

---

---

# L'ECRIT

---

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

Numéro 15

Décembre 1998

## ADAPTER NOS PARADIGMES A L'AIR DU TEMPS

### INTRODUCTION

#### *Les paradigmes infirmiers*

Le colloque de ce mercredi 4 novembre avait deux particularités. Le thème lui-même: audacieux. Et son organisation: la présence d'un informaticien comme Candide, entourant deux infirmiers.

Il ne s'agissait que d'ouvrir un chantier, qui se nourrit quotidiennement de la complexité que nous rencontrons. Pas de théorie définitive donc, ni maintenant, ni plus tard, sous-tendue par une quelconque idéologie. Seulement la certitude (et c'est sans doute un euphémisme) qu'il nous faut nous éloigner des théories de soins globalisantes (maîtrise du Tout), à fortiori quand elles sont étayées par une pensée linéaire simplifiante, dont les diagnostics infirmiers sont l'expression radicale.

L'enjeu épistémologique est la nécessité de revisiter en permanence la connaissance et d'affronter les défis de la complexité, confusion et incertitude. La nécessité de sortir de compartiments disciplinaires qui *occultent les réalités globales et les solidarités entre savoirs* (E. Morin). L'altérité.

Son corollaire, l'enjeu clinique (était), est, sera de conjuguer complexité et pratique, savoir particulier et transdisciplinarité. L'altérité.

La métaphore idoine du tiers informaticien dans l'expérience même du colloque se voulait une démonstration par l'exemple: *distinguer, relier, articuler, organiser la connaissance*, et donner sens au paradigme soutenu. Il me semble que le pari, hic et nunc, est gagné.

L'écrit n° 15 paraît sous une forme particulière. La densité des propos nous oblige à le présenter en deux parties, deux fascicules distincts, 15 et 15 bis: un premier, avec l'intervention de J.-C. Miéville, infirmier responsable de l'unité d'évaluation et traitement bref, et le débat organisé autour du Candide, M. F. Gonnon, concepteur informatique; le second avec quelques pistes de réflexion, ouvertes par J. Pedroletti, infirmier clinicien.

Ce chantier est ouvert au public. L'entreprise accueille tous les responsables d'accidents.

Jean-Michel Kaision

Depuis plusieurs années, déjà, nous nous sommes interrogés sur nos représentations des soins et sur nos façons de les prodiguer. Ces interrogations sont nourries de facteurs importants tels que les changements dans les contextes sociaux, un brassage de population de plus en plus significatif et des inquiétudes liées aux modifications du champ économique. Ces paramètres introduisent un rapport différent du public avec le monde des soins.

La crise européenne qui s'est développée, nous a confrontés à une partie de la population frappée par le chômage, essayant d'y faire face, se déplaçant afin de trouver d'autres postes de travail, se reconvertissant dans d'autres secteurs économiques. Les moins chanceux, les plus démunis, n'ayant pas trouvé d'emplois, deviennent dépendants des services sociaux quand ils existent. Dans le cas contraire, ils augmentent la population des « Homeless », « SDF », qui n'ont plus d'autres identités que celle-là.

L'éclatement de l'Europe de l'Est et la crise dans les Balkans alimentent un flot de réfugiés, de patients déracinés. Nous sommes alors confrontés à une impuissance face à des demandes qui ne s'adaptent ni à nos systèmes de soins, ni à la représentation que l'on a du soin prodigué.

Je pense, par exemple, aux « douloureux chroniques », population en croissance exponentielle, qui vient des pays de l'Est et du Kosovo. Elle nous pose d'énormes problèmes de prise en charge, sans que nous soyons capables de leur donner une réponse. C'est ainsi que l'on tente de s'en débarrasser, les cautionnant dans un tourisme médical qui signe notre propre échec.

Une autre variable est celle de l'explosion des coûts de la santé qui rend son accessibilité plus précaire et induit un rapport nouveau du public à l'égard des structures soignantes.

On peut discuter du terme de client quand on parle de partenaire de soins, mais on peut dire qu'il définit assez bien le rapport qui commence à s'installer entre le patient et le soin; celui d'un acheteur de soins qui désire être satisfait de son achat et qui met les prestataires en concurrence.

Ainsi le patient - client n'est plus un receveur de soins mais un partenaire. Cette notion de partenariat me semble charnière parce que nous sortons, en psychiatrie, d'une tradition où nous pensions ce qui était bon pour le patient. On savait ce qui était bien, on savait ce qui lui convenait. Il arrivait même qu'il n'était plus utile d'en parler avec lui, tellement notre connaissance de la maladie et les réponses à y donner nous étaient familières. On possédait le savoir, cela nous rendait confiant et surtout tout puissant.

La diffusion et le brassage d'informations, le questionnement de l'institution, l'existence de contrepouvoir (représentants légaux, etc..), les associations de patients, ont amené les patients à être plus vigilants, à regarder leur maladie plutôt que de la subir. Ils ont demandé qu'on la regarde ensemble pour la traiter. C'est ainsi que nous sommes devenus partenaires.

Je pense que tous ces éléments et bien d'autres encore comme la diminution des temps d'hospitalisation, nous interrogent sur notre façon de prendre en charge les patients, sur nos modèles de soins, qui ne sont plus les mêmes que ceux grâce à qui nous avons construit nos paradigmes. Si l'on essayait de développer des théories, très vite elles seraient caduques.

Par contre, quelques questions peuvent être débattues:

- l'infirmier référent,
- la continuité des soins,
- la conception du travail hospitalier et extrahospitalier.

Concernant la question de l'infirmier référent, nous nous sommes souvent battus pour défendre cette place, cette position. On le définissait comme celui qui s'occupait de manière privilégiée du patient, en relation étroite avec un médecin et en adéquation avec un programme thérapeutique. En gros, le patient et le couple médico-infirmier.

On pouvait voir que souvent lors des entretiens, l'infirmier avait la même position que le médecin et que s'il était en désaccord, il ne l'exprimait pas face aux patients, préférant interrompre l'entretien pour discuter, à côté, des divergences plutôt que de les étaler devant le patient.

On avait peur de montrer un désaccord au patient, peur liée au fait de se positionner comme un tiers, mais aussi d'avoir des ressentis, une sensibilité différente. Nous la caractérisions par la crainte de déstabiliser le patient, nous pensions alors en terme de clivage d'équipe, de triangulation.

Ces termes avaient une connotation négative et l'on avait de la peine à admettre que la triangulation, pour ne prendre qu'elle, fait partie de l'être humain. C'est ce que fait le petit enfant dans ses rapports avec ses parents. Nous devons aussi l'entendre comme un mouvement de différenciation. En montrant qu'il peut y avoir des différences dans l'équipe on peut signifier qu'il n'y a pas seulement une réponse à une question mais qu'il existe plusieurs solutions.

De même, comment entendre une personne qui s'adresse à d'autres qu'à ses référents, quand elle veut changer de cadre ?

Faut-il l'entendre comme un clivage ayant pour seul but d'interférer dans le programme thérapeutique ? Ou plutôt comme son désir d'utiliser un tiers pour se dégager d'une situation qui pouvait parfois être proche, trop fusionnelle ?

Ne faut-il pas entendre l'intervention du tiers comme thérapeutique, par le mouvement qu'elle procure ? Ne redonne-t-elle pas vie à une relation qui a pu être parfois trop codifiée, parfois mortifère ?

Je pense à une anecdote.

C'est une patiente schizo-paranoïde, longuement hospitalisée, qui a connu de nombreuses pensions et de nombreux psychiatres. Depuis quatre ans elle entretient un rapport téléphonique avec le CITB (Centre d'intervention Thérapeutique Brève). Elle me demande en priorité tout en acceptant d'autres interlocuteurs. Son discours est toujours le même, son délire systématisé. Elle demande si elle peut prendre un comprimé de tranxilium en plus. Elle est déjà très médiquée, elle a un psychiatre traitant qu'elle voit une fois par semaine.

Face à ses demandes, deux possibilités de réflexion s'offrent à nous:

- elle clive, elle met son médecin en échec, il faudrait la lui renvoyer;
- elle a besoin de cliver et c'est sa manière de se dégager d'une relation peut-être trop

dangereuse car trop proche.

Jusqu'à maintenant, nous admettions la seconde hypothèse. Nous lui disions que si elle prenait son comprimé supplémentaire, elle devait en parler à son médecin. Nous savions pertinemment qu'elle aurait pris ce comprimé quel que soit notre avis et qu'elle n'en parlerait pas à son médecin. Nous n'entretenions aucun contact avec ce dernier et ça allait très bien.

Il y a quelques temps, une nouvelle option a été décidée. Il fallait un petit peu recadrer tout ça... Un contact a été pris avec le psychiatre privé afin que chacun tire sur la même corde. L'idée était que chaque fois qu'elle appelait au CITB, on la renvoyait à son médecin. Vous pouvez imaginer sa réaction, elle a très mal vécu cela, elle était hors d'elle, elle voulait changer de pension, changer de médecin. Elle ne pouvait plus nous utiliser comme tiers.

Cela pose la question de notre rôle dans la continuité des soins.

Peut-on encore entendre la continuité des soins avec un infirmier référent qui suit son patient à long terme, le seul porteur de son histoire ?

Peut-on penser à d'autres manières de travailler ?

Comment peut-on appliquer une continuité des soins avec une population de plus en plus brassée, soit géographiquement, économiquement, soit même dans ses relations ?

On peut nous rétorquer que face à ce brassage il faut répondre en montrant une constante et cela autour d'un référent continu, de soins continus. N'est-ce pas, toutefois, une réponse décalée ?

Comment demander à des gens dont les repères sont en perpétuel changement de rentrer dans une philosophie de soins très cadrante, très stable dans un long terme ?

Ne faut-il pas développer des relais ? S'appuyer sur des compétences dans d'autres lieux ?

La continuité des soins ne doit-elle pas être l'histoire de nos patients, dans laquelle nous intervenons dans des temps déterminés avec d'autres partenaires ? Intervenant dans un moment de cette histoire, le soin ne découle pas du cadre thérapeutique, hospitalier ou ambulatoire, mais comme une démarche individuelle ayant recours à un cadre particulier.

De ce fait, le soin peut être pensé en fonction du cadre spécifique et non adapté au cadre déjà défini, hospitalier ou ambulatoire.

Généralement on parle cadre thérapeutique uniquement en fonction du cadre institutionnel dans lequel on travaille, au lieu de le penser en fonction des besoins exprimés découlant de l'interaction entre patient et soignant. En faisant porter la priorité sur les soins plus que sur le cadre institutionnel, le rythme de nos prises en charge serait différent, la dynamique du soin en serait changée.

Cela nous amènerait à réfléchir sur l'adéquation de la réponse apportée aux besoins des patients et le cadre dans lequel nous les inscrivons.

Il me semble que pour s'adapter il est utile de continuer de s'interroger. Chacun d'entre nous donne un sens à ses interventions en s'appuyant sur ses croyances, systémiques, analytiques, cognitivistes. Mais il reste nécessaire de nous laisser interroger par le regard du tiers, l'état, les associations, un Candide. Cela permet de mieux nous situer dans nos relations thérapeutiques.

Jean Christophe Miéville, IRS.

## **DEBAT**

*François Gonnon*

Je me lance sans autre forme de procès. Nous sommes dans un monde en perpétuelle évolution avec une culture qui nous suit. La relation du patient au médecin, dans le cadre psychiatrique, évolue énormément. En lien avec ce que vous avanciez, le patient est de plus en plus responsable du fait de sa relation avec l'économique, c'est un client.

Je ressens cela comme le patient qui devient responsable. Il prend en charge sa maladie, il devient collaborateur, partenaire de la démarche de soins. Cela n'est pas simple, nous avons de plus en plus de connaissances pointues, les biotechnologies, la haute technologie, l'informatique en est. Elles nous permettent de découvrir des choses qu'on ignorait. Il est vrai que le scanner travaille sur le vivant.

Cette complexité a pour conséquence qu'une équipe, un homme, ne peut pas tout maîtriser, ni tout connaître. On doit en tenir compte pour caler le système, partager l'information et plus que cela, la connaissance.

Il faut faire la différence entre information et connaissance. Si l'on regarde, dans le champ informatique, on reçoit de l'information sans arrêt, tout le temps. Vous savez qu'un patient a eu ceci ou cela, c'est de l'information brute, non contextualisée.

La notion de connaissance, c'est l'histoire que l'on a de l'information. Cette information on va pouvoir en tirer quelque chose; l'information nue n'amène rien, presque rien. L'information prise dans son contexte, son histoire devient connaissance. Le patient avec son histoire est porteur de connaissance.

La grande difficulté est celle-là, celle de la connaissance.

La notion de réseaux, les réseaux dans le sens informatique ou médias quelconque, repose sur un ensemble de pôles, des équipes, des téléphones, etc. des nœuds, des synapses effectivement, et les éléments nécessaires pour transporter l'information.

Le fait de transporter l'information implique une perte de contenu. En effet, le système doit parler le même langage, alors que la communication sous-entend des langages différents. L'information va donc être filtrée donc s'appauvrir au fil des transmissions.

Toute la difficulté est de faire qu'il y ait des pôles qui aient les moyens de communication à eux et qui puissent conserver toute la richesse de l'information.

Je crois très important de dire, quand on veut mettre en place des équipes, des compétences, qu'il faut se donner les moyens de communication communs. Chacun doit pouvoir vulgariser, sans trop perdre de contenu, vers les autres membres de l'équipe.

Dans mon rôle de Candide, je peux constater que le monde évolue de plus en plus vite. Le grand danger, quand on parle d'institution, de système, c'est que ça n'évolue pas assez rapidement et que la plus grande difficulté est de se remettre en question. Il faudrait passer d'une méthode hiérarchique, répartition verticale du haut vers le bas, à une méthode d'information horizontale, connexe. On va multiplier les vecteurs d'information, toute personne doit pouvoir intervenir. Cela n'oblige pas à ce que tout intervenant ait un pouvoir de décision, mais au moins il a celui de transmettre l'information, le problème.

Un deuxième élément, pour évoluer, c'est l'élément perturbateur, externe, qui apporte une question et qui oblige à une remise en question.

Prenons l'exemple de quelqu'un qui ne se plaît pas à son travail mais qui n'en change pas à cause de sa crainte du chômage; si, pour une raison forte ou une autre, il est obligé de partir, il va se remettre en question, peut-être changer de métier, y compris faire un métier plus intéressant. C'est là qu'il faut cet élément perturbateur.

### J.-M. Kaision

Je vous remercie de cet éclairage particulier, on se doit d'être perturbé par ce que vous venez de dire, ça doit nous interroger sur la façon de travailler.

### J. Lenarth

Vous avez dit que le système structurel ne s'adapte pas assez rapidement ? La structure en soi on peut la changer facilement, c'est à l'intérieur que c'est difficile, c'est ça ? C'est les personnes qui doivent s'adapter et c'est là le problème.

### F. Gonnon

Une structure n'est pas isolable, elle est en contact avec l'extérieur, elle a des méthodologies, des process, vous ne pouvez pas les casser comme cela dans une structure qui serait fortement hiérarchisée.

Si vous tombez sur des systèmes modularisés, chacun peut se ménager des liens nouveaux parce qu'il y a peu de liens vis à vis des autres. Ainsi on peut faire changer rapidement des petits systèmes, des petites unités.

Il faut pour un système donné et à un moment précis, pouvoir avoir une synthèse, une vue globale. Même si on passe par un système modulaire, il faut qu'il y ait la possibilité d'une vue « d'hélicoptère ».

Si chaque élément du réseau doit effectivement avoir le même code de fonctionnement, il doit y avoir une vue synthétique des choses. Le danger c'est de tomber dans la hiérarchie ou, sans vue globale, la possibilité pour chaque groupe de développer une autonomie contradictoire avec le fonctionnement du système.

### R. Philippoz

Le rôle du référent ? La circulation de l'information ? Le réseau ? La perte d'information autour du réseau ?

Le patient peut se morceler à l'intérieur d'un réseau comme celui que l'on est obligé de lui proposer, il n'y a plus personne qui peut tout faire, on est obligé de travailler ensemble, en réseau. C'est pas seulement une obligation mais une utilité pour la survie du patient.

Ne faut-il pas qu'il y ait quelque part, quelqu'un de porteur de l'histoire et pas seulement des gens qui créent des petites histoires autour d'un intérêt spécifique ? Où est-ce que l'histoire se reformule ?

### J. Pedroletti

Le Dr Gasser abordait la façon dont les historiens reviennent sur l'histoire du Freudisme. Au début il y a une mythologie, une histoire sainte, une histoire globale, puis certains posent des questions: quelles ont été les pensées, les pratiques qui ont influencé Freud ?

Ses rapports avec la philosophie de Schopenhauer? Ses relations épistolaires avec Ferenczi ?  
L'évolution de sa théorie au contact de la pratique clinique de Charcot ?

Certains s'y engouffrent pour disqualifier Freud, mais, plus intéressant, émerge de ces questions l'image d'un homme au travail, qui ne sort pas du néant mais bien d'une tradition neurologique, juive, etc.

Le patient ne perd rien à s'identifier à des micro histoires, cela peut être sa liberté. Qu'il nous suffise de constater le profit que chacun tire de la multiplication des points de vue.

### F. Gonnon

Il y a des spécialistes dans chaque domaine, ils sont pointus mais ils n'ont pas la vue d'un autre. Il faudra installer entre eux une synergie. Deux compétences ne s'additionnent pas, elles se multiplient. Ce n'est pas  $3+3=6$  mais  $3 \times 3=9$ . En se multipliant on arrive à quelque chose de supérieur.

En informatique on accède à une nouvelle ère, le « Datawarehouse ». On commence à accumuler des notions personnelles sur les gens (âge, nombre d'enfants, profil de consommation, etc.) et cela dans un cadre législatif de protection des personnes par rapport aux dossiers informatisés. Cela permet donc de stocker des informations précises qui permettent des corrélations qu'un seul homme ne pourrait faire.

Si je prends un exemple aux USA. C'est une chaîne de distribution alimentaire qui couvre l'ensemble du territoire américain et qui fait environ 80 milliards de dollars de chiffre d'affaires. Elle s'est dotée d'un Datawarehouse pour environ 150 millions de dollars. Il a été amorti en six mois.

En interrogeant le système qui recueillait régulièrement toutes les données de l'ensemble des magasins de la chaîne, ils ont remarqué, qu'à partir de 17h00, ils vendaient plus de bières et de couches-culottes. Pourquoi un tel rapprochement ? C'est tout simplement qu'à cette heure les femmes au foyer téléphonaient à leurs maris, au travail, pour leur demander de ramener des couches-culottes. Les maris en profitaient pour s'acheter de la bière.

La chaîne décida donc de modifier la gestion du stock de ses produits, elle mit, en fin de journée, les articles pour hommes près des rayons bébés et ainsi elle en dégagera des bénéfices supplémentaires, amortissant du même coup son investissement.

Le patient, il va assurer la continuité. Aujourd'hui ne dit-on pas qu'on a tel ou tel type de patient et qu'il doit s'adapter aux cadres définis ?

On va le mettre dans un cadre, même s'il n'est pas tout à fait là. On devrait dire: analysons ses besoins, qui est-il ? Quelle équipe constituer autour de lui ? Il s'agit de monter dynamiquement une équipe par rapport au patient. Il est clair qu'il faudrait le faire mais le contexte économique rend la chose difficile.

### R. Philippoz

Dans un processus de soin, le souci est que le rôle de l'ordinateur soit encore tenu par un humain ? Ma position est celle-ci, vers quel humain cette information remonte-t-elle ?

F. Gonnon

Ne craignez rien, en psychiatrie, l'informatique n'en est pas là. Elle pourra dire ce que ce patient a dit chez tel de ses psychiatres, puis chez tel autre, etc.

D. Vasseur

On a commencé à travailler dans la section des Troubles de la Personnalité, dans ce sens. Par exemple, une partie importante de ce que raconte un patient dans le cadre de LAVI (association qui s'appuie sur la Loi d'Aide aux Victimes d'Infractions), par rapport à des sévices sexuels, nous n'en savons rien.

C'est ainsi plus facile de travailler comme ça, même si c'est un peu par la force des choses que l'on a dû fonctionner avec des structures extérieures. Ce que ce patient raconte, même si cela a pu provoquer l'hospitalisation, nous lui laissons si cela est dit ailleurs. Ce n'est plus de notre compétence.

F. Gonnon

Le patient veut changer de médecin parfois parce qu'il veut changer d'image, il veut être différent. S'il ne décide pas de savoir ce qu'on fait de son histoire, comment faire ?

J. Pedroletti

S'il y a une provocation, ce matin, c'est bien cette idée de constituer une équipe autour des besoins du patient. Challenge organisationnel certes mais perspective super-intéressante. Bonjour la mobilité.

J.-M. Kaision

Le Candide a rempli sa fonction, visiblement on s'est fait avoir. C'est l'interrogation du moment, ce n'est pas un hasard si ce débat a lieu maintenant, à six mois de la réorganisation, à un mois de son évaluation. Comment on fait intervenir le tiers dans notre organisation ? On a des spécialités et le danger est de vouloir tout faire, tout savoir autour de cette spécialité-là. On s'aperçoit qu'il y a des équipes qui pensent qu'en fonctionnant comme ça on meurt, c'est du moins ce qui se dégage de la section des Troubles de la Personnalité. Les patients trouvent leur compte dans l'ouverture.

Ca porte un nom aux USA, c'est « l'approche par programme ». L'idée centrale est qu'autour d'une question X d'un patient on choisit la réponse Y adéquate à la demande, postulant que le hasard provoque la rencontre. Le danger est de se dire, je n'ai pas de réponse mais il faut quand même que je la donne. On a bien des chances, alors, de dire n'importe quoi.

Cette question de l'information, dans ce département, le travail de mise en place des dossiers informatisés des patients dont on ne sait encore si ce sera le dossier du patient ou du médecin, la protection des données, c'est d'actualité.

On ne va pas penser en terme de dossier, on va essayer d'imaginer comment on va pouvoir archiver les informations récoltées. C'est la voie choisie par le CHUV. Les documents sont scannés puis archivés. L'informatique se pense autour de l'histoire et de l'information qu'on peut

aller chercher. En psychiatrie, on doit être attentif à cette histoire particulière où il n'est pas toujours judicieux que cette histoire suive le patient.

F. Gonnon

Qui est l'émetteur de l'information? Si c'est un psychiatre et qu'en plus il soit lui-même schizophrène ?

J.-M. Kaision

Il y a quelques mythes qui tombent !

D. Vasseur

Il faut savoir qu'on a parfois une petite part de l'information et qu'on a pas besoin d'en savoir plus. Vous êtes là pour ça, ponctuellement, tout le reste, vous le ferez ailleurs.

F. Gonnon

Il faut vérifier l'information, savoir si elle est vraie, nous subissons énormément de désinformation. Il faut faire attention à une information pas tout à fait fausse mais qui, à force d'être répétée, finit pas prendre l'aspect de la vérité. Le Front National en France se montre expert en cette matière, il ancre, comme ça, des idées chez les gens.

J.-M. Kaision

Le problème de la manipulation est important.

L. Pralong

Le danger dans la désignation d'expert, cette place n'est-elle pas dangereuse ? Dans un système thérapeutique, si on désigne un expert, ça fausse tout le système.

Sur le stockage des données, ne va-t-on pas se noyer dans les stocks, vrais ou faux ? Je crains qu'on passe plus de temps à la lecture de choses qui, de surcroît, ne correspondent plus aux données actuelles.

F. Gonnon

Trop d'information tue l'information. Vous êtes dans un océan et vous allez pêcher un certain type de poissons. Vous allez mettre un petit appât et vous allez attraper ce poisson-là. Dans l'océan vous n'y voyez rien, il y a des milliards de poissons et selon l'appât vous pouvez filtrer un type de poisson. C'est la même chose avec la grosseur des mailles de filets.

Vous avez une base de données qui contient tout et rien et c'est dans la manière de la questionner que vous en sortirez la substantifique moelle.

Pour l'expert, le grand danger est d'en nommer un qui ne le soit pas. Il peut juste être répondant d'une problématique comme le généraliste qui confie son patient cardiaque à un cardiologue. C'est le réseau des médecins.