapeutiques Brèves (CTIB), situé à l'hôpital Nestlé, avec ses activités de traitement de crise et de l'urgence psychiatrique ambulatoire s'est intégré à ce service.

La volonté de créer un poste infirmier rattaché à la psychiatrie de liaison du CHUV a pu se concrétiser le 1er décembre 1998. Le mandat initial était de renforcer l'activité de liaison auprès des équipes infirmières et d'investiguer les urgences médico-chirurgicales.

En première partie, je propose d'évoquer mon vécu subjectif des différentes étapes de la mise en place de ce poste au sein du CHUV, et d'amener une clarification du rôle de l'infirmier de psychiatrie de liaison.

En deuxième partie, un travail fait avec la collaboration de la D^{esse} I. Marguerat, sur la prise en charge psychiatrique de liaison au centre des grands brûlés.

Observations

La première étape de mon intégration s'est faite au travers d'une phase d'observation afin d'évaluer et de cerner les manières les plus pertinentes d'intervenir.

Au début, j'accompagne les psychiatres sur le terrain, dans les différents services du CHUV. Face à l'immensité du site et par crainte de me disperser, je centre mon activité sur quelques unités comme: le service des urgences, les soins intensifs, le centre des brûlés, la chirurgie plastique, la médecine interne, la traumatologie. Ce choix est dicté par des demandes exprimées préalablement à ma venue par les équipes de ces unités. J'ai donc postulé que la répercussion positive de cette présence régulière dans les unités permettra la construction de liens avec ces équipes. A noter que

je perçois d'emblée une grande ouverture des infirmières¹ qui m'ont réservé un accueil sans lequel l'existence de ce poste ne pourrait se faire pleinement.

Je m'immerge dans le monde des soins somatiques aigus et fais connaissance avec la multitude de ses intervenants, de son agitation...

J'utilise ma méconnaissance des lieux ainsi que mon regard « naïf », inexpérimenté, comme outils d'observation. Cela m'a permis de pointer les problèmes, tant au niveau des équipes qu'au niveau du patient avec une certaine neutralité étant donné ma position « extérieure aux soins ».

Dans un même temps, j'explore mon nouveau service, le service de psychiatrie de liaison (PLi). Je note déjà que les psychiatres du PLi exercent dans un cadre particulier où la responsabilité primaire du patient incombe au médecin somaticien du CHUV. Les psychiatres interviennent donc comme consultants sans pouvoir décisionnel sur les prises en charge.

Ma représentation de cette activité évolue aux rythmes des observations et expériences.

Au début, je distinguais le psyché du soma, les soins psychiatriques des soins somatiques. Maintenant, je découvre quelque chose qui serait la conséquence de l'union des deux : l'activité de psychiatrie de liaison.

Il existe, bien entendu, une intrication du soma et du psyché dans la maladie. L'idée force de l'activité de liaison est d'une part de reconnaître le malade comme un tout dans son individualité, faisant ainsi le lien entre le psychique et le somatique, entre une psychopathologie et une pathologie somatique et d'autre part de donner une compréhension psychologique quant à une démarche de soins globale en prenant en compte la participation du patient dans ses soins.

Je constate que cette participation du patient à ses soins est un point central. La manière dont le patient se comporte lors de son hospitalisation peut avoir de multiples répercussions sur lui-même, son environnement et sa prise en charge. Il est question du malade, de sa relation à la maladie mais aussi de sa relation à l'hospitalisation et aux soignants. Cette dernière peut influencer la mise en route d'une démarche psychiatrique ou provoquer des conflits dans les équipes soignantes.

Parfois, la compréhension des difficultés exprimées par les soignants peut être mise en lien avec ce que le patient « induit » par son comportement, son histoire, sa situation complexe. Cette démarche permet de « resituer » le problème dans son contexte mais aussi de redonner les compétences aux soignants.

Dans la pratique et au cours de mon évolution je relève trois observations qui me paraissent importantes:

- Au niveau des psychiatres, les demandes incessantes auxquelles ils doivent répondre, leur laissent peu de temps pour se consacrer aux équipes soignantes.
- Les équipes soignantes sont confrontées souvent à l'horreur. Les situations de drames humains dans lesquelles elles évoluent se répercutent sur le fonctionnement des équipes, mais aussi sur chacun de leurs membres.
- Les patients sont pris dans la tourmente des soins et des intervenants de différentes spécialisations. Ils ne savent plus à quel saint se vouer, sans évoquer la répercussion que provoque la maladie sur leur psychisme.

¹ Nous emploierons les termes génériques, infirmier ou infirmière, sans que cela exclue l'un ou l'autre.

Cette première étape d'observation, m'a amené à distinguer différents objectifs afin d'asseoir mes interventions.

Objectifs

- Evaluer les besoins et les attentes des infirmières du CHUV.

Cet objectif était clair depuis le début de mon activité. Certaines équipes avaient d'ailleurs sollicité une collaboration avant la mise en place du poste.

Comme je l'ai déjà dit, mon activité est centrée sur quelques unités du CHUV, ce qui me permet, au fil du temps, d'approcher les équipes et de me faire connaître. De là, je peux évaluer les besoins et les demandes spécifiques des infirmières. Bien entendu, ces attentes sont variables en fonction de l'unité ou du moment. Il faut noter que le contexte général, dans lequel les équipes travaillent, est particulièrement difficile et nous pouvons le mettre en lien avec une surcharge de travail, un manque de personnel et la nature des soins.

Les demandes sont parfois disproportionnées au vu des moyens mis à disposition par l'institution, néanmoins je remarque qu'il existe des besoins légitimes qui peuvent être mis en évidence:

- Le premier, exprimé de manière implicite, est **le besoin de comprendre et d'intégrer les interventions psychiatriques dans les prises en charge**. Ce besoin met en avant le désir des équipes d'intégrer une approche bio-psycho-sociale de la maladie et démontre en même temps toutes les difficultés à y parvenir.

- Le deuxième besoin consiste à aborder **les aspects relationnels soignant / soigné**. Ici, la place du tiers extérieur « joue » un rôle prépondérant dans l'expression de ce besoin. En effet, je constate que ma présence donne la possibilité aux infirmières d'aborder ces aspects et donc dans une certaine mesure suscite un intérêt et des demandes.

- Le troisième, qui arrive dans le prolongement des deux autres, est **le besoin d'acquérir des outils spécifiques** pour répondre à des problèmes d'ordre relationnel ou liés à des pathologies psychiatriques.

-Liens avec le Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA).

L'attachement du Pli au DUPA ainsi que mon attachement au Service des Soins infirmiers du DUPA nécessitent la création de liens avec mes collègues « psy. ».

Quelques infirmières se sont déjà intéressées à offrir leur service au CHUV, particulièrement deux infirmières de St Martin, qui sont intervenues pour des mandats précis liés à des aspects de toxicomanie et de maternité.

D'autres contacts devront permettre **une meilleure circulation des patients entre les services du DUPA et ceux du CHUV**.

- Cadre des interventions infirmières psychiatriques.

Sur le site du CHUV, la demande d'une intervention infirmière PLi peut venir soit d'un psychiatre du Pli, soit des équipes infirmières du CHUV. La réponse donnée se fera toujours dans le sens d'une intervention de notre service. Ceci afin d'éviter un des risques de ce poste qui serait d'apparaître comme un « électron libre », sans réelles attaches et d'être pris dans des mouvements

de clivage. Il faut donc définir mon fonctionnement dans ce cadre, en interaction avec mes collègues du Pli et de ceux du CHUV.

Réflexions

Ces premières réflexions m'ont amené à comprendre l'importance de ce dernier objectif. Pour être attentif à ce problème, je propose de manière pragmatique, que mon intervention auprès d'un patient soit toujours faite en présence du psychiatre, en tous les cas pour le premier contact. Pour les demandes qui me parviennent des équipes soignantes, je suis à leur écoute et le cas échéant, en discute avec le psychiatre pour savoir quelle réponse nous allons y donner. Ainsi, la règle du **premier entretien en « duo »** me fait respecter le fonctionnement institutionnel (PLi et CHUV).

La complexité du CHUV et de l'activité de liaison prend dès lors tout son sens.

Dans ce contexte, les réflexions, la recherche de définition quant aux objectifs exposés vont s'appuyer sur les interventions vécues au quotidien. Pour m'aider dans cette démarche, je distingue d'emblée mes approches à deux niveaux distincts.

- **Une intervention centrée sur le patient hospitalisé**, sur sa prise en charge psychiatrique en y incluant les interactions avec l'équipe soignante.
- **Une intervention demandée par une équipe infirmière** confrontée à des problèmes de soins donnés à un patient.

Le travail en duo (psy./inf.PLi.) se fait naturellement et spontanément. Le psychiatre m'appelle lorsqu'il pense qu'un patient pourrait bénéficier d'un suivi « intensif » ou d'un soutien. Mais également afin de soutenir l'entourage familial ou lorsqu'il perçoit des interactions problématiques entre un patient et une équipe soignante. De mon côté, je l'interpelle lorsque j'entends des difficultés similaires de la part des équipes infirmières.

L'utilisation du terme « intensif » peut-être abusif dans un contexte de soins somatiques. Cela définit la nécessité de suivre un patient quotidiennement, cela afin d'évaluer son état clinique, lui proposer un étayage spécifique, évaluer son investissement dans les soins ainsi que les interactions avec les soignants...

Ce type de prise en charge est proposé en général pour des patients qui présentent une pathologie psychiatrique importante dont la répercussion sur le système de soins est significative, cela peut aller d'une grave dépression avec tentamen à une décompensation psychotique.

D'ailleurs, il serait plus juste de parler de patients où l'intrication de pathologies psychiatriques et somatiques nécessiterait une prise en charge par le PLi. En effet, il n'est pas rare de suivre un patient qui a subi un grave accident, ou un grand brûlé (voir le texte plus loin), ou un patient avec une maladie handicapante voire mortelle.

L'exemple le plus marquant est celui de l'anorexie, lorsque l'état physique du patient nécessite une prise en charge somatique aiguë, où l'intrication de la problématique psychique rend les soins et la prise en charge extrêmement difficiles tant pour les soignants du CHUV que pour nous.

Le duo médico-infirmier répond au mieux à ce type d'intervention. En plus de l'aspect purement pragmatique du suivi, la complémentarité du médecin et de l'infirmier permet de mieux cibler nos interventions, auprès du patient mais aussi auprès des équipes soignantes.

L'espace proposé au patient est bien différent de celui des soins somatiques. Notre position extérieure aux soins, permet d'offrir une écoute « neutre » où peut s'exprimer une souffrance morale. C'est ici que la spécificité de l'infirmier PLi peut se développer en offrant un espace maternant avec des supports spécifiques comme le toucher par exemple.

J'en parlerai plus en détail dans la deuxième partie: « L'intervention de liaison au Centre des Brûlés », où nous avons mis en exergue les spécificités du psychiatre et de l'infirmier afin de mieux comprendre le rôle de chacun mais aussi de comprendre l'utilité d'une telle approche.

Comme je l'ai déjà dit, la responsabilité du patient revient au médecin du CHUV. Les demandes d'interventions sont faites à notre service par celui-ci au travers du psychiatre.

Je remarque que souvent l'émergence de la demande provient des équipes infirmières. En effet, elles sont en première ligne, confrontées 24h./24h. au patient et à son fonctionnement. Par cette proximité, les infirmières peuvent identifier des problèmes d'ordre psychologique et elles peuvent être aussi prises dans de fortes interactions relationnelles avec le patient. De là, le cheminement pour obtenir une réponse adéquate à un problème perçu par les infirmières peut être rempli d'embûches:

- D'une part, la dynamique institutionnelle médico-infirmière « joue » un rôle dans ce processus. Selon les unités, il existe des clivages de toutes sortes entre corps médical et corps infirmier, notamment par le fonctionnement très spécifique des uns et des autres, mais aussi par le phénomène de la hiérarchisation.

- D'autre part les mouvements relationnels du patient peuvent s'intriquer, tout au moins en partie, dans cette dynamique et ainsi la renforcer.

Dans ce contexte, mon appartenance au corps infirmier joue un rôle significatif dans les interactions avec les équipes. Dans un premier temps je suis identifié comme un « bleu » (la couleur du badge infirmier) et dans un deuxième temps ma spécificité de « psy. » apparaît. Dès cette première identification, le dialogue se fait naturellement et le langage utilisé est plus ou moins le même. Ce contact infirmier à infirmier permet donc un meilleur échange et l'expression d'un problème en est facilitée.

La position du tiers, extérieure aux soins, me permet aussi d'être un élément de triangulation favorable dans ce contact avec les infirmières.

Il m'apparaît également important de pouvoir donner en retour aux équipes soignantes une compréhension de nos interventions, notamment concernant les aspects relationnels: attitude / contre-attitude, mais aussi nos hypothèses de travail quant à l'approche clinique. Ce retour, apporté par un infirmier à une équipe infirmière est donc exprimé dans **un langage plus ciblé sur leurs attentes**.

Ce lien avec les équipes peut aussi favoriser une amélioration de la pertinence d'une demande à notre service. Il est reconnu qu'un grand pourcentage de patients déprimés ou anxieux ne sont pas repérés et traités. Le but n'est pas forcément de multiplier l'offre mais au contraire de l'affiner. Il n'est pas rare d'être interpellé pour un patient pleurant à chaudes larmes suite à l'annonce d'une mauvaise nouvelle, tandis qu'un patient prostré dans son lit « ne faisant pas de vague », ne suscite pas d'interrogation. Exemples caricaturaux, pensez vous? Il n'y a rien de moins sûr. Il existe bien des paradoxes dans un lieu où la médecine est à la pointe!

C'est par ces échanges au sujet d'un patient, ces moments privilégiés où les compétences de

chacun peuvent être partagées, que l'activité de liaison s'établit avec les équipes infirmières. Je remarque que ces compétences s'unissent dans la complémentarité.

Comme je l'ai déjà dit, la liaison infirmier à infirmier peut améliorer l'échange, elle est sans doute complémentaire à celle exercée par le psychiatre seul et / ou le duo psychiatre infirmier Pli. Bien entendu, ces setting ne s'opposent pas, au contraire, ils peuvent être utilisés de différentes manières pour affiner l'adéquation de nos interventions.

Ces différentes expériences de prise en charge m'ont amené à découvrir une approche quelque peu différente: celle des interventions ciblées sur les équipes soignantes (médico-infirmières ou infirmières).

Mes premières expériences se sont passées dans des groupes de supervision et des groupes de type « Balint », effectués par un psychiatre. Ma venue dans ces groupes a suscité de l'intérêt de part et d'autre. La volonté des psychiatres de m'associer à ce type d'approche était motivée par les effets positifs de la complémentarité de nos deux fonctions et aussi par la dynamique « leader/co-leader » dans un groupe. Cette expérience a pu se prolonger soit de manière formelle et dans la continuité, soit de manière ponctuelle.

Cela a suscité en moi la motivation d'offrir des espaces de supervision ou de groupe de parole spécifiques aux infirmières (seule ou en équipe) désireuses **d'exprimer leur vécu professionnel**. Cette motivation s'est appuyée sur quelques observations:

- J'ai remarqué lors de mes interventions centrées sur le patient que les infirmières vivaient souvent plusieurs autres situations extrêmement difficiles, exprimaient une demande d'aide, un besoin de ventiler et parfois une recherche d'outils spécifiques afin de mieux faire face à la situation donnée.
- Certaines demandes étaient verbalisées dans des moments d'urgence demandant une réponse immédiate.
- L'adéquation d'une réponse à une demande ne peut se faire sans un ajustement à la dite demande. Même si celle-ci est difficile à cerner, il m'apparaît qu'elle peut se situer parfois à un niveau pragmatique, dans le sens d'une interrogation du comment faire et/ou du comment être, dans une relation de soins donnée. Aller dans le sens d'une « recherche action » où les réponses devraient pouvoir s'appliquer dans les soins.

Ainsi, il me semble que la question de **l'ajustement** est le point central d'une telle démarche. Si cela ne se fait pas, il y a un fort risque d'une « non rencontre » ou d'une incompréhension de part et d'autre. C'est pourquoi, il est important de comprendre (si possible) la demande d'aide formulée par une équipe envers l'infirmier Pli, pour ensuite y répondre.

Cet espace spécifique infirmier, sorte d'espace intermédiaire peut être décrit comme un lieu d'échange où les aspects de l'expression du vécu infirmier sont centrés sur la dynamique soignant-soigné. La possibilité de parler du patient, de son entourage, de son histoire, des soins, lorsqu'il n'est pas présent, facilite l'expression verbale et permet de confronter le vécu des soignants. Ceci peut permettre d'une part la ventilation des émotions et d'autre part de diminuer les trois principaux critères définissant le Burn-Out: l'épuisement émotionnel, le désinvestissement relationnel et la dépréciation professionnelle. Ce processus dynamique permet aussi de restaurer une dimension subjective et d'identifier les mécanismes relationnels pour les intégrer dans une démarche de soins.

Mettre en mots les réactions du patient, ses mécanismes défensifs et adaptatifs, les intégrer dans une compréhension globale, par exemple le déni face à une amputation, amène l'infirmière à se faire une représentation plus proche de la réalité. En effet l'élaboration de ce vécu émotionnel donne un sens à l'interaction soignant-soigné et la rend dynamique.

A ce propos, je relève un intérêt marqué de la part des infirmières pour aborder cette dimension psychologique des soins. Cet intérêt est alimenté par leurs observations et leurs réflexions d'une grande pertinence.

Dans ce sens, la possibilité d'offrir un espace, que je nomme intermédiaire, permet d'une part de répondre à des besoins spécifiques en lien à des techniques de soins (dans le sens relationnel) et d'autre part de jouer la complémentarité avec les psychiatres et d'élargir ainsi notre rayon d'action.

Concernant les liens avec le DUPA, j'ai purencontrer à plusieurs reprises l'infirmière «toxico» de St Martin. Nos réflexions se sont portées essentiellement sur les modalités d'une collaboration sur le site du CHUV. A noter que les soignants de St Martin s'enquièreent de leurs patients hospitalisés au CHUV et ainsi assureent en quelque sorte un suivi. Son rôle peut être défini comme l'infirmière spécialisée en toxicomanie référente pour le CHUV. Ainsi le Pli peut faire appel à ses services et le cas échéant le CHUV aussi en passant par le psychiatre ou l'infirmier Pli.

Dans la pratique, nous avons pu collaborer pour quelques situations concernant des patients sans suivi dans le réseau existant et pour quelques rencontres d'information pour des équipes infirmières.

Pour les collaborateurs de l'hôpital psychiatrique (ou ambulatoire), une volonté s'est faite pour aller vers un échange d'informations concernant les transferts de patients. Par exemple, pour des patients venant du CHUV où des aspects de techniques de soins sont en jeu, nous pouvons organiser une visite accompagnée d'une collaboratrice des soins psychiatriques auprès de l'équipe soignante du CHUV.

Conclusions

Ma venue dans le service de psychiatrie de liaison pour occuper ce nouveau poste d'infirmier a été pour moi un défi important à relever et une expérience fortement enrichissante. J'en profite pour remercier le professeur Patrice Guex et son équipe de l'accueil qu'ils m'ont réservé, de la confiance qu'ils m'ont témoignée et des nombreux instants de partage où ils ont su me faire découvrir et apprécier cet univers particulier qui est la psychiatrie de liaison.

La volonté de me laisser investir, sans directive, le Pli au sein du CHUV, m'a donné beaucoup de liberté quant à la démarche de mise en place de ce poste. En effet, cette souplesse d'action m'a permis dans un premier temps de découvrir le modèle conceptuel de la psychiatrie de liaison, de ses interactions avec les soignants et les patients du CHUV puis dans un deuxième temps d'élaborer quelques hypothèses quant à l'utilité des activités de l'infirmier.

La recherche de définitions du rôle de l'infirmier Pli a été possible grâce aux expériences vécues sur le terrain dans de multiples situations. Cette démarche a pu être régulièrement évaluée conjointement avec le professeur Guex et ses collaborateurs.

Durant ce temps de recherche, j'ai essayé de mettre en exergue les spécificités propres de l'infirmier par rapport au psychiatre afin de les intégrer dans une complémentarité des deux

fonctions et aussi mettre en évidence des tâches précises dans lesquelles l'infirmier a un rôle prépondérant à jouer. Ce rôle est surtout lié aux patients nécessitant une prise en charge psychiatrique en interaction avec l'équipe soignante (rôle de clinicien « spécialiste ») et de soutien aux équipes infirmières (rôle « d'enseignement »).

Les perspectives d'avenir liées à cette activité restent ouvertes. Bien que des jalons ont pu déjà être posés, la mise en place de ce poste s'inscrit dans un processus dynamique en lien avec nos différents partenaires. Une des prochaines étapes peut être vue comme le regroupement des forces des urgences psychiatriques et de la crise (CITB) au sein du CHUV et pourrait ainsi permettre un développement de nos activités.

Yves Dorogi

L'intervention de liaison au Centre des Brûlés

I. Le cadre général

Le centre des brûlés du CHUV se compose d'une petite équipe de soins pluridisciplinaire. Il est un service indépendant, se trouvant à proximité des soins intensifs de chirurgie, géré par les anesthésistes et les chirurgiens plasticiens. La capacité maximale est de cinq lits de soins intensifs et de un lit de soins continus « brûlé ».

L'équipe infirmière est composée tant d'infirmières formées en soins généraux que de d'infirmières intensivistes.

Le patient brûlé, arrivé par la voie du *dechoc*, sera rapidement pris en charge, opéré et restera dans le service tant qu'il nécessitera une réanimation intensive. Par la suite, il sera transféré à l'étage, dans le service de chirurgie plastique.

Les patients gravement brûlés sont souvent intubés dans une première phase. Les premières rencontres avec le patient s'effectueront dans ce contexte d'une infrastructure très lourde.

Le type d'intervention au centre des brûlés est particulier. Il mêle des notions de prise en charge de « crise » et nécessite également de la part des intervenants de bien connaître le processus de soins et le type de tableaux présentés par les patients en phase aiguë.

Les prises en charge individuelles seront favorisées, mais également des entretiens de couple ou de famille. En effet, l'entourage joue la plupart du temps un rôle primordial dans les premières phases et s'avère souvent en état de choc. Un *debriefing*² sera souvent nécessaire. Enfin, l'équipe a souvent des demandes relatives à des conseils ou une supervision dans le cadre de la prise en charge du patient.

II. Le médecin psychiatre au Centre des Brûlés.

L'intervention du médecin-assistant lui permet de se familiariser avec des tableaux psychiatriques particuliers, pouvant régulièrement être apparentés à un trouble psychotique aigu [désorientation,

² Debriefing : Technique de discussion de groupe ou individuelle qui permet de faire le récit détaillé des faits et des émotions vécus lors d'un traumatisme, ainsi que les réflexions qui en découlent. Cette technique aide la personne à identifier ses émotions et ses réactions et à y faire face. Le debriefing peut prévenir l'installation de symptômes durables appelés états de stress post-traumatiques (PTSD). Voir L'Ecrit no 8, mars 1998.

troubles perceptifs, morcellement avec perte de l'identité, désafférentation avec perte de l'image de soi].

La fonction du médecin-assistant en ces lieux peut être esquissée par ces quelques points:

- Il reçoit la demande de consultations de la part des équipes intensivistes et chirurgicales. Les demandes peuvent avoir l'aspect de l'urgence-agitation ou d'un entretien de routine.
- Il se renseigne sur les circonstances de l'accident ou du tentamen et des éventuels antécédents médico-psychiatriques du patient.
- Il se fait une idée de l'étayage socio-familial du patient.
- Il mesure l'état des membres de la famille présente, évalue les besoins en debriefing de chacun, et peut, en outre, les référer à leur médecin traitant.
- Le premier entretien consiste à évaluer:
 - orientation aux trois modes, communicabilité du patient.
 - niveau d'anxiété/angoisse, qualité du sommeil, présence de cauchemars, de flashes, reviviscence de l'accident, perplexité, état dissociatif, idéation délirante/délire, illusions ou hallucinations, éventuelle désafférentation... justifiant ou non une médication.
 - mécanismes de défenses précoces face à l'événement traumatique [déli, retrait, régression, projection].
 - type de réponse au stress - mécanismes de coping.
 - éléments parlant en faveur d'une psychopathologie de base ou d'un trouble de la personnalité venant influencer le coping, le procédé de soins et la métabolisation du traumatisme.
- Par la suite, il évalue:
 - le vécu des soins (limites corporelles, proximité des appareils) et certains aspects somatiques précis (antalgie, prurit) .
 - la personnalisation des soins (photographies, musique, toucher).
- Il cherche à déterminer et préciser les demandes et questions de l'équipe, les besoins exprimés et implicites.
- Il tente de rendre l'équipe attentive à certaines attitudes, images ou symbolisations, par exemple la signification de certains rôles ou gestes auprès du patient.
- Il est présent une à deux fois par semaine au colloque pluridisciplinaire.
- Il renseigne les médecins sur l'état psychique du patient et son évolution.
- Il lui arrive d'avoir certaines interventions ponctuelles et de discuter de certains aspects somatiques ou décisions de modes d'intervention précis.
- Il peut favoriser la présence d'un membre de l'entourage auprès du patient et son implication pour certains soins de nursing.
- Il permet à l'équipe de ventiler des émotions, de l'aider à décrire plus précisément certains mouvements pré-transférentiels. En effet, la douleur du patient a tendance à favoriser un stress et des mécanismes de défenses prononcés chez les soignants. On doit ainsi viser à une prévention des états d'épuisement et les mécanismes de clivage massif des équipes.
- Il favorise la communication de certains aspects pédagogiques: détection des réponses aiguës au stress, les éléments post-traumatiques, les mouvements défensifs, les troubles de la personnalité...

III. L'infirmier Pli au Centre des Brûlés

Le rôle de l'infirmier Pli au sein du Centre des Brûlés est multiple. Ses interventions peuvent se situer auprès du patient, de l'entourage, de l'équipe soignante et à des moments bien spécifiques de la prise en charge selon les objectifs.

Autour du grand brûlé, l'activité est importante; les soins sont spécifiques, pointus et souvent sans relâche. Dans cette atmosphère de soins aigus, les aspects psychologiques (histoire du patient, dynamique relationnelle /familiale, contexte de l'accident ...) sont parfois mis de côté par le fait même qu'ils ne sont pas vitaux.

La présence régulière de l'infirmier Pli au Centre des Brûlés, par anticipation à notre première intervention formelle auprès du patient, permet d'une part, une récolte d'informations au sujet d'un nouveau brûlé et d'autre part, la prise de « température » quant à l'atmosphère relationnelle des soins autour du brûlé. Même si au départ le brûlé n'est pas « visible » par notre équipe, à cause de l'intensité des soins (intubation), ces informations (objectives et subjectives) nous sont utiles pour mieux cibler nos interventions.

Cette présence infirmière favorise une première prise de contact avec l'entourage du brûlé. En effet, une première intervention peut leur être proposée avant même la première visite auprès de leurs proches. Cette rencontre peut désamorcer l'aspect émotionnel vécu par l'entourage (selon les circonstances témoin ou victime de l'accident) afin de les préparer au mieux à la visite. Elle peut être utile dans la récolte des premières informations quant aux circonstances du drame, à la dynamique familiale... Elle permet surtout de créer avec eux un début d'alliance sur laquelle nous pourrions nous appuyer pour la suite de la prise en charge.

L'entretien individuel infirmier auprès du brûlé va évoluer au fur et à mesure de la prise en charge, de même que l'activité de liaison auprès de l'équipe du Centre des Brûlés.

La durée des entretiens va bien entendu varier selon l'état clinique du patient et la fréquence sera au début, journalière.

Auprès du patient, l'infirmier Pli sera le garant d'un espace spécifique dit « maternant ».

La fonction principale de ces entretiens est d'offrir un espace où le brûlé aborde les aspects perceptifs et émotionnels de son vécu face à ce qui lui arrive.

Ses ressentis corporels et émotionnels peuvent se rapporter:

- au traumatisme (flash, cauchemar, reviviscence...).
- aux brûlures (localisation, douleurs, modification du schéma corporel...).
- aux soins (représentation, intubation, douches, pansements, activité 24 h./24...).
- Aux soignants (conflits, proximité, intrusion, éloignement, reconnaissance des fonctions, tournus ...).
- au lieu (lit flottant, tuyaux, machines, bruits).
- à son rôle individuel, familial, professionnel.

Dans cet espace, l'infirmier établit un lien privilégié avec le brûlé. Pour cela, il utilise des outils relationnels qui seront la clé de voûte de l'alliance thérapeutique. Ces outils vont de l'écoute active au toucher (techniques corporelles), en passant par l'empathie, l'identification et la gestion des contres-attitudes, etc. ...

L'objectif premier de cette approche maternante et entourante est que le brûlé puisse suffisamment se laisser aller pour exprimer son vécu dans l'ici et maintenant. Pour cela, il est impératif que le patient identifie cet espace comme lui appartenant et qu'il reconnaisse son interlocuteur comme personne « neutre » n'intervenant pas dans les soins physiques.

Le brûlé peut parler de ses inconforts, de ses douleurs, de ses peurs, de ses doutes, de ses angoisses, de ses interrogations,... et aussi de ses espérances (fondées ou non), de ses joies, de ses plaisirs (p. ex.: avoir la photo de sa famille), etc.

Dans ce cadre maternant, l'infirmier PLi donne la possibilité au brûlé d'interagir au niveau de ses affects et en partie de régresser. Cet espace est différent de celui du psychiatre, se définissant comme plus « paternel ».

Au delà de l'aspect maternant de ce setting, l'infirmier va mettre en lien les différentes informations ainsi récoltées, avec les différents types de réponses psychologiques possibles:

- Une réaction aiguë post-traumatique.
- Une décompensation psychiatrique.
- Une désafférentation (delirium...)

L'infirmier PLi est présent auprès de l'équipe soignante pour récolter maintes informations concernant: le brûlé, l'entourage et les difficultés liées aux soins et au patient.

L'activité de liaison auprès de l'équipe est importante, elle peut être définie par les points suivants:

- La transmission des informations entre les différents intervenants, l'entourage et le patient.
- L'expression et le partage du vécu: La mise en mots de certaines interactions. La ventilation des émotions.
- La dynamique relationnelle soignant / soigné et sa mise en application dans les soins: attitude, contre-attitude.
- La continuité des soins lors du transfert (du centre des brûlés au service de chirurgie plastique (CPR): préparer l'équipe du CPR à recevoir le brûlé en faisant une transmission des informations importantes le concernant (anamnèse, contexte des brûlures, réactions psychologique, dynamique relationnelle...) afin de le recevoir dans de bonnes conditions « psychologiques » .
- Donner les moyens à l'équipe d'appliquer au mieux. les "indications" psychiatriques en fonction de l'état clinique du brûlé:
- Réponses pragmatiques et relationnelles aux différents symptômes (angoisse, tristesse, hallucination, désorientation...).
- Rôle de traducteur ou de médiateur des approches psychiatriques.
- *Debriefing.*

IV. Premier entretien « en duo »

Les premières étapes sont cruciales pour amorcer l'alliance avec le patient. Les conditions du premier contact sont souvent difficiles; le patient venant souvent d'être extubé, il a souvent de la peine à s'exprimer. D'autre part, l'intensité des soins et leur fréquence nécessitent souvent de se

«faufiler» et de trouver le moment opportun.

Les premiers renseignements concernant la situation du patient sont obtenus auprès des différents médecins (anesthésistes, chirurgiens plasticiens) et de l'équipe-infirmière.

En analysant la position de l'équipe psychiatrique, il y aura une transition de la «plateforme des soins» au cloisonnement de la confidentialité avec le patient, présent dès le premier contact.

Préalablement, l'infirmier PLi, sorte de «précurseur» à la première rencontre, fonctionnera comme une sorte de « liant » des différentes étapes entre l'équipe de soins et les médecins. Tout d'abord, il recherchera activement toutes sorte d'informations, permettant un ajustement de l'adéquation de la demande et le choix du moment d'intervention. Les renseignements pris, hormis ceux ayant trait au traumatisme lui-même et les circonstances de l'accident, seront de connaître globalement l'étayage socio-familial du patient, les types de soins donnés au patient et les particularités de la situation.

Pour initier le premier entretien, il serait souhaitable que l'infirmier du jour (du centre des brûlés) soit présent lors du début de la rencontre et facilite les présentations. Comme ce premier contact est souvent court, il sera important que soient formulés les premiers éléments du cadre, et que d'emblée certains messages analogiques soient fournis au patient concernant l'intervention conjointe.

En imaginant une complémentarité des intervention, à l'image d'un couple thérapeutique, les deux tableaux qui suivent tentent de décrire deux rôles bien distincts. Cette démarche, quelque peu artificielle, a constitué une étape nécessaire afin de mieux conceptualiser ce type d'intervention en duo. Au cours du premier entretien, le psychiatre se fait une idée précise des aspects cliniques et médico-psychiatriques. L'infirmier Pli observe l'attitude du patient et fait des interventions dans l'ici et le maintenant, nommant un certain nombre d'émotions et de mouvements défensifs.

On peut imaginer ce premier entretien, qui doit souvent être bref (10-15 minutes) en cinq phases:

I / la présentation des deux soignants,

II / l'évaluation de la clinique présentée par le patient,

III / le *debriefing*,

IV / l'observation des types de réponses au stress du patient,

V / la prise de congé et l'annonce de la prochaine rencontre.

Rôles spécifiques des deux intervenants

SETTING CRISE

INFIRMIER PLi	PSYCHIATRE
<i>debriefing</i>	screening psychopathologique
aspects descriptifs et émotionnels	type de réponse au stress
reformulation ou vulgarisation des questions	ou <i>coping</i>
identification des émotions	mécanismes défensifs
messages analogiques du patient	et aspects de personnalité
Confort - toucher corporel	évaluation de réponse
holding	à la médication
hic et nunc	

ESSAI DE MODELISATION D'UN ENTRETIEN EN DUO PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE

INFIRMIER PLI	PSYCHIATRE
	recherche active et précise des différents symptômes orientation, sommeil, anxiété, flashes, reviviscence, état confuso-onirique...
reformulation de certaines questions relation aux affects	
phase introductive au <i>debriefing</i>	appel de certaines précisions clarification
favorise expression des émotions	type de réponses au stress aspect défensif, cognitif
formulation dans l'ici et le maintenant	ouverture pour questions annonce du moment de la prochaine visite

V. Perspectives

- formalisation de la prise en charge psychiatrique.
- sensibilisation des équipes médicales et infirmières.
- organisation de colloques d'équipes.
- formalisation du passage d'informations.
- proposition de grilles évaluatives.

D^{rese} Marguerat, Y. Dorogi

Intervention de liaison en chirurgie plastique et reconstructive (CPR) et traumatologie (OTR) adulte

Bilan

Le bilan de la collaboration avec l'infirmier de liaison en psychiatrie en OTR et CPR est positif. Nous avons quelques inquiétudes au départ, notamment le risque que les infirmières se déchargent de la prise en charge relationnelle avec le patient dans les situations de prises en charge complexes. Nous avons également des interrogations quant aux modalités d'intégration de ce nouveau poste dans les prises en charges. Cela s'est fait progressivement et le poste se construit encore au fil des situations.

Intervention

L'infirmier en psychiatrie de liaison intervient:

- à la demande de l'équipe infirmière, via le psychiatre attitré au service lorsque la prise en charge psychologique du patient dépasse les compétences des infirmières somaticiennes.
- à la demande du patient lui-même lorsqu'il souhaite un soutien psychologique spécifique pendant son hospitalisation.
- dans le cadre du suivi systématique des patients transférés du Centre des brûlés.

Apports et bénéfices

=> la présence de l'infirmier en psychiatrie de liaison constitue une interface privilégiée dans la dynamique relationnelle qui s'établit entre les soignants et les patients. Il fait le lien et pose le cadre si nécessaire. L'équipe peut ainsi mieux identifier les mécanismes relationnels en place et les intégrer dans la prise en charge offerte au patient et à son entourage.

=> il donne un feed back systématique concernant les prises en charges relationnelles par les infirmières et réoriente les démarches si nécessaire. Il ne remplace pas l'infirmière dans ce rôle mais l'aide à prendre du recul sur les situations et adapter la prise en charge du patient.

=> il y a ainsi évaluation des prises en charge, regard critique constructif et échange des savoirs. Certains épisodes de traitement font l'objet d'étapes difficiles à vivre pour les patients (traumatisme des brûlés, traumatisme post accident, atteinte de l'image corporelle, etc). C'est l'occasion pour les infirmières de comprendre plus précisément les mécanismes en place (mécanismes de défense, répercussion des traitements sur l'image de soi, douleurs, stress post traumatiques,...). C'est aussi et surtout aborder les pathologies psychiatriques éventuelles dans les antécédents du patient et en tenir compte dans la prise en charge.

De plus, l'infirmier en psychiatrie de liaison peut s'enquérir des prises en charges spécifiques et des étapes des traitements et anticiper les éventuelles épisodes anxigènes pour les patients.

Il permet également à l'équipe de prendre du recul par rapport aux situations où elle s'investit beaucoup, la rendre attentive à identifier les capacités habituelles du patient pour faire face aux événements et ainsi permettre au patient de conserver ses rôles individuels, familiaux et sociaux.

=> Un colloque pluridisciplinaire a lieu au Centre des Brûlés deux fois par semaine. En dehors des soignants du Centre, sont présents : l'équipe médicale de chirurgie plastique, l'infirmier en psychiatrie de liaison (et le médecin psychiatre référent), l'infirmière chef d'unité de soins du service de chirurgie plastique. Ces rencontres permettent un suivi des patients et des étapes de la prise en charge avant le transfert à l'étage. L'aspect psychologique de la prise en charge est systématiquement abordé. Selon la situation, l'infirmier de psychiatrie de liaison Yves Dorogi présente l'anamnèse du patient à l'équipe de l'étage. L'accueil du patient lors du transfert en est ainsi facilité (le patient se sent attendu).

D'autre part, cela diminue les craintes de l'équipe vis-à-vis des grands brûlés qui sont souvent dans une situation de prise en charge complexe (physique, relationnelle, voire sociale).

Groupe de parole en chirurgie plastique

Depuis environ une année, des groupes de paroles ont lieu avec l'équipe infirmière de chirurgie plastique et reconstructive.

Les dates sont fixées entre les infirmières et l'infirmier en psychiatrie de liaison. C'est un lieu d'échange privilégié pour l'équipe, leur permettant de partager le vécu des situations de soins auprès des patients et entre les membres de l'équipe infirmière.

Cette séance a lieu une fois par mois et dure environ une heure.

Ce temps de parole, sorte de «debriefing», est apprécié par les infirmières et l'aide hospitalière du service. Cet espace d'échange crée une dynamique relationnelle au sein de l'équipe ou chacune peut se donner le droit d'exprimer ce qu'elle ressent pour certaines prises en charge.

Le groupe de parole permet également d'identifier les mécanismes de défense, de transfert (et contre transfert) dans la dynamique relationnelle soignant/soigné.

Il n'y a pas jugement qualitatif, mais bien un autre regard sur les prises en charge.

Echange avec les infirmiers en psychiatrie de Cery

Pour ces derniers, le CHUV constitue une grande institution avec le poids institutionnel que cela représente. Malgré cela, il y a dans chaque unité une vie d'équipe à une échelle qui reste «humaine», où le patient est au centre des préoccupations des soignants.

Le personnel soignant de l'institution leur semble débordé.

Il y a une volonté individuelle et d'équipe d'offrir des soins de qualité malgré l'investissement.

Nous pouvons différencier la situation du service de traumatologie et de celui de chirurgie plastique où, pour ce dernier, existe une communication interpersonnelle privilégiée avec les chirurgiens plasticiens, ce qui permet un réel fonctionnement interdisciplinaire dont le patient est le bénéficiaire.

Véronique Séchet

Médecin et Infirmier en psychiatrie de liaison

Prise en charge hospitalière au CHUV de patients anorexiques et boulimiques :

Pendant une année d'activité l'infirmier en psychiatrie de liaison a joué un rôle important dans les rapports entre les psychiatres de liaison et l'équipe infirmière en soins généraux. Les patients en phase anorexique sont hospitalisés au CHUV pour des bilans conjoints somatique et psychiatrique, puis pour des séjours à court terme et à long terme. Nous avons organisé notre travail de manière pluridisciplinaire et l'infirmier en psychiatrie de liaison joue un rôle intermédiaire très important dans :

- les rapports quotidiens entre les patients et les différentes infirmières de l'équipe du Département de Médecine interne.

- dans les réunions pluridisciplinaires hebdomadaires réunissant les différents intervenants auprès du patient (diététicienne, physiothérapeute, infirmières et médecins).
- dans les colloques de formation de l'équipe (environ deux fois par année).

Dans la prise en charge hospitalière des patientes anorexiques graves l'effort thérapeutique fourni par l'équipe pluridisciplinaire est très important. Les niveaux de gestion comprennent à la fois le patient, l'entourage familial, le réseau thérapeutique ambulatoire et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire médecine interne/psychiatrie de liaison. Parfois nous nous occupons également de la postcure du patient. Dans ces différents secteurs l'infirmier de liaison a été un allié et un collaborateur précieux.

Comme on le sait, le patient en phase anorexique grave peut être ou bien très demandeur de soins ou bien très difficile d'accès. Dans les deux cas les intervenants au niveau psychiatrique doivent être diversifiés, car une seule personne s'épuise devant la difficulté que présentent de tels patients.

Deux aspects nous ont paru très importants dans le rôle que joue l'infirmier en psychiatrie de liaison au sein d'une telle prise en charge et d'une telle équipe multidisciplinaire :

- il participe à la dilution de la relation et aide ainsi l'équipe psychiatrique (chef de clinique et médecin-assistant) à alléger la lourdeur de la prise en charge que représente ces patients hospitalisés, le plus souvent à long terme.
- il contribue à la diminution des clivages à l'intérieur de l'équipe multidisciplinaire ainsi qu'entre les patients et les soignants par son rôle de médiateur auprès des soignants infirmiers, qui sont les plus proches du terrain.

Pour résumer, à l'heure actuelle, et après une année d'activité, l'infirmier en psychiatrie de liaison nous paraît un collaborateur indispensable dans les différents aspects de la prise en charge du patient présentant des troubles du comportement alimentaire de type anorexie et boulimie, hospitalisé au CHUV .

D^{resse} Carmen Navarro

Bibliographie

Site internet : <http://www.hospvd.ch/spl/>

J .L. Nancy, *L'intrus*, Galilée, 2000

David le Breton, *L'adieu au corps*, Métailié, 1999

François Roustang, *La fin de la plainte*, Odile Jacob, 2000.

Patrice Guex, «Le colloque psychologique en oncologie, garantie d'une approche bio-psycho-sociale des patients», *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 1990, 9, pp. 113-118.

Patrice Guex, «Psychiatrie de Liaison», *Courrier du Médecin Vaudois*, 1999, 6, pp.8-9.

P. Guex, L. Barrelet, «Rôle du consultant psychiatre dans la formation de l'équipe soignante et la prise en charge des patients d'une consultation de cancérologie», *Psychologie Médicale*, 1984, 16 (13), pp.2261-2262.

F. Stiefel, P. Guex, «Soins palliatifs et soins de support : A la frontière de la toute puissance médicale», *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1997, 117, pp.191-195.

F. Stiefel, C. Mazzocato, « La souffrance du soignant : la reconnaître? La traverser? La prévenir ?», *Infokara*, 1999, 53, pp. 69-72.

E. Bonvin, P. Cochand, «Approche psychiatrique du grand brûlé», *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1998, 118, pp.165-169.

E. Bonvin, P. Cochand, «Psychologie du grand brûlé», *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1998, 118, pp. 161-164.

C, Navarro, «Traitement hospitalier de l'anorexie mentale : une prise en charge par formation réciproque entre médecine interne et psychiatrie de liaison». *Médecine et Hygiène*, 1999, 57, pp. 270-275.

H. Lambert, «L'anorexique à l'hôpital général : de l'urgence à la crise», *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 1994, 114, pp.981-984.

M. Estryin-Behar, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Edition Estem, 1997