

# PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé  
Mentale*

N° 19

ISSN 1157-5135

## JOURNÉE DE FLERS



**REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE  
DE BASSE-NORMANDIE**

**30 F**



---

# SOMMAIRE

---

**1** ÉDITORIAL

**2** BRÈVES

***Journée-rencontre de Flers, 20 octobre 1997 :  
évolution des pratiques infirmières en Santé Mentale***

**3** INTERVENTION DE M. LEDOYEN  
*INFIRMIER GÉNÉRAL, CENTRE HOSPITALIER DE FLERS*

**7** PRÉVENTION ET TRAVAIL EN C.M.P.  
*ÉQUIPE DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE ADULTE D'ALENÇON*

**10** TRAJECTOIRE DE LA CRÉATION D'UN C.M.P.  
*ÉQUIPE DU SECTEUR DE LA CÔTE FLEURIE*

**12** PRATIQUES INFIRMIERES EN ALCOOLOGIE  
*PIERRE HÉLIE, INFIRMIER À L'UNITÉ D'ALCOOLOGIE DE FLERS*

**16** L'AVENIR DE LA PROFESSION INFIRMIERE EN SANTÉ MENTALE  
*LIONEL FIZE, CENTRE HOSPITALIER DE VIRE*

## **PRATIQUE ET RECHERCHES**

### **REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE**

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE  
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE  
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE  
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET  
Secrétaire adjointe : Maryline HAMELIN  
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER  
J. ANDERSON, M. PITON,  
G. BOITTIAUX, B NOUHAUD  
T. JEGARD

Composition et impression :

Photos :

Secrétariat :

Dépôt légal :

LOCOMOTIVE  
02 33 07 54 09  
COURCY  
P. LAMOTTE  
PICAUVILLE  
02 33 21 84 66

1<sup>er</sup> trimestre 1998

---



---

# ÉDITORIAL

---

**T**hème de notre journée Croix-Marine d'octobre à Flers : évolution des pratiques infirmières en santé mentale.

Le tout sur toile de fond de la réforme du diplôme infirmier mal vécue, et on les comprend, par les infirmiers de secteur psychiatrique. Il n'est pas inutile de rappeler la position constante de la fédération Croix-Marine, position réaffirmée une nouvelle fois début 1997 dans une motion adressée au ministre concerné :

"Le conseil d'administration de la fédération Croix-Marine insiste avec force sur :

- la nécessité que soient reconnus avec toute leur spécificité qualifiée ceux qui travaillent comme infirmiers dans le milieu psychiatrique,
- la nécessité d'une formation appropriée en psychiatrie pour ceux qui se destinent à exercer leur profession d'infirmier dans ce cadre".

Évolution des pratiques, évolution des statuts, évolution des outils (diagnostic infirmier) : peu de professions auront vécu en si peu de temps une évolution aussi importante ! L'évolution des pratiques ne va pas sans une évolution du rôle et de la place de l'infirmier au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Et ce changement déjà notable au sein même des unités d'hospitalisation l'est encore plus en extra-hospitalier, dans les C.M.P. en particulier qui constituent le cœur même du dispositif de secteur psychiatrique de demain et déjà d'aujourd'hui. Et c'est là que d'autres questions se posent peut-être avec plus d'acuité et sans doute de la façon la plus intéressante : place et spécificité de l'entretien infirmier (à visée "psychothérapique" dit le décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), place et rôle de l'infirmier dans la mise en œuvre d'autres techniques telles que relaxation ou thérapie entre autres, nouvelles perspectives dans le travail de coopération avec le médecin généraliste (peut-on par exemple aller jusqu'à envisager une articulation directe entre le médecin généraliste et un infirmier de secteur psychiatrique sans intervention du psychiatre ?) et les autres acteurs sociaux (assistante sociale, élus...), place de l'infirmier dans (outre le travail clinique auprès des patients) le travail institutionnel avec d'autres institutions (maisons de retraite, M.A.P.A.D., associations diverses œuvrant dans le champ de l'exclusion, etc.). Et bien entendu cette énumération n'a rien d'exhaustif.

L'infirmier de secteur psychiatrique explore sans cesse de nouveaux territoires. Nous y reviendrons.

Le Président,  
Jean-François GOLSE.



## THÉÂTRE ET THÉRAPIE

**Le Cerfos (Centre de recherche et de formation du secteur sanitaire et social) a organisé le 1er décembre 1997 à l'IUT de Cherbourg une journée de formation autour du théâtre comme médiateur de communication, d'action thérapeutique et ou d'action préventive.**

Plus de 200 personnes, professionnelles de la santé mentale et du social pour la plupart, issues des 3 départements Bas Normands, ont répondu à l'invitation du Cerfos. Jean-Pierre KLEIN, psychiatre, directeur de l'Institut National d'expression, de création, d'art et thérapie a donné les trois coups.

Au cours de son intervention, le Docteur KLEIN a rappelé que le théâtre doit être un support et non pas une fin dans la prise en charge d'un patient. Les expériences de l'équipe de Saint-Avé (Morbihan) et du comédien-formateur Rémy SECRET par la suite, ont peaufiné ce scénario au cours de leurs prestations.

L'après-midi fut consacrée à Augusto BOAL. En provenance de Londres, Augusto BOAL, le créateur du Théâtre de l'Opprimé, a fait un tabac dans l'amphithéâtre de l'IUT Cherbourgeois. Associant les mots et les gestes dans un français teinté d'un accent sud-américain (Augusto BOAL est de nationalité brésilienne), celui qui a reçu la médaille de l'Unesco en 1994 pour l'ensemble de son œuvre a tenu à éclaircir les raisons pour lesquelles le théâtre de l'opprimé a vu le jour. Cet artiste, victime de la dictature au Brésil dans les années soixante, après une période d'emprisonnement, se réfugie en Argentine. L'oppression le pousse à jouer dans la rue. **"L'oppression qui se veut dialogue entre le pouvoir et le peuple est en fait un monologue"** explique Augusto BOAL qui précise : **"Que chacun d'entre nous est capable d'action mais aussi est capable de se regarder dans l'action"**. Ainsi naît une forme théâtrale active. Dans la foulée, ce créateur en mouvement codifie les techniques du théâtre de l'opprimé en parlant de théâtre invisible, de théâtre forum, de L'arc-en-ciel du désir, et le théâtre législatif. **"La communauté humaine est la plus grande troupe de théâtre qui soit, par extension, cette conviction doit être le moyen de changer le scénario de notre propre vécu social, personnel. Le théâtre de l'opprimé par le jeu du comédien-acteur de sa propre oppression tente de trouver des solutions. Il met en scène ses propres difficultés"**.

## PROCHAINE JOURNÉE CROIX-MARINE

**Le 16 mars 1998 à Caen au Palais des Congrès  
"Place et images du malade mental"  
Cette journée rencontre s'inscrira dans le cadre de la semaine nationale de la Santé Mentale.**

# BRÈVES

par Thierry Jegard

## L'ARGENT DES PATIENTS

Afin de faire face à l'augmentation importante des dépôts de fonds dans les pavillons d'hospitalisation, de limiter les risques de vol et d'organiser le maniement de l'argent de poche des patients, l'établissement de **PONTORSON** a créé en 1994 une banque des patients suite à une suggestion de la Chambre Régionale des Comptes après un contrôle. Ouvert à tous les patients, ce service fonctionne le matin de 9 heures à 12 heures sous la responsabilité d'un régisseur qui distribue les fonds aux personnes soit directement ou par l'intermédiaire de sous-régisseurs dans les différents pavillons pour celles qui ne peuvent se déplacer. Le montant maximum d'argent de poche dont disposent les patients est déterminé sur ordonnance, aussi, les retraits sont quotidiens ou hebdomadaires suivant l'aptitude des personnes à gérer leurs fonds.

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

L'assemblée générale de Croix-Marine Basse-Normandie s'est tenue le 23 janvier dernier à la M.J.C. de la Prairie à Caen. Le président GOLSE a évoqué au cours de son rapport moral l'activité passée et future de l'association bas normande.



## VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître : soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville, soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados, ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.





## Intervention de M. LEDOYEN

Infirmier Général,  
Centre Hospitalier de FLERS

**E**n 1983, les infirmières générales avaient formulé le thème de leurs journées annuelles d'études sous la double interrogation suivante :  
Ces questions étaient

### LA PROFESSION INFIRMIÈRE DISPARITION..., POURQUOI ? ÉVOLUTION..., COMMENT ?

révélatrices des mutations que devraient connaître l'hôpital, mais aussi le secteur extra-hospitalier.

C'était l'époque de la réflexion sur la départementalisation, c'est, aujourd'hui, celle sur les centres de responsabilités. Deux projets qui présentent certaines similitudes.

Le Ministre de la santé de l'époque, Monsieur Edmond HERVÉ, avait placé l'évolution de la profession infirmière autour de trois axes :

- l'entretien d'accueil,

- l'évaluation des soins infirmiers,
- la recherche en soins infirmiers centrée sur l'évolution qualitative des soins,

et il plaçait cette évolution dans une réforme de la législation alors en vigueur.

En 1997, quatorze ans plus tard, à une période "clé" de la réforme du système de santé en France, à l'hôpital comme en ambulatoire, vous avez fait le choix de placer votre journée "sur l'évolution des pratiques infirmières en santé mentale?". Je ne peux, en ma qualité d'infirmier général, que me réjouir de voir des professionnels s'interroger sur "l'évolution de leurs pratiques".

Cette évolution, je vous proposerai de la placer autour de trois axes :

- **Le cadre législatif,**
- **Où en êtes-vous aujourd'hui ?**
- **Quelles pistes pour demain ?**

C'est pourquoi, dans une première partie, je retracerai l'évolution du cadre législatif de 1991 à 1996 d'une part, pour l'hôpital et d'autre part, pour la profession infirmière, cadre dans lequel s'inscrit et s'inscrira son évolution. Tandis que dans une seconde partie, je m'exprimerai, dans un premier temps, sur les points forts de votre cheminement ces dernières années, tels que je peux les percevoir après deux ans de fonction sur un secteur de santé mentale. Puis je vous présenterai, dans un second temps, les perspectives qu'il m'apparaît important de développer dans les années à venir pour être en adéquation avec la demande en soins et appartenir à une pro-

fession qui a sa place et est à sa place.

Depuis 1991, l'hôpital et la profession infirmière n'ont jamais connu une telle réforme législative et j'espère que d'autres évolutions viendront encore la compléter.

**La loi du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière définit deux priorités :**

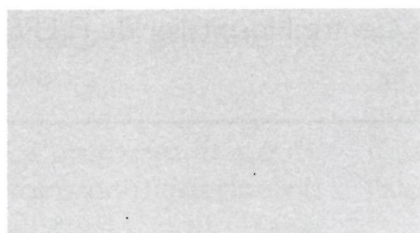
- le droit au malade,
- l'évaluation quantitative et qualitative des soins.

En effet, l'article **L 710.3** précise que : "afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé publics ou privés, sont tenus de disposer des moyens adéquats et de procéder à l'évaluation de leur activité".

L'article **L 710.4** précise que "les établissements de santé publics ou



privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment, d'en garantir la qualité



et l'efficience".

Le choix du thème de votre journée est bien en parfaite cohérence avec la demande du législateur.

### **Les ordonnances du 24 avril 1996**

précisent le droit des malades autour de trois axes :

- la qualité de la prise en charge
- l'évaluation de leur satisfaction
- la mise en œuvre d'une Commission de conciliation,

et mettent en œuvre les procédures d'évaluation externes aboutissant à l'accréditation. Cette évaluation a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement public de santé. Elle se fait à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur "les bonnes pratiques cliniques".

Par ailleurs, elle fait obligation aux établissements hospitaliers de travailler en réseau et de créer des communautés d'établissements.

La loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996, nous montrent que nous sommes face à une obligation qui est celle de mettre en œuvre ou de

continuer à développer **L'ÉVALUATION DE NOS PRATIQUES DE SOINS**, afin de les réajuster chaque fois



que cela est nécessaire pour répondre de façon satisfaisante à la demande du malade.

Si la loi nous fait obligation de rentrer dans une démarche d'évaluation, elle donne dans le même temps une existence et des lieux d'expression et de validation au service de soins infirmiers.

L'article 714.26 dit que : "il est créé, dans chaque établissement, un service de soins infirmier dont la direction est confiée à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction".

**À travers l'article 714.22**, la loi du 31 juillet 1991 a créé le conseil de service dont les objectifs sont de :

- permettre l'expression des personnels
- favoriser les échanges d'informations, notamment celles ayant trait aux moyens afférents au service, au département au secteur

- participer à l'élaboration du projet de service et du rapport d'activité
- faire toute proposition sur le fonctionnement du service, du département ou du secteur.

L'article 714.26 de la même loi qui précise la création du service de soins infirmiers, dit qu'une commission,

présidée par le directeur du service de soins infirmiers et composée des différentes catégories de personnel de ce service, est instituée en son sein.

Elle est consultée dans des conditions fixées par voie réglementaire sur :

- 1- l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers,
- 2- la recherche dans le domaine des soins infirmiers et l'évaluation de ces soins,
- 3- l'élaboration d'une politique de formation,
- 4- le projet d'établissement.

**La loi, par la création des Conseils de Service et de la Commission du Service de Soins Infirmiers, par les missions qui incombent aux membres du service infirmier à travers ces instances,**

**cadre nos responsabilités et précise clairement ce que doivent être nos pistes de travail, nos orientations professionnelles. En vous interrogeant aujourd'hui sur l'évolution de vos pratiques, vous êtes pleinement dans l'esprit de cette loi.**



À la loi du 31 juillet 1991 et aux ordonnances du 24 avril 1996, sont venus s'ajouter deux décrets importants pour la profession infirmière :

- le décret du **16 février 1993**, relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières. Ce texte définit nos devoirs généraux, nos devoirs envers les patients et envers les confrères,
- le décret du **15 mars 1993**, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière. Ce texte précise la nature des soins infirmiers qui sont :

- "de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychologiques en tenant compte de la personnalité de chacune d'elles, dans ses composantes psychologiques, sociale, économique et culturelle,
- de prévenir et évaluer la souffrance et la détresse des personnes et de participer à leur soulagement,
- de concourir au recueil des informations et aux méthodes qui seront utilisées par le médecin pour établir un diagnostic,
- de participer à l'évaluation du degré de

- dépendance des personnes,
- d'appliquer les prescriptions médicales et les protocoles établis par le médecin,
  - de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques,
  - de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie familial et social,
  - d'accompagner les patients en fin de vie et, en tant que de besoin, leur entourage".

**Quelle réponse apportons-nous au malade en soins préventifs, curatifs, relationnels, éducatifs et de réinsertion ?**

**Quelle évaluation réalisons-nous des soins que nous dispensons ?**

**CE SONT LES QUESTIONS QUE NOUS DEVONS NOUS POSER**, que je vous encourage à vous poser dans votre réflexion.

Si la législation a défini, à travers les deux décrets que nous venons d'analyser, les missions et les devoirs de l'infirmier, le législateur s'est aussi penché sur la profession aide-soignante d'une

part :

- à travers la mise en œuvre d'une nouvelle formation des aides-soignants définie dans le décret du 22 juillet



1994,

d'autre part :

- par la définition des missions des aides-soignants dans une circulaire en date du 15 janvier 1996 qui précise que si la collaboration porte sur le rôle propre de l'infirmier l'apport de l'observation de l'aide-soignant doit être pris en compte dans l'élaboration du projet de soins au malade.

**Là encore, le législateur nous donne objet à réflexion.**

**Où en sommes-nous dans la définition des rôles de chaque membre qui compose l'équipe pluridisciplinaire que nous formons ? Chacun y-a-t-il un rôle clairement défini ?**

**Chacun s'épanouit-il dans la place qui lui est dévolue ?**

**Au total**, entre 1991 et 1996, à travers la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et les ordon-

nances du 24 avril 1996 d'une part, les textes professionnels relatifs aux infirmiers et aides-soignants d'autre part, le législateur nous a donné des bases solides d'existence et a défini clairement nos missions et nos responsabilités.

**Où en sommes-nous dans nos pratiques ?**

**Quelles sont les missions que nous n'assumons que partiellement ou pas du tout ?**

Ce sont les questions auxquelles nous nous devons de répondre pour ensuite pouvoir nous adapter aux exigences qui nous sont faites et surtout répondre à la demande du malade.

Si la loi est là pour nous obliger à aller dans une direction précise, elle vient parfois aussi officialiser une démarche engagée où elle s'appuie sur des expériences déjà menées.

Il me semble, en analysant vos pratiques, que dans le secteur de la santé mentale, vous ayez devancé le mouvement par rapport à plusieurs des exigences imposées aujourd'hui à l'ensemble du secteur santé.

Je citerai votre expérience :

- dans le travail en réseau,



- dans l'adaptation de vos structures aux besoins du malade,
- dans la prise en charge du malade à l'hôpital général, en structure de personnes âgées, mais aussi dans les différents établissements d'un même secteur sanitaire,
- dans la mise en place d'une unité de liaison,
- votre réflexion permanente en équipe

Au moment où l'hôpital réfléchit à la constitution de réseaux, à la création de communautés d'établissements, où la réflexion pluridisciplinaire commence à s'amorcer, votre expérience peut, sans aucun doute, être une aide comme le faisait remarquer l'un de nos collègues au congrès des infirmiers généraux à Bourges, il y a quelques semaines.



- pluridisciplinaire,
- votre travail en conseil de secteur,
- l'intégration des infirmiers en soins généraux dans vos unités de soins,
- l'intégration des aides-soignants dans vos équipes,
- votre participation à la formation des soignants.

Mais aussi et j'oserai dire surtout votre réflexion permanente **sur le sens du soin comme en témoigne l'analyse de vos écrits.**

**Alors, si nous avons devancé le mouvement, sur quoi devons-nous poursuivre notre réflexion,**

me direz-vous!

**Rassurez-vous, les pistes ne manquent pas,**

comme nous venons de le découvrir ensemble et permettez-moi de revenir plus particulièrement sur quelques-unes d'entre elles.

En effet, nous nous devons :

• **de privilégier sans cesse l'accueil et d'adapter nos réponses aux besoins spécifiques du malade,**

en inventant de nouveaux modes de prise en charge.

• **d'évaluer quantitativement**

les soins que nous produisons, afin de mettre en évidence la part consacrée aux soins

directs et indirects, et de recentrer en priorité notre mission autour du malade.

• **de rendre compte de ce que nous faisons à travers un rapport d'activité :**

- afin de valoriser ce que nous faisons,
- de mettre en évidence s'il y a adéquation entre la demande de soins et la réponse apportée au malade.

• **de cheminer vers la recherche en soins infirmiers,**

en nous appuyant sur l'analyse de nos modes de prise en charge des malades, afin de mettre davantage à profit nos expériences pour mieux les accompagner.

• **de cheminer dans l'identification du diagnostic infirmier**

afin d'approfondir par écrit l'analyse des causes des problèmes auxquels est confronté le malade pour ensuite y apporter des réponses mieux adaptées.

• **de développer toujours plus les soins de prévention, d'éducation et de réinsertion en les adaptant à l'évolution des besoins de notre société**

et en sachant définir où commence et où se termine notre mission de soignant.

Cependant, si notre mission est de soigner, de prendre soin de l'autre, nous ne pouvons le faire que si nous savons prendre soin de nous, c'est pourquoi, la mise en place de lieux d'expression de ce qui est difficile à vivre dans la prise en charge des patients est importante au bon exercice et à notre épanouissement professionnel.

Le partage de vos différentes pratiques au cours de cette journée s'inscrit parfaitement dans les orientations que nous venons de développer.

**Je vous souhaite de fructueux échanges et vous remercie de votre attention. ■**





# Prévention et Travail en C.M.P.

Équipe du secteur de psychiatrie adulte d'Alençon

## 1-Présentation de l'équipe

- 1 médecin
- 1 cadre infirmier
- 8 infirmiers (ères)
- 1 secrétaire médicale
- 1 assistant social
- 2 psychologues à temps partiel
- 5 demi-journées assurées par les médecins du secteur, au C.M.P., pour les consultations.

## 2-Présentation et évolution du travail infirmier

### Prévention

#### a) Accueil au C.M.P. :

permanences quotidiennes. Rôle d'écoute, d'évaluation et d'orientation. C'est un temps primordial qui va permettre de créer le premier lien et donc les premiers éléments de confiance qui vont être déterminants pour la suite de la prise en charge (disponibilité, écoute empathique).

#### b) Accueil en zone sensible :

permanence hebdomadaire effectuée dans un bureau mis à notre disposition par la mairie d'Alençon où d'autres organismes interviennent (CAF, Sécurité Sociale, assistance judiciaire, etc.), ce qui peut contribuer à l'élargissement de notre travail en partenariat.

#### c) Accueil des personnes âgées :

se fait surtout au niveau des familles et des partenaires sociaux. Une permanence téléphonique est assurée de 9 heures à 17 heures, du lundi au vendredi. Notre lieu d'accueil est conjoint avec le C.A.T.T.P. personnes âgées et les consultations psychogériatriques (ce chapitre sera développé ultérieurement).

#### d) Travail avec les différents partenaires :

avec nos collègues qui travaillent aux urgences de Lisieux, des rencontres trimestrielles avec l'A.T.M.P.O. (institutions tutélaires), des rencontres avec le S.A.S.T. (service d'action sociale territoriale), et

de façon plus ponctuelle si nécessaire.

#### Sésame :

Lieu d'écoute destiné à une population jeune, oriente vers le C.M.P. lorsqu'un besoin est décelé.

#### C.H.R.S. :

la Clarté : accueil des femmes en rupture sociale. Rencontre d'information effectuée.

#### Foyer

#### Rodhain :

foyer de réinsertion également rencontré pour informations.

#### Centre maternel :

échanges ponctuels par rapport à des cas précis.

#### Association de prévention de l'agglomération Alençonnaise

(Gestion, prévention, pour les quartiers en difficulté, embauche d'éducateurs de rue).

#### Comité

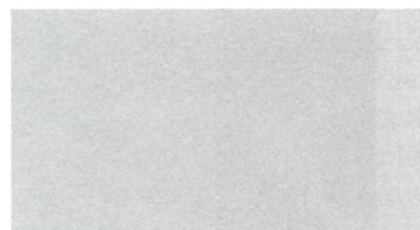
#### départemental

#### d'éducation pour la santé

(Référénts pour tous les problèmes liés à la psychiatrie).

## Participation aux actions de prévention

dans les collèges et lycées, avec la ville, autour des problèmes de dépendance (rencontre élèves + parents).



#### Drog'Aid 61 :

infirmière au C.A., médecine scolaire.

#### Mission locale

(Élaboration d'une plaquette de santé pour grands adolescents, sur la ville d'Alençon).

#### Jeunesse et sports :

intervention auprès de publics animateurs et éducateurs sur la "santé et le jeune".

#### Maisons de retraite :

réunions hebdomadaires et informations auprès du personnel, par le psychiatre référent et l'équipe infirmière spécialisée auprès des personnes âgées.



## Développement du rôle des infirmiers

Les temps de soins infirmiers habituels type injection, prise de médicaments et accompagnements, restent des actes importants. Cependant, l'évolution du travail infirmier tend à favoriser les entretiens personnalisés.

Ces temps d'entretien permettent d'établir un bilan qui sera analysé ultérieurement en équipe. Pour ce faire, nécessité de réunions de synthèse de l'équipe pour définir les orienta-

des repères, d'un soutien d'aide (maintien de l'identité, avec renforcement des comportements positifs), de sa restructuration, de l'apaisement de son angoisse, de sa réassurance, de l'accompagnement dans le sens réel de socialisation ou resocialisation.

### Spécificités infirmières

#### a) Thérapies comportementales et cognitives

Elles visent par un nouvel apprentissage à

séances ainsi qu'une évaluation du trouble avant, pendant et après la thérapie. De nombreuses techniques sont utilisées en fonction du patient : désensibilisation systématique, technique d'exposition, entraînement aux habiletés sociales, groupe d'affirmation de soi et entraînement à la communication, exposition et prévention de la réponse (pour les troubles obsessionnels compulsifs), relaxation, approche cognitive. Les

fonctions sexuelles, et plus récemment, elles



ont montré leur efficacité dans la réhabilitation des patients psychotiques chroniques.

#### b) Prise en charge de la personne âgée

Depuis 8 ans, le secteur psychiatrique d'Alençon a une équipe s'occupant plus spécifiquement de la prise en charge en ambulatoire de patients présentant des troubles cognitifs. La population prise en charge est constituée pour 50 % de déments, 30 % de dépressifs, 20 % de pathologies diverses. Deux infirmiers de secteur psychiatrique effectuent des visites à domicile auprès de patients et dans les institutions du secteur. La prise en charge se fait à partir d'une évaluation médicale, psychologique et sociale, faite par l'équipe. Elle a pour but de traiter la souffrance psychique de la personne âgée dans son environnement familial et en liaison avec les autres partenaires. Elle doit permettre de limiter l'angoisse et les troubles du comportement inhérents à la pathologie, d'éviter ou de préparer les hospi-



tions de la prise en charge et déterminer les objectifs et modalités de soins et de réunions, tous les 15 jours, avec le médecin référent pour réajuster la prise en charge si nécessaire.

Le travail autour du patient est axé autour d'entretiens structurés, du réapprentissage du rythme de vie, temps,

remplacer le comportement inadapté par celui que souhaite le patient. Le thérapeute définit avec le patient les buts à atteindre et favorise le nouvel apprentissage en construisant une stratégie adaptée. Un contrat modulable est passé entre le thérapeute et le patient, définissant les buts fixés et le nombre de

thérapies comportementales et cognitives ne résolvent pas tous les troubles rencontrés en clinique, mais elles ont fait la preuve de leur efficacité dans un certain nombre de troubles. Il s'agit, en particulier, des phobies, des troubles anxieux, des troubles dépressifs, des troubles obsessionnels compulsifs, des dys-



talisation (dont on sait qu'elles sont souvent un facteur d'aggravation des troubles cognitifs) ou permettre de maintenir une continuité des soins.

Les infirmiers à domicile ont un rôle : d'écoute de la personne souffrante et de sa famille. Cette écoute est empathique. La recherche de

responsabiliser au niveau du soin. Il a aussi pour effet de déculpabiliser la famille ayant souvent le sentiment de "mal faire".

### **Dans les institutions :**

par des visites régulières ou à la demande dans les maisons de retraite, longs séjours, foyers-logements. Cela peut

d'une coordination et du respect du travail de chacun. Les infirmiers essayent donc de donner un sens au parcours effectué par la personne souffrante, de permettre une communication entre les différents partenaires impliqués. Cet accompagnement doit

permettre une restauration de la vie psychique, le maintien d'une certaine autonomie dans le respect et le désir de la personne âgée.

### **Nos prochains objectifs**

Amélioration du partenariat en vue d'une meilleure prévention

secondaire (rencontres programmées avec partenaires et travail en commun).

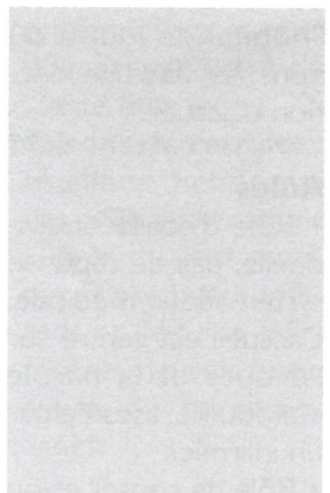
Développement du travail d'hygiène mentale au niveau des familles. Déploiement de l'information sur la connaissance du travail en psychiatrie afin de dédramatiser la maladie mentale. Faut-il encourager les thérapies spécifiques : toxicomanie, maltraitance, problèmes sexuels et autres? Si oui, comment éviter les problèmes inhérents à la spécialisation tels que le cloisonnement et l'isolement du thérapeute?

## **3-Conclusion :**

Il est donc indispensable de ne pas rester enfermés dans nos



C.M.P. et d'intervenir au niveau des usagers, après analyse des besoins et demandes. Maintenir et développer les contacts avec les partenaires. Notre travail est axé sur le respect du sujet en souffrance. Le patient ne doit pas être l'objet de nos soins, mais le sujet autour duquel s'articule notre action soignante. Nous devons sans cesse nous interroger sur le sens et la cohérence de notre pratique infirmière. La prévention demeure un travail de longue haleine, afin de déceler au plus tôt la nécessité de soins en vue d'optimiser une qualité en santé mentale. ■



sens à certains comportements et aide à mieux comprendre la maladie voire à l'accepter. Cela permet de dédramatiser certaines situations et restaure une meilleure communication intra-familiale et inter-génération. Ils peuvent accompagner la personne âgée dans certaines démarches anxieuses pour elle et pour sa famille.

Ce rôle de travail auprès de la famille, est essentiel. Il favorise la décharge émotionnelle permettant de restituer l'entourage dans son rôle affectif et le déres-

aller du suivi des résidents déjà connus, à la prise en charge de personnes posant quelques difficultés. Ils font le lien entre l'équipe soignante et le médecin psychiatre, en essayant de répondre au mieux et au plus vite à la demande, soit par une consultation ou un temps d'observation des troubles. Sur le terrain, les infirmiers sont amenés à contacter, en accord avec la personne âgée, le médecin généraliste, les infirmiers libéraux, les aides ménagères, les assistantes sociales, les gérants de tutelle, dans le souci



# Trajectoire de la création d'un C.M.P.

Équipe du secteur de la Côte Fleurie



**N**otre histoire de l'extra-hospitalier prend ses racines dans le constat que l'hôpital : n'est pas un lieu de vie, que le malade est un être bio-psycho-social, et aussi de notre faculté à nous émanciper nous soignants, des murs de l'hôpital (C.H.S. Caen), d'où :

## I - L'HÔPITAL DE JOUR

à Trouville (secteur de la Côte Fleurie), Dr PITON.

Ouvert en 1986, il a vocation d'accueillir des patients psychotiques en hospitalisation (9h-17h) ou en accueil en demi-journée. Avec le temps, selon les demandes, la souplesse et la disponibilité, l'hôpital de jour a dû s'orienter vers une fonction d'accueil.

### Rôles

- Rôle d'écoute individuelle, pas de réponse systématique médicale. L'accueil est centré sur l'écoute et la parole individuelle, assurée par un infirmier.
- Rôle de conseil et/ou

d'accompagnement si nécessaire, pour démarches précises (administratives, retraités installés sur la côte).

- Rôle d'orientation : analyse des besoins aboutissant à l'échange avec la psychologue ou le psychiatre.
- Psychiatrie de liaison, dans le centre de cardiologie si nécessaire.

### L'usager

Il correspond à une personne en souffrance qui a besoin d'une aide quelconque d'ordre psychologique, pas forcément une personne ayant un passé psychiatrique, tout d'abord c'est un individu qui a besoin d'aide, d'une écoute.

### Le soignant est "l'écouter" :

Souvent un infirmier d'où une grande importance de la disponibilité.

### L'entretien

Il se décompose en écoute, échange et communication. Souvent plusieurs entretiens sont nécessaires. Cet entretien reste spé-

cifique même si nous le situons délibérément en dehors du schéma médical classique (formation à l'entretien). Son devenir est variable : c'est-à-dire son devenir peut en rester là, parce que cette rencontre se suffit à elle-même ou cette rencontre peut s'orienter vers une consultation psychiatrique, une hospitalisation. Cette rencontre de caractère immédiat répond à une sorte de prévention par l'écoute, l'attention, réponse à une demande.

### Pourquoi le C.M.P ? sortie du C.H.S.

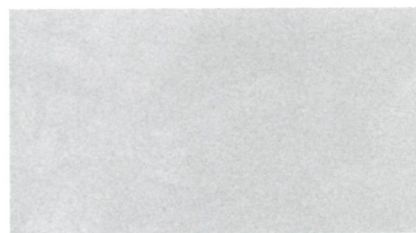
C'est la pratique de secteur pour être à proximité des usagers avec un caractère souple et immédiat.

## 2-HISTOIRE DU C.A. DE DIVES

Dans cet objectif, une structure d'accueil manquait sur Dives. Nous sommes implantés à Dives dans le Centre

Médico-social depuis 1987, endroit où existaient déjà des consultations d'un médecin psychiatre.

Nous sommes à l'origine d'un C.A.T.T.P. qui fonctionne à ses débuts avec deux infirmiers (3



jours par semaine) et les consultations d'un médecin psychiatre (1 fois par semaine).

### Notre objectif

Il est alors d'être sur le terrain, d'y répondre aux besoins des patients et d'y mener un travail de partenariat, d'évoluer dans un réseau médico-social.

### Nos actions

Nos actions infirmières y sont multiples vis-à-vis des patients et de leurs familles : rôle d'accueil en entretiens individuels, d'écoute téléphonique, d'évaluation, de soutien, d'accompagnement, de soin. Nous proposons



aussi de la relaxation individuelle.

Ces actions sont faites dans le Centre médico-social ou au domicile des patients, ou au cours de démarches administratives. Notre volonté première est un travail de prévention à tous les niveaux. Un pourcentage important de nos interventions intéresse des personnes n'ayant aucun passé psychiatrique, n'étant pas non plus suivies en consultation spécialisée. Nous travaillons avec les équipes de l'intra-hospitalier du C.H.S., avec les médecins, les tuteurs, la municipalité, les aides ménagères, les travailleurs

sociaux du RMI, le GRETA, le service de soins infirmiers d'aide à domicile. Par ces pratiques nous sommes connus et reconnus comme travailleurs en santé mentale au sein de la cité. Avec le temps, notre équipe est devenue une équipe pluridisciplinaire avec : un médecin deux fois par semaine, une psychologue une demi-journée par semaine, une assistante sociale, une secrétaire, une diététicienne à la demande. Nous avons évolué dans une réelle fonction de C.M.P., mais C.M.P. à temps partiel puisque nous ne sommes sur le terrain que trois fois par

semaine. Le prochain objectif, quand nous aurons des locaux qui le permettront, sera d'être un C.M.P. à temps complet.

Forts de ces expériences et des besoins importants existant, est en projet un C.M.P. sur Honfleur.

### **3-C. A DE HONFLEUR**

Ouvert depuis une dizaine d'années, le C.A.T.T.P.D. de Honfleur est une structure de soins essentiellement infirmiers, dans laquelle il n'y a pas d'intervention médicale directe, il est ouvert deux jours

par semaine (le lundi et le vendredi).

Il est situé en centre ville, dans un local prêté par la municipalité, toutefois ces locaux sont difficilement accessibles car peu visibles. Ils ne permettent pas d'offrir maintenant une prestation de qualité dans les domaines de prévention et de prise en charge des situations de crise.

#### **Fonctionnement**

Le C.A.T.T.P.D. fonctionne avec deux ou trois infirmiers, appartenant aux différentes



unités de soins du secteur Côte Fleurie et concerne en tout une dizaine d'infirmiers. À ce personnel infirmier se joignent ponctuellement d'autres intervenants : surveillants, assistante sociale, psychologue, ergothérapeute, diététicienne.

#### **Rôle du C.A.T.T.P.D. de Honfleur**

À l'origine, le C.A.T.T.P.D. s'est donné pour vocation d'être un lieu de rencontre, d'écoute, de soutien afin de maintenir les patients dans un réseau relationnel et de conserver leur autonomie, de garder un contact avec les patients à la sortie de l'hôpital, d'assurer leur suivi.

**Actuellement, le C.A.T.T.P.D. sert de base de départ pour les V.A.D. du secteur de Honfleur. Pourtant un tel fonctionnement a des limites et celles-ci sont dépassées :**

le C.A.T.T.P.D. n'est pas

un lieu d'accueil ouvert, il ne concerne que les patients ayant été hospitalisés, toutefois, l'équipe infirmière apporte une réponse aux demandes téléphoniques.

Des consultations médicales ont lieu deux fois par semaine (mardi et jeudi après-midi), à 5 km de Honfleur à l'hôpital d'Équemauville. Actuellement, la transmission est difficile et complique la prise en charge infirmière.

La variabilité de l'équipe infirmière rend difficile la continuité de la prise en charge individuelle du patient, malgré la mise en place du dossier de soins. La visibilité du CA est quasi nulle, la population Honfleuraise et les intervenants sociaux ignorent notre existence.

Au total, actuellement sur Honfleur, il existe des consultations et des aides diverses : médi-





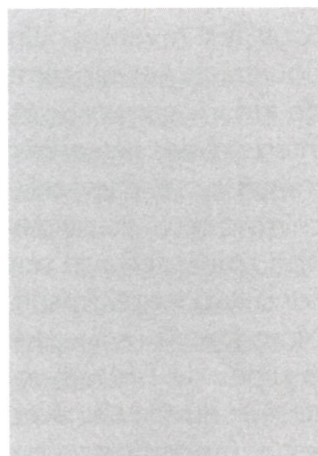
cales (psychiatres), psychologues, infirmières, assistantes sociales. Ces offres se font de manière éclatée. Le C.A.T.T.P.D. est régulièrement interpellé pour des demandes qui vont au-delà de son rôle : entretiens individuels, V.A.D., soutien en gériatrie. De ce fait, la mise

en place d'un C.M.P. sur Honfleur, est un outil susceptible de répondre au mieux à la demande, il permettrait le regroupement de l'offre de soins en proposant une prise en charge médico-psycho-socio-infirmière. Celui-ci doit être implanté sur un lieu plus visible et plus accessible.

Une présence infirmière renforcée permettrait une permanence d'accueil de jour. Ces infirmiers étant alors les premiers interlocuteurs. Une des fonctions essentielles du C.M.P. étant la prévention, il nous faudra le développer en favorisant une psychiatrie de liaison, en organisant un réseau avec l'hôpital général, les associations, assistantes sociales de secteur, les médecins libéraux...

S'appuyant sur les pratiques de soins dans les C.M.P. de Trouville et Dives, il nous est apparu indispensable de réflé-

chir sur un projet de C.M.P. à Honfleur afin de pouvoir répondre aux multiples demandes et nécessités dans ce sous-secteur où il n'existe, pour le moment, qu'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel... ■



## Pratiques infirmières en alcoologie

Pierre HÉLIE,  
infirmier à l'Unité d'Alcoologie de Flers



**J**e suis infirmier à l'unité d'alcoologie de liaison de l'hôpital de Flers, service ouvert en mai 1997 dans les locaux du centre Maubert.

L'équipe au complet depuis le 1er septembre comporte : un médecin vacataire deux demi-journées par semaine, une psy-

chologue à mi-temps, une assistante sociale une journée par semaine, un infirmier, une infirmière temps-plein. Nous travaillons en amont de la demande pour la cultiver et amener le patient vers les soins puis en aval de ces soins afin de cultiver chez le patient la nécessité du sevrage.

La charnière entre amont et aval étant assurée soit par le protocole de soins aux malades alcooliques que font les patients pendant leur séjour en médecine, ou bien le séjour en postcure dans les différents centres de la région.

Il est illusoire d'aider un malade alcoolique

malgré lui, il est préférable d'attendre l'adhésion du malade plutôt que de l'aider contre sa volonté. Ceci dit on ne peut attendre les bras ballants cette demande "en devenir" et il convient de signifier la disponibilité des services de soins en rappelant les coordonnées. Le rôle infirmier dans un service

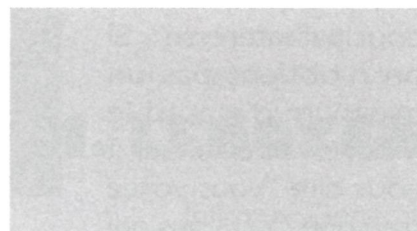


de médecine est de servir de relais pour accompagner le patient vers la révélation à lui-même de sa relation à l'alcool. Le conduire à fréquenter les soins en alcoologie est l'étape suivante car passer la porte d'un service d'alcoologie ou recevoir son correspondant à son chevet est une démarche révélant à lui-même un peu

le changement de traitement. La relation de soins infirmière en alcoologie se situe aussi dans la durée d'une confiance qui s'installe, censée remplacer celle que le patient entretenait avec le toxique. Quelle liaison entretenez-vous avec l'alcool ? C'est vrai qu'il y a liaison au même titre qu'une liaison affective. Par quelle

portement de l'entourage vis-à-vis du patient sevré, de comportement du patient envers son entourage. L'infirmier (ère), après avoir assumé son rôle de première instance d'écoute devra connaître les personnes référantes dans un réseau de soutien au malade, leurs compé-

du permis de conduire (**justice**), de la santé (**conséquences somatiques**). Il y a



aussi perte de la notion de temps. Il ne sait plus depuis combien de temps il boit, depuis combien de temps il est séparé car ses relations familiales se sont effritées. En se racontant, il peut renouer avec son passé douloureux, en regardant devant lui il se projette dans un avenir en cherchant à y supprimer l'alcool.

Perte de la notion du temps qui passe puis perte de notion d'habiter un corps puisqu'il l'injurie jusqu'à plus soif. On doit alerter le malade sur la façon qu'il a de se faire du mal, sur les conséquences répétées de sa consommation d'alcool sur son corps. On doit lui proposer de prendre soin de lui : coiffure, habillement, loisirs, sports, relaxation...

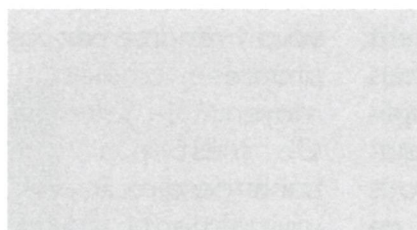
Le patient arrive presque toujours sous contrainte (familiale, professionnelle, somatique) : il faut permettre de transformer cette contrainte de soins en désir de se



plus son alcoolisme. Ceci dit, un passeur de relais a un bout de course à faire avant de passer ce relais. Donc une relation de soins doit s'installer, voire perdurer des années. Parfois, la disponibilité infirmière amène à se rendre compte des diverses décompensations de l'alcoolisme : idées suicidaires du sevrage, réalcoolisations, solitude, troubles somatiques. Ce qui amène à joindre le médecin qui préconisera l'hospitalisation ou

liaison soignante voulez-vous remplacer l'ancienne ?

Au cours du séjour en médecine, ou tout au



long du suivi ultérieur; il faut noter les changements de verbalisation du patient vis-à-vis de l'alcool, de comportement vis-à-vis de l'alimentation, de com-

tences, leurs qualifications, les moyens mis en œuvre afin que le malade fasse émerger sa propre demande de soins. On doit conduire le malade à une réappropriation de son histoire afin qu'il construise son avenir. Le

malade alcoolique subit un enchaînement de pertes : de l'estime de soi (il se considère comme un rejet) de l'entourage (**divorce**), du travail (**chômage**),

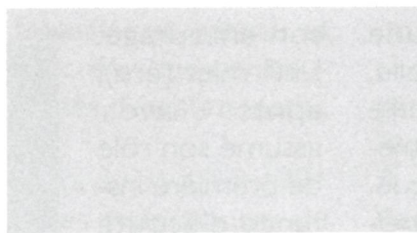


soigner "les autres ne font pas tout, les médicaments ne font pas tout, j'ai mon mot à dire puisque je suis le principal intéressé". Si on n'obtient pas un minimum d'accord le malade va s'évertuer à nous dire "vous voyez bien que c'est vous qui décidez puisque je rebois".

La première étape de soins en médecine ou ailleurs doit faire émerger la deuxième en alcoologie, en psychothérapie, en post-cure...

Soit sur place, soit en déplaçant géographiquement le patient vers un lieu de post-cure : le temps d'attente pour y entrer est censé remplacer l'habitude de l'immédiateté de l'effet de l'alcool, l'éloignement du milieu habituel ; le cadre rassurant peut favoriser les conditions d'un changement. Le temps de soins hospitalier a ses limites, atteintes par la sortie qui signifie le retour dans son milieu de vie. Ou est notre place d'infirmier ? Nous nous situons à la liaison de ce temps de soins et de cette vie future en autorisant le patient à circuler de l'un à l'autre. Bien souvent il fera plus confiance à son ancien toxique et redoutera cet avenir car il n'en voit pas le sens. Il nous répondra

parfois "à quoi bon chercher à être mieux si c'est pour être plus



mal" car le sevrage lui fait regarder la vie telle qu'elle est sans le "faux fuyant" que lui permet l'alcool.

Nous pouvons dire au patient : nous ne

lieu d'accueil privilégié de la décompensation du malade alcoolique ou de l'émergence d'une demande de sevrage : problèmes gastro, chutes, accident de la voie publique, delirium.

Nous pouvons dire au patient : "vous nous voyez ici dans des circonstances où les soins sont induits, vous pouvez nous revoir

à l'alcool est une étape incontournable si on veut accompagner le patient dans la relation "zéro" à l'alcool. On n'est pas là pour diaboliser le produit alcool mais pour en gérer l'absence. Je dis souvent aux patients : vous consommiez ce à quoi je n'ai pas assisté mais vous m'en parlez, vous vous soignez et là je suis en face de vous. *Je me soigne* et non comme j'entends souvent *je me fais soigner*. Cette façon de parler



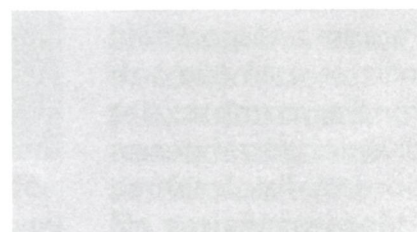
jugeons pas mais la justice doit jouer son rôle, nous ne prescrivons pas mais le traitement est indispensable, nous ne sommes pas impliqués dans votre équilibre familial mais nous pouvons écouter ce qui le déséquilibre.

Le fonctionnement de l'alcoologie de liaison sur Flers est en relation avec le fonctionnement global de l'hôpital puisque celui-ci est le

route de Domfront (à l'unité d'alcoologie), mais c'est vous qui vous y rendrez par vos propres moyens".

Ce n'est pas banal de dire à un patient : "vous cherchez à vivre sans toxique, je vous d'y être aidé". Sa personnalité s'était équilibrée autour de ce toxique et le repérage infirmier de la relation

dénote une idée de délégation de pouvoir où le patient se situe en dehors des soins et



ne s'y implique pas. Autre discours auquel je propose une correction c'est : "je ne touche pas à l'alcool",



“non, l'alcool vous l'inscrivez dans votre corps en le blessant et non pas seulement en le touchant”. On est là pour imaginer votre vie future sans alcool, futur auquel non plus je n'assisterai pas hormis quand vous voudrez bien me le rapporter lors d'entretiens. Autre discours fréquent du malade lors de son

Nous faisons de l'alcoologie de liaison, donc, de même que le patient n'est pas seul avec sa maladie, nous ne sommes pas les seuls à le soigner.

Nous recherchons la meilleure adéquation entre le patient et son projet de soins, donc nous recherchons avec lui les futurs intervenants possibles : médecin traitant, psychologue, psychiatre, assistante sociale, postcure.

Prendre soin consiste à

hospitalisation : “ici je m'en passe pas facilement”, ce à quoi je réplique : “oui, mais dehors c'est moins confortable de se dire non ou de dire non aux copains”. Notre rôle est de rechercher ce qui fragilise le sevrage et qui ramène l'attirance pour le toxique. Le patient nous dit souvent “je vais m'en sortir seul”. Une proportion de patients, effectivement, fonctionne comme cela mais c'est aussi la porte ouverte au retour du toxique car solitude et alcoolisation vont souvent de paire. Le patient doit se décider à passer d'une “solitude dorée” à l'alcool au risque d'une relation qu'elle soit familiale, professionnelle ou thérapeutique.

prendre en considération, c'est-à-dire permettre au patient de passer d'une image de culpabilité à une image de maladie. Prendre en considération dans le milieu médical sert à contrecarrer l'attitude ambiante de la société qui est de : accepter quand cela l'arrange pour le financement de ses impôts, dénigrer quand cette intoxication prend des tournures de déchéance. Être considéré par le corps soignant permet au malade de se considérer lui-même et d'habiter son corps en le respectant et non plus le l'injuriant, de voir passer le temps en attendant le lendemain ou le moins suivant la résolution de ses problèmes et non plus en confiant à l'alcool un mirage de résolution.

Le message à envoyer au malade est de lui dire : **“vous étiez acteur de votre alcoolisation, maintenant vous êtes acteur de la rupture d'avec l'alcool”**.

L'écoute du malade alcoolique par un infirmier consiste à : recevoir l'appel au secours masqué par le déni, qui apparaît sous forme d'accident de la voie publique, de décompensation somatique, recevoir l'entourage familial.

Bref, un rôle à vocation multiple. Récemment, un médecin me disait “il te faut quitter tes habitudes d'infirmier de secteur psychiatrique” quand nous évoquions la fréquentation de l'unité d'alcoologie par des malades de psychiatrie. Par extension, je crois que tous les rôles infirmiers sont en pleine mutation et

qu'on doit quitter d'anciennes habitudes pour un rôle individualisé auprès du malade ou avant de passer le relais à la vie courante, à une autre institution, il faut passer par une relation de confiance où l'implication ne soit pas un vain mot.

Je me disais également que de même qu'un musicien adapte la partition du compositeur, un infirmier a son mot à dire sur la prescription médicale à savoir qu'à partir d'une trame on peut :

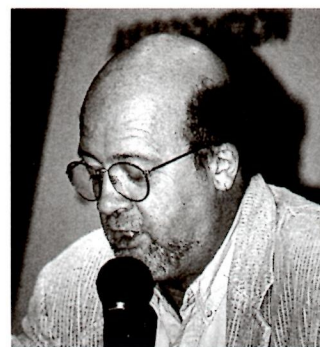
- parler de la prise du traitement en soutenant sa nécessité,
- savoir où se situe le manque d'alcool et de quelle façon le vide est comblé ou laissé béant avec dans ce cas la surveillance des idées suicidaires qui s'ensuivent. ■

**Centre Hospitalier de  
FLERS,  
centre Maubert,  
188, rue de Domfront.  
BP 219  
61104 FLERS CEDEX**



# L'avenir de la profession infirmière en santé mentale

Lionel FIZE,  
Centre Hospitalier de Vire



L'avenir de la profession infirmière en santé mentale j'en discute souvent avec mes collègues et c'est pour eux source d'inquiétude. Ce qui revient le plus souvent c'est la disparition du métier, la disparition de sa spécificité, au moins sur le papier.

Un petit retour à l'histoire me paraît nécessaire pour comprendre les enjeux,

guée. C'est vrai, notre histoire est liée à cette fonction de gardien d'asile, d'enfermement, de prise en charge du groupe, notre rôle est alors tout à fait restreint et nous sommes à cette époque dans le contexte de l'éducatif répressif.

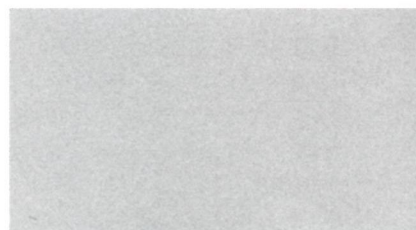
La circulaire de 1960, liée au militantisme de praticien et d'infirmier ayant vécu l'inhumanité de l'enferme-

son entourage dans une fonction d'acteurs et de communication.

Notre fonction, notre rôle à cette époque vont considérablement changer. Il ne s'agira plus de garder, mais de dédramatiser des situations ordinaires, de rupture, de souffrance psychique, mais avec les acteurs de la société. L'infirmier passera dans la défini-

face.

Selon mes collègues, et je partage ce point



de vue, rien ne peut se faire sans la richesse de multidisciplinarité et sans la délégation. Bien entendu, notre expérience ne s'est pas construite dans l'uniformité mais notre pratique d'échange entre soignants, d'échange avec les patients a considérablement évolué.

Il y a dans cette pratique une volonté de prendre en charge la rupture, la crise, il y a dans notre pratique une volonté de passer des relais à d'autres collègues dans le champ du secteur, pour assurer la continuité du soin, et ensuite vers d'autres partenaires, d'autres compétences si cela est nécessaire, il y a dans notre pratique une volonté d'amener



car s'il y a bien une permanence c'est l'image de la folie, la peur qu'elle inspire et toujours les exigences de la société pour que sa prise en charge nous soit délé-

ment, va fixer un objectif : **ramener la souffrance psychique à son endroit initial : la cité.**

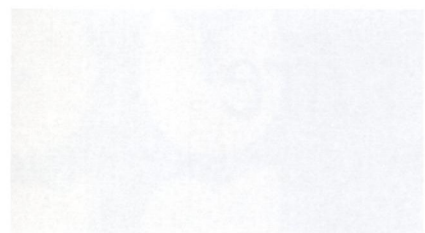
Elle va chercher à placer le patient et

tion de sa fonction du respect du silence au respect de la parole. Petit à petit, nous ne serons plus sur le registre de la gestion de l'exclusion, mais dans celui de l'inter-



le patient à gérer sa maladie en position d'acteur. Il y a dans notre pratique la volonté de faire comprendre à l'entourage la nécessité d'être partenaires.

Je travaille à l'hôpital général et pour moi



c'est un lieu révélateur d'une pratique de partenariat, dans la différence de nos pratiques, elle ne s'est pas faite du jour au lendemain, ni sans d'énormes incompréhensions, elles ne sont d'ailleurs pas toutes levées, mais on peut constater que les patients orientés vers la psychiatrie dans le cadre de l'hospitalisation, passent par les urgences comme toutes les autres pathologies prises en charge à l'hôpital.

Revenons à notre avenir et donc à ce premier paradoxe : un métier qui s'est construit, qui a fondé ses actes de soins infirmiers non seulement sur la prescription de médicaments mais aussi sur l'accueil, l'écoute, la disponibilité et le temps, qui

s'est rôdé et qui devrait disparaître. Mais quel en serait l'intérêt : une définition identique de la fonction-infirmière dans toutes les disciplines ? c'est le cadre actuel du

statut infirmier. Peut-être est-ce une manière de faire rentrer une profession, une spécialité dans un cadre, solution discutable, je

le

dis avec conviction parce que notre profession est notre pratique, elle est enfin en phase avec la prise en charge des patients dans leur cadre de vie, elle est reconnue par d'autres partenaires. Ce qui est plus inquiétant c'est la dérive de notre exercice, des circulaires nous demandent d'intervenir dans le cadre de

l'exclusion sociale, chômeurs, catastrophes majeures,



quand je parlais tout à l'heure dans l'histoire d'un rôle qui nous était délégué, je l'entends à nouveau pour des personnes qui n'ont nul besoin d'être "psychiatriées".

Est-ce à dire que dans notre société, les individus

n'ont plus de compétences à parler des problèmes affectifs liés à la vie ordinaire que par l'intermédiaire des spécialistes, je ne le pense pas.

Notre fonction est une fonction qui se rapporte à des patients souffrant notamment de pathologies lourdes, qui nous amènent à gérer des situations de crise, à travailler avec et auprès d'eux en se donnant le temps, c'est là que me semble être l'avenir de la profession infirmière en santé mentale.

D'autres engagements sont nécessaires, comme la nécessité de toujours remettre en cause notre savoir et à le transmettre mais c'est un partage d'idée et je ne veux pas monopoliser le débat... ■