

L'ECRIT

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

Numéro 7

FEVRIER 1998

DAHLIA : UNITE D'INVESTIGATION - EVALUATION

PRESENTATION : Cet écrit est la synthèse d'une présentation de l'équipe de Dahlia, faite lors d'un colloque spécifique où trois de ses membres nous ont exposé le bilan de leurs pratiques infirmières dans cette unité d'investigation.

L'écrit ne peut rendre ni la complexité du témoignage oral, ni les émotions qui en jalonnent l'énoncé. Sa fonction est d'en traduire, de la façon la plus adéquate, le souvenir. La mémoire reste la propriété des soignants.

Résumé : travail infirmier dans une unité d'investigation en psychiatrie hospitalière.

Depuis deux années et demie, l'équipe de Dahlia participe d'un projet, élaboré par le Dr Ch. Bryois, dont les objectifs principaux d'accueil des premiers séjours et pour une durée moyenne de 15 jours, contredisaient les habitudes institutionnelles. Ses porte-parole nous expliquent comment l'équipe a vécu la mise en place de ce modèle, les problèmes rencontrés, les avancées qu'il a introduites dans sa pratique et son élaboration théorique.

L'initiateur de cette unité nous a donné, dans une interview, sa propre interprétation de cette expérience.

Mots-clés : investigation-évaluation, premier séjour et autres, temps et dispositif thérapeutique, hôpital - réseaux ambulatoires.

Histoire

En avril 1995 commençait à Dahlia, sous l'impulsion du Dr Ch. Bryois (1), soutenu par le Pr. Ferrero, une expérience dont nous pouvons tenter de faire un bilan (2).

Certes le temps est court pour évaluer un changement institutionnel, mais des évolutions se profilant de nouveau pour le prochain printemps, il est nécessaire de l'essayer.

Il est de surcroît significatif qu'il puisse prendre sens dans une unité qui dès l'origine avait défini ses objectifs.

Dans un contexte de transformation progressive des missions de l'hôpital psychiatrique, que nous pourrions décrire sommairement par le passage de la gestion de la chronicité à la gestion de la crise, le Dr Bryois a construit un modèle d'unité d'investigation autour de quatre priorités :

- La prise en soins des patients lors de leur première hospitalisation à Cery.

- Une durée moyenne de séjour de 15 jours.
- Un renforcement de la recherche clinique.
- Une amélioration de la collaboration avec les Secteurs, ambulatoire, public et privé.

Pour mener à bien son projet il mettait en place pour cette unité fermée de 15 lits : une équipe médicale composée de lui-même, d'un chef de clinique et de deux assistants, une équipe infirmière complète d'environ 9.9 postes, une assistante sociale.

Par ailleurs il continuait de s'appuyer sur les autres services, communs à l'ensemble des unités de l'hôpital (physiothérapie, ergothérapie, musicothérapie et réhabilitation). Ces objectifs conjoints soumettaient l'équipe soignante à une nécessaire refonte de ses paradigmes.

Il fallait accepter que nous ne soyons plus tenu de tout faire avant la sortie du patient. Il fallait supporter de le laisser partir alors même qu'il ne nous semblait pas donner toutes les preuves, précédemment requises, de sa « guérison ».

Dans notre volonté de bien faire il fallait céder sur ce qui constituait, avant, notre raison de soigner.

Petite révolution culturelle que nous avons dû construire en repensant nos fondamentaux, en acceptant de perdre quelque chose de notre rapport traditionnel aux patients.

Nous conservions tout de même l'abord de toutes les pathologies, et le modèle ne pouvant être psychiatriquement pur, nous nous sommes aussi, pendant ces années, occupés de patients en long séjour pour des troubles sévères de la personnalité et des troubles alimentaires.

Ce qui fait qu'environ 30 à 35% des patients sont venus pour un deuxième séjour et plus parfois. De plus si, après 15-20 jours dans l'unité d'investigation, le traitement n'est pas terminé, le patient peut être transféré dans une autre unité du service pour le mener à bien.

Enfin, le temps imparti (15 jours) impliquait un meilleur choix des objectifs pour chaque patient, mais aussi une mobilité intellectuelle de l'équipe capable d'assumer, sans tout mélanger, le passage d'environ 25 nouvelles admissions par mois.

Petit à petit et par agglomération successive autour du noyau originaire, s'est constituée une équipe jeune capable d'assumer des changements rapides tant dans le maniement de nouveaux outils que dans la façon d'être au travail.

Preliminaires

Si, maintenant, 70% de nos patients viennent à l'hôpital pour la première fois, cela nous oblige à repérer ce que ce lieu signifie pour eux.

Certes, certains ont consulté avant d'être obligés de franchir ce seuil, il n'en est pas moins vrai qu'ils sont tous prisonniers de représentations qui parfois obèrent gravement leurs capacités à

nous accepter comme partenaire.

L'hôpital est associé à la folie telle que les images populaires la désigne, et les patients dépressifs ne comprennent pas tout de suite comment ils peuvent se soigner dans un tel univers constitué, dans leur imaginaire, autour de la maîtrise de patients agités et dangereux, par des moyens aussi barbares que les camisoles et les électrochocs.

Certains ont la crainte d'être livrés comme cobaye à des expériences pharmacologiques.

Dans un registre plus élaboré, parfois, ils ont quelques idées sur la psychiatrie et généralement d'ailleurs sur le versant antipsychiatrique (année 70), ou plus contemporain des «médecines douces».

C'est dire, dans ce contexte, que toute prescription, médicamenteuse et (ou) occupationnelle va devoir faire l'objet de négociations répétées. Cela permet d'éviter d'entendre : « C'est l'hôpital qui me rend fou, je serais guéri à l'extérieur ».

C'est en même temps cette lancinante question : « Comment les autres vont-ils me juger s'ils apprennent que je suis à l'hôpital psychiatrique ? » (« parasite?, paresseux ? dangereux?, etc. »).

Outre les contenus idéels, le vécu de l'admission en urgence génère un stress important, allant parfois jusqu'à la frayeur (3).

La rupture, parfois brutale, avec son « milieu naturel », l'hypersensibilité que cette situation et la pathologie du patient amplifie, nous obligent à développer une vigilance des premiers instants de la relation.

Il est de notre responsabilité d'en évaluer l'importance afin de sécuriser le patient dans les meilleures conditions possibles et les délais les plus courts.

Cela nécessite:

- d'orienter le patient dans ces nouveaux lieux ;
- de favoriser l'expression de ses émotions et de ses réflexions ;
- de préserver sa part maximale d'autonomie dans les premières négociations sur les conditions de son admission ;
- de diminuer les facteurs stressants internes à l'unité, gestion des premières proximités avec les patients déjà là, etc.

Les notions de passage et de négociation sont toujours à interroger pour diminuer les facteurs iatrogènes dont nous portons seuls la responsabilité.

C'est tout le sens du débat sur les meilleures conditions d'admission autour des concepts clés du confort du patient, de l'échange d'information, de la première évaluation des besoins.

C'est aussi la dimension éthique qui nous rappelle que le patient est un être humain avec sa valeur singulière et sa dignité que nous devons préserver, y compris quand il la met lui-même en danger (épisode maniforme par exemple); qu'il a intégralement droit à notre respect quelle que soit la difficulté des préliminaires relationnels (opposition, agressivité verbale ou physique) ; et enfin qu'il est en droit de bénéficier des soins les plus adaptés afin de lui restituer la meilleure qualité de vie possible.

Tenir compte finement de ces paramètres inattendus dans leur surgissement et dans un temps court, nécessite une présence d'esprit, un sens de l'opportunité qui se sont construits au fur et à mesure, sans que le succès soit toujours au rendez-vous.

Méthodes

Ces prédispositions favorisent fortement une investigation, puisqu'elle peut se faire avec un patient que nous avons contribué à apaiser, à sécuriser et qui, alors, sera plus disponible pour passer contrat, transformant l'urgence en gestion de la crise.

L'évaluation se fait en 48 heures autour des hypothèses de crise possibles :

- biomédicale, dont la fonction est d'inclure ou d'exclure une pathologie somatique justifiant de troubles psychiques (syndrome pariétal par exemple) ;
- psychiatrique, qui doit énoncer un diagnostic différentiel des troubles psychiques du patient ;
- psycho-dynamique, qui évalue les hypothèses de crise en fonction d'une situation familiale et personnelle du client.

L'observation infirmière identifie les facteurs ayant favorisé la décompensation ainsi que son degré de gravité ; en décrivant le quotidien du patient, son comportement, son discours, elle enrichit les hypothèses médicales.

Le « Plan initial de traitement » intègre les hypothèses d'évaluation, les données « objectives » recueillies (échelles de dépression - Hamilton, Beck ; échelles d'évaluation des troubles psychotiques BPRS, PANNS; échelles de nursing infirmier – NOSIE, ECG, EEG, etc.) (4), et les données « subjectives » apportées par les entretiens avec le patient et les proches.

Il permet de poser le cadre personnalisé de la prise en soins en terme de durée estimée du séjour, de contenu autour des dimensions, pharmacologique, systémique, médicale, sociale et infirmière.

Les grands axes sont généralement organisés autour d'un contrat médicamenteux, d'un suivi infirmier régulier obligeant à une « écoute active » (5) dont la fonction est de reconnaître et de soutenir les propres ressources du patient, d'une ouverture sur les réseaux extérieurs significatifs.

Moyens

Si l'équipe infirmière peut fonctionner c'est en priorité parce qu'elle peut travailler en parfaite synchronie avec l'équipe médicale et le service social.

Nous avons donc des rendez vous institutionnalisés:

- Un colloque pluridisciplinaire de 8h à 8h30 chaque jour sauf le vendredi et le week-end.
- Une remise infirmière quotidienne entre 13h et 14h, réunissant les membres de l'équipe du matin à ceux de l'après-midi, et permettant une réflexion clinique.
- Un cadre souple installant une multiréférence infirmière auprès du patient. Des présentations de cas avec la vidéo et un séminaire de lecture avec le chef de clinique.
- Un colloque hebdomadaire de synthèse.

Conclusion provisoire

Sans objectif, nous n'aurions pu faire ce bilan. Il est vrai que dans sa lecture chiffrée, il dépasse même les ambitions initiales. Mais nous ne serions plus en psychiatrie si nous nous contentions d'un satisfecit numéral.

Il nous faut reconnaître les difficultés d'arrachement à nos présupposés originaires. En perdant la maîtrise absolue du temps, nous avons parfois eu le sentiment d'abandonner les patients à une norme statistique que notre relation avec eux dénonçait de toutes ses forces.

Et donc si nous pouvons tirer bénéfices de cette expérience c'est d'avoir accepté de n'être pas les seuls interlocuteurs compétents pour l'ensemble complexe du champ psychiatrique actuel.

En ciblant nos prises en soins autour d'objectifs plus modestes, nous avons laissé plus de liberté, plus d'opportunités aux patients pour qu'ils se confrontent à la réalité extérieure. Nous leur avons offert la possibilité de nouer ou renouer des liens sociaux plus adéquats dans le traitement à moyen terme de leurs pathologies.

Cela a été favorisé par la mise en pratique d'outils (NOSIE, etc.) comme médiateurs techniques dans la relation avec eux.

D'une relation ectoplasmique nous sommes sur la piste d'un rapport réellement professionnel avec les patients. Ceci valait d'être souligné, même si cela n'est encore repérable que sous forme de traces.

En mars 1998, notre unité va être face à un nouveau challenge, celui de structurer une prise en charge des patients en crise en six jours. Gageons que l'expérience accumulée dans cette unité d'investigation soit une base suffisante à la réussite de cette nouvelle aventure.

(1) Lire plus loin l'interview que le Dr Bryois nous a aimablement accordé.

(2) voir en annexe le tableau chiffré.

(3) Ludwig Binswanger, « le cri de Suzanne Urban », in Schizophrénie, 1957, Pfulligen, Neske.

(4). BPRS: Brief psychiatric rating scale ; PANSS: Positive and negative symptoms scale
NOSIE: Nurse's observation scale for inpatient evaluation ; ECG: Electrocardiogramme ; EEG: Electroencéphalogramme.

(5).Définition de Jacques Salomé dans « Pour ne plus vivre sur la planète taire » (Albin Michel, 1997): « Permettre à celui qui parle d'entendre ce qu'il dit ».

Ont participé à ce travail l'ensemble de l'équipe de Dahlia, mais plus particulièrement son ICUS Mr V. Gobin, Mme J. Husson, Mr A. Bensalem.

La rédaction a été confiée à J. Pedroletti infirmier-clinicien.

Quelques chiffres...

	1996	1997	Différentiel	Pourcentage
Admissions (directes et transferts)	254 (235+19)	307 (297+10)	+53	+17,5%
Sorties (directes et transferts)	205 (153 + 52)	297 (257 + 40)	+92	+ 30,9%
Nuitées	4391	4597	+206	+ 4, 5 %
Mouvement (admissions et sorties)	459	603	+144	+24%
Premières admissions	161	224	+63	+28%
Pourcentage des 1^{ères} admissions et des 2^{èmes} séjours et plus	63%	73%	+10%	+13,6%
Durée moyenne de séjour	17,22 j.	12,62 j.	-4,20 j.	-33%

Interview du Dr Ch. Bryois (médecin adjoint)

Par Mr J. Pedroletti (infirmier-clinicien)

Question : Vous avez été l'initiateur de cette division d'investigation, quelles ont été, à l'origine, vos références pour construire ce modèle ? (expériences étrangères, revue de la littérature, etc...).

C.B : étonnamment, et sans dire qu'implicitement je n'ai pas été imprégné de certaines références, j'ai conçu ce projet seul autour d'une double préoccupation, à la fois améliorer significativement les prises en soins des patients et la compréhension de leurs pathologies et en même temps le faire dans un temps plus court, économiquement intéressant. En effet, il ne faut pas oublier que nous devons faire des économies dans le cadre du programme « Orchidée ».

C'est les raisons pour lesquelles j'ai fait le double choix de traiter prioritairement dans cette unité les premiers séjours et de tenter de le réaliser sur une durée moyenne de 15 jours. Connaissant l'importance du premier contact avec l'hôpital psychiatrique pour les patients, nous devons aussi améliorer l'accueil.

Il s'agissait aussi de renforcer la recherche clinique et d'intensifier la collaboration avec les unités ambulatoires PPU-B, CITB, CTPJ et les médecins privés.

Question : A quoi correspondaient ces 15 jours ?, provocation et (ou) pertinence scientifique ?

C.B : Mon souci, après avoir fermé les divisions Fougère et Hirondelle de leur population de patients chroniques, était d'optimiser la durée de séjour pour la prise en soins des patients.

Je sais qu'un traitement antidépresseur ne peut être réellement efficace qu'à partir de trois semaines, mais la responsabilité de l'hôpital est la mise en place du traitement et l'organisation de sa poursuite à l'extérieur.

Elle n'est plus d'attendre que tout aille bien dans le meilleur des mondes pour faire sortir le patient.

De manière peut-être un peu provocante, il me paraissait important de poursuivre l'évolution où l'on passe de l'asile, lieu de vie, à l'hôpital, lieu de soins. En effet, pour moi, l'hôpital psychiatrique est le lieu de prise en soins des patients en phase aiguë de leur pathologie.

Il est vrai aussi qu'il fallait sortir des modèles issus des thérapies institutionnelles qui avaient tendance à structurer la clinique comme un équivalent parental. Modèles qui obligeaient à des séjours longs pour des prises en soins bio-psycho-sociaux.

Question : Sans refaire l'histoire de ces deux années et demie, que diriez-vous de son déroulement ?

C.B : Etant le père du projet, je ne suis peut-être pas le mieux placé pour en décrire le cheminement. Pourtant ce dont je me souviens c'est que cela n'a pas été simple. Il m'a fallu parfois trancher à la fois pour signifier que je restais le garant de cette expérience mais aussi pour rompre avec certaines façons traditionnelles de faire qui ne correspondaient pas à nos objectifs.

J'ai, par exemple, le souvenir d'avoir contraint l'équipe de faire la sortie d'un patient schizophrène chronique qui était là depuis un temps important, dans les 15 jours suivants. Il est évident que cela avait provoqué beaucoup de remue ménage à l'époque.

Je pense finalement que ceux qui pouvaient soutenir ces perspectives sont restés et les autres sont allés travailler ailleurs, dans des conditions qui leur convenaient mieux.

Question : Vous évoquez les rapports interpersonnels qui jalonnent cette courte histoire, quelles ont été les peines et les satisfactions que vous avez vécu dans ce registre ?

C.B : Il y a plusieurs niveaux. Pour ma gouverne personnelle, j'ai heureusement bénéficié du soutien inconditionnel du Pr. Ferrero. Il n'empêche que j'ai dû croire à mon projet, convaincre ceux qui, avec moi, le feraient vivre et cela n'a pas été tous les jours une partie de plaisir.

Quant à mes contacts avec les équipes médicales, infirmières, sociales, s'ils n'ont pas toujours été faciles, en fin de compte ils ont permis de constituer ce que communément nous appelons « une culture d'équipe », capable d'intégrer les nouveaux paramètres de soins et les nouveaux membres des équipes soignantes.

Sans démagogie je dois dire que j'ai beaucoup de respect pour certains membres des équipes qui, dans le long terme, ont permis une réussite de cette expérience, qui n'aurait pas été possible sans eux bien évidemment, sans omettre le soutien permanent et le partenariat des structures ambulatoires, notamment la PPUB.

Question : Il est vrai que les chiffres plaident pour la réalisation de vos objectifs initiaux (au-delà même), il est prévu de faire de cette unité, une unité de crise à 6 jours, cela constitue-t-il pour vous une continuation ou une transformation de ses objectifs ?

C.B : Il est toujours difficile de mettre le facteur temps comme déterminant principal d'une intervention clinique et il ne faudrait pas en sacraliser la norme, toutefois il n'y a pas, pour moi, de contre-indication majeure, pour assumer une investigation et une approche thérapeutique sérieuse dans le délai de 6 jours, à charge pour l'équipe soignante d'en structurer la suite (sortie, mutation dans une unité spécialisée, etc...).