

# PRATIQUE & RECHERCHES

En Santé Mentale

# N° 32

ISSN 1157-5135

J O U R N É E  
DE PONTORSON



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

**4,50 €**

# 32 sommaire

**1** .....Éditorial

## **Journée de Pontorson, 28 mars 2002 : évolution des pratiques et des métiers en santé mentale**

**2** .....Évolution de la profession infirmière à l'hôpital général  
*M<sup>me</sup> Perraut-Soliveres*

**5** .....Le statut du patient: comprendre, pourquoi en parler  
*M<sup>me</sup> Martine Ducouret, DSSI, EH du Bessin*

**7** .....Évolution des pratiques et des métiers en santé mentale  
*L'équipe infirmière du CH de Pontorson*

**9** .....Évolution des connaissances cliniques-Évolution des pratiques en psychiatrie  
*Docteur Marguerite Colin, praticien hospitalier, CH de Pontorson*

**11** .....La psychiatrie de liaison  
*Antenne Médico-Psychologique de Valognes*

**13** .....L'infirmier (ère) de CMP: un acteur essentiel du dispositif extra-hospitalier  
*M<sup>me</sup> Christine Leconte, infirmière - M<sup>me</sup> Stella Choque, cadre infirmier  
M. Davy Bichet, psychologue - CMP « Les Épiettes », Granville*

## **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	Composition et impression:	LOCOMOTIVE
Responsable de la rédaction:	Philippe LAMOTTE		02 33 07 54 09
Secrétaire de rédaction:	Maryse CORBET		COURCY
Secrétaire adjointe:	Marie-Line LAMARE-HAMELIN	Photos:	P. LAMOTTE
Comité de rédaction:	J.- N. LETELLIER		PICAUVILLE
	J. ANDERSON, M. PITON,	Secrétariat:	02 33 21 84 66
	G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD		
	T. JEGARD	Dépôt légal:	2 <sup>e</sup> trimestre 2002

Nous sortons d'une campagne électorale marquée par le thème de l'insécurité: thème omniprésent, médiatisé, surmédiatisé... Ce thème, flottant dans l'air du temps était attendu mais a cependant surpris par son omniprésence dérangement. Mais quand un mot insiste à ce point dans le discours, le psychiatre dresse l'oreille; qu'y a-t-il là dessous de plus que ce qui est explicitement dit.

Tenez, faisons un test: demandez-vous ce qu'il en est de l'insécurité en psychiatrie. Vous évoquerez sans doute d'abord, fidélité au thème oblige, avec plus ou moins de conviction la violence de certains patients, mais finalement rien de nouveau pour qui a un peu de mémoire (perte de savoir-faire?) puis après un petit temps d'hésitation viennent pêle-mêle: protocole, accréditation, PMSI (une usine à gaz), inflation galopante d'écrits de plus en plus méticuleux, glissement de la notion de psychiatrie au concept flou de santé mentale, grand écart entre une psychiatrie se réduisant à sa partie biologique et l'extension sans fin de ses missions à la prise en charge de toute souffrance vécue comme une entrave intolérable au droit généralisé au bonheur (cf. définition de la santé mentale de l'OMS), judiciarisation croissante des problèmes, difficulté à recruter des infirmiers, impossibilité de recruter des psychiatres de secteur (avec l'effondrement complet de certains secteurs), disparité aberrante des installations des psychiatres libéraux, tous ces problèmes d'installation et de démographie médicale résultant de l'absence d'outil de régulation de l'installation (en contradiction totale avec le discours sans cesse ressassé sur une véritable politique de santé publique), accès direct des patients à leur dossier médical sans prise en considération suffisante de certaines objections, conditions pour le moins difficiles de l'application des 35 heures dans les hôpitaux publics, etc.

Bref, les évolutions sont telles que nombreuses sont les équipes qui ne se sentent plus « en sécurité ».

C'était finalement le thème de la dernière journée Croix-Marine de Pontorson puisque nous nous sommes retrouvés pour discuter de l'évolution des métiers en santé mentale, ce qui a permis à la fois de dresser une partie du constat précédent mais aussi de travailler à s'approprier certaines de ces évolutions et ainsi réduire la fracture entre « les grandes décisions » et ce qui est vécu quotidiennement sur le terrain.

Ces journées sont aussi l'occasion de dialoguer avec des partenaires issus d'autres horizons, de jeter des passerelles, de se trouver des préoccupations et des réflexions communes. Ce fut le cas notamment cette fois-ci avec madame Perraut-Soliveres, infirmière générale à l'hôpital de Bligny et auteur du livre<sup>1</sup> « Infirmière, le savoir de la nuit ». Madame Perraut-Soliveres, forte d'une longue expérience de travail de nuit (mais la nuit est aussi pour madame Perraut-Soliveres la métaphore de ce que nous ne maîtrisons pas, de ce que nous ignorons, de ce qui nous échappe de ce qui nous traverse...) en hôpital général, temps de relation privilégiée avec les malades, plaide pour une approche moins technique du travail d'infirmière; moins technique pas au sens où il faudrait enlever de la technique aux soins mais pour qu'il soit redonné du temps, de l'importance et du sens à la relation interpersonnelle et intersubjective entre soignants et patients et au sein même de l'équipe soignante.

Il s'agit de redonner sa place à l'acte humain qui accompagne nécessairement tout acte technique.

Qui d'entre nous ne pourrait souscrire à une telle démarche?

Docteur J.-F. GOLSE

<sup>1</sup> Perraut-Soliveres Anne: « infirmière, le savoir de la nuit » coll. *Partage du savoir* PUF.

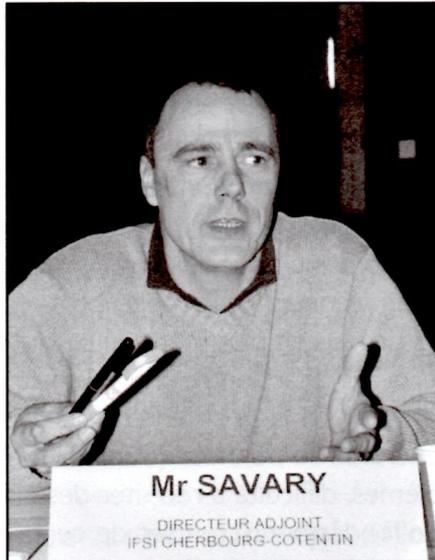
# Journée de pontorson évolution des pratiques et des métiers en santé mentale

28 mars 2002



Ouverture de la séance par le Docteur Eddy.

*M. Savary est intervenu durant cette journée sur le thème de l'évolution de la pratique infirmière.*



*M. Clerc a traité de la trajectoire des psychiatres.*

## Évolution de la profession infirmière à l'hôpital général

Par M<sup>me</sup> Perraut-Soliveres, auteur de « Infirmières: le savoir de la nuit »  
Cadre supérieur de santé, Bligny (Essone)



**A**u risque de paraître caricaturale, je dirai que la démarche, tendant à valoriser le statut d'infirmière au travers de la référence à Bac + 3, a eu un effet tellement pervers qu'il produit quasiment l'inverse de ce qu'il visait. En élevant le niveau scolaire, qui n'est pas synonyme d'élévation de l'aptitude à soigner, on a opéré une sorte de tri qui a amené vers le métier une population de moins en moins adaptée, plus exi-

geante du fait de ses compétences réelles ou fantasmées et nettement moins disposée à accepter les aléas, compromis et autres contraintes dues à l'exercice des soins au quotidien.

L'orientation des études ainsi que leur contenu tend à affirmer une dimension positiviste et une rationalisation qui rendent d'autant plus aléatoire l'intérêt pour l'humain dans les soins.

Le fossé s'est ainsi creusé entre un discours lénifiant sur « le malade dans sa globalité » qui porte la langue de bois à son apogée et des pratiques exclusivement appuyées sur le découpage qui tend à devenir caricatural. En effet, non contents du découpage du patient par la médecine en une multitude de spécialités et sous-spécialités dont je serais bien en peine de faire la liste par organes, les infirmières l'ont découpé en besoins, quatorze selon

V. Henderson, afin, je suppose de n'en oublier aucun dans le plan de soins.

Confortés par ce modèle, les technocrates y ont ajouté les leurs, destinés à contrôler les coûts sans autre raison énoncée que diminuer les gaspillages. Ainsi les hospitalisations se déclinent désormais en hospitalisation de jour, de nuit, de semaine, en soins aigus, soins de suite et réadaptation, moyen et long séjour, convalescence, sans oublier le bout du bout... les soins palliatifs. Ce découpage des temps de la maladie impose des changements d'équipe médicale et paramédicale, venant occulter la notion de relation de soin si délicate à instaurer et tellement incontournable dans la prise en charge des patients. Ce saucissonnage invraisemblable vient servir la machine à compter puisqu'il nous faut aujourd'hui faire entrer le malade dans un GHM, quel que soit l'inconfort de ces groupes qui ne sont jamais adaptés, à moins que ce soient les malades qui résistent à cette mise en boîte.

C'est donc cet être morcelé, cette personne écartelée en morceaux dispersés qu'on prétend mettre au centre du système de soins. Il n'est pas besoin d'être très futé pour comprendre que la case définie en fin de découpage n'est pas au centre du système, mais un lieu de réclusion en bout de chaîne et que la place du patient aujourd'hui est celle que le système et ses manques ont définie par défaut ou pour des préoccupations qui sont

exclusivement liées à une volonté de restreindre le budget de la santé. C'est à ce patient que nous sommes supposés rendre une unité, une autonomie, quand l'ensemble des conceptions de soin et de prise en charge ont contribué à la lui faire perdre.

Un autre découpage est venu séparer la parole du soin avec l'entrée des psychologues et psychiatres dans l'hôpital général. Là encore, contrairement à ce que nous aurions pu espérer, les problèmes posés par le comportement des patients sont de plus en plus « confiés » aux psys, que ces problèmes concernent l'angoisse devant l'annonce d'un diagnostic péjoratif ou les conflits exprimés ou latents. On s'aperçoit progressivement d'une tendance des soignants à se décharger sur les psychologues ou psychiatres de tout ce qui ne coule pas de source. Cela me semble en même temps dommageable pour le patient, les soignants et les psys en ce que chacun se sent dépossédé d'une part de sa responsabilité. Cela entretient le malentendu, le clivage entre problèmes psychiques et somatiques, la frustration des soignants du corps qui se plaignent de perdre une part non négligeable de la relation et le malaise des psys qui se sentent utilisés comme des pompiers pour éteindre ponctuellement les débordements sans que soit réellement reconnu leur savoir-faire.

La maladie est une aventure dans l'inconnaissable, un moment

d'exception dans la vie de l'individu et l'isoler du contexte de sa survenue contribue à l'insensé. Quelle que soit la maladie elle a toujours un sens dans l'histoire de la personne et la qualité de la relation de soin dépendra de notre compétence à entendre ce sens au même niveau que les autres sens plus objectifs.

La profession en cherchant à se faire reconnaître a perdu son âme. En cherchant à se définir, à s'écrire, elle a accentué le fossé qui sépare le visible, l'objectivable, de la subjectivité. En effet, lorsqu'on commence à compter, à décrire les actes, on les prive de leur contenu indicible. Si je coche la case *injection* de mon diagramme de soin (destiné à évaluer la charge en soin du patient et par conséquent à évaluer le ratio effectif/quantité de travail dans un service donné) je rends visible la part objective du soin et fais disparaître la charge subjective qui ne peut se noter, reléguée dans l'ombre par le seul fait de diriger le projecteur sur ce visible.

Le malaise de la profession se situe selon moi dans une extrême désillusion face à une évolution qui s'est retournée contre les soignants tout en s'annonçant pour la valorisation de la profession. C'est ainsi que de nombreux outils ont vu le jour, plus ou moins acceptés ou subis et qu'ils ont contribué à faire reculer le contenu affectif des soins qui est la condition incontournable de leur qualité en même temps que du bénéfice du soignant.

## La pénurie a ainsi plusieurs causes

La première, non dite, est une volonté politique de fermeture de lits estimés en surnombre. La diminution des places dans les écoles d'infirmières alors que la fuite était déjà conséquente ne saurait être accidentelle. Or, on le voit de plus en plus fréquemment, faute d'infirmières on ferme des lits pour le week-end, pour la semaine, pour les vacances puis parfois définitivement. C'est la même chose avec les médecins de certaines spécialités désertées. La fuite des infirmières après les études est un indicateur dont personne ne semble se soucier. Pourtant, on apprendrait probablement beaucoup sur le recrutement, le contenu des études et les conditions objectives et subjectives du travail des soignants. Le mépris de l'expérience par les salaires mais surtout par les conditions d'exercice sans aucune promotion possible dans les soins dévalorise précisément ceux qui, ayant acquis de l'expérience, pourraient être des aides précieuses pour l'accompagnement des jeunes, étudiants et diplômés récents. Le recrutement d'étudiants d'un meilleur niveau scolaire élimine des soignants potentiels qui n'ont pas ce niveau ou qui ont quitté l'école depuis un certain temps. Ainsi certaines aides-soignantes qui seraient tout à fait capables de devenir infirmières pour peu que l'on adapte la formation à leur niveau ne parviennent pas à franchir la porte des écoles. La formation en insistant de plus en plus sur la technicité et les savoirs théoriques, en particulier

médicaux sert une politique des soins qui privilégie le rationalisme à l'humanisme. C'est la plus grande source de frustration car la demande de soins de base et d'accompagnement est beaucoup plus forte que la demande de soins techniques eu égard à l'évolution de l'organisation des soins. Ainsi les actes sanglants sont de plus en plus souvent effectués en ambulatoire et les hôpitaux, les plus gros employeurs de main-d'œuvre soignante, sont pleins de patients dépendants pour lesquels les soins techniques sont nettement moins fréquents. Après une tentative d'ouverture, un certain progrès dans la prise en compte de l'humain dans sa globalité (infirmière « holistique », clinicienne) on assiste à une réduction des espérances par le vide. Moins d'infirmières = moins de temps à passer auprès de chaque patient, moins de temps pour parler, encore moins de temps pour penser et pour échanger. Cette perte de temps se traduit par une raréfaction des occasions de discussion avec les collègues et avec les aides soignantes mais aussi avec les médecins ce qui accentue le sentiment d'être de plus en plus cloisonnés chacun dans ses préoccupations.

La formation ressemble davantage à un formatage dans un système et à un apprentissage de savoirs pratiques qui ne laissent aucune place à la réflexion critique. Cette situation maintient la profession dans une impossibilité à se situer face à l'hégémonie de la médecine par son incapacité à argumenter une pos-

ture qui se situerait davantage du côté du patient que de celui de sa maladie.

Les infirmières doivent se construire en rupture avec la médecine. Cette concurrence avec le savoir médical est une source inépuisable de déséquilibre et de frustration. On le voit bien avec des actes comme l'anesthésie ou d'autres techniques, ce sont les fluctuations d'effectifs qui font passer certains actes du côté du médecin ou de celui des infirmières. Aujourd'hui, la profession doit apprendre à se diversifier et surtout se développer du côté de l'éthique et de la philosophie, de la sociologie, du côté de l'humain et des savoirs sur l'humain. Les infirmières peuvent rester des collaboratrices des médecins mais doivent sortir de la posture d'exécutantes obéissantes. C'est par le concours des compétences que doit se construire l'équipe qui prend en charge le malade. Celle-ci sera d'autant plus efficace et harmonieuse que chacun reconnaîtra le savoir de l'autre sans craindre d'être dépossédé des prérogatives de son savoir. Il s'agit également de sortir d'une hiérarchie des savoirs qui en valorise certains au détriment des autres. Le patient doit pouvoir trouver et prendre une place conséquente dans cette équipe. Cela suppose que soient redéfinis ses droits et ses devoirs. C'est dans une meilleure compréhension de la place de chacun que pourrait se lever un monde nouveau dans cet univers en passe d'implorer.



# Le statut du patient : comprendre, pourquoi en parler

Par M<sup>me</sup> Martine Ducouret, DSSI, EH du Bessin

**N**ous ne pourrions pas parler du statut du patient sans essayer de comprendre pourquoi nous en parlons.

Que s'est-il passé pour que nous ayons cette volonté de nous arrêter un jour de formation pour faire le point ?

Quels sont les droits et devoirs du patient et par là même, quels sont ceux des soignants ?

Si nous avons le temps, je vous proposerais un brainstorming au cours duquel nous jetterions nos idées autour des droits des patients, mais aussi autour des valeurs du soin, qui nous sont chères. Nul doute, que nous exprimerions des idées comme le respect, la dignité, l'humanité, l'humanisme, le secret professionnel, la vie privée, l'accompagnement et l'aide dans les différentes étapes de la maladie et ce jusqu'à la fin de la vie, nous dirions les mots de : compétence, écoute, qualité.

Je suis sûre qu'au moment où je vous parle vous faites ce brainstorming et vous avez envie, à juste titre de le compléter. Ce petit exercice pour comprendre pourquoi depuis plusieurs années et notamment

depuis la Charte du patient hospitalisé, le législateur légifère ?

Nous pourrions dire qu'il existe un consensus, que tout ce qui est dans la loi nous le savons et que c'est, justement, l'essence de notre culture soignante, c'est le sens de nos métiers, alors à quoi bon faire des lois ?

Un peu comme un enfant, je reviens à la question, pourquoi faut-il que nous fassions le point ? Aurions-nous un jour perdu de vue la personne malade pour ne garder que le malade ou pire encore la maladie ? Aurions-nous un jour perdu de vue le sens premier du soin ?

Certains l'ont dit, on a même dit que nous parlions par numéro de chambre, par pathologie, des phrases idiotes, comme *la démence du 22, l'appendicite du 14*.

Rappelons-nous : jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, dépourvues de moyens thérapeutiques efficaces, les pratiques médicales et soignantes étaient dominées par une composante compassionnelle et par l'accompagnement des malades à vivre leur maladie.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, l'irruption de la science dans le champ médical va

permettre de décrire les maladies, d'en comprendre les mécanismes grâce à la méthode anatomo-clinique, à ce stade il n'est pas question de traiter mais de comprendre. Ce n'est qu'au XX<sup>e</sup> siècle que l'efficacité scientifique va donner le nouveau souffle à la médecine grâce notamment à l'apparition de la pénicilline. À partir de là, la machine va s'emballer, la communauté médicale va légitimement concentrer ses efforts sur le développement de la recherche scientifique appliquée. La médecine, va durant ce XX<sup>e</sup> siècle, cumuler le pouvoir charismatique et scientifique. Toutes les composantes étaient là puisque la croissance économique rapide supportait le développement scientifique en assurant son financement sans limite ou presque. Le fruit de la recherche était ponctué d'effets bénéfiques largement repris par les médias. Les conséquences auprès de la population seront immédiates, fascinée et confiante, elle va jusque dans son imaginaire collectif espérer que l'on pourrait faire reculer le vieillissement et la mort.

Les vingt-cinq dernières années du XX<sup>e</sup> siècle vont être marquées par une rupture brutale. La première crise économique de 1973 va signer

un ralentissement de l'engagement au profit de la santé. C'est aussi dans cette période que la médecine va être confrontée à de nouvelles maladies auxquelles elle ne pourra pas apporter de traitements. Celle qui restera dans les esprits, c'est bien sûr le Sida. Face aux patients



sidéens, un jeu étrange va se jouer. Ils vont être hospitalisés dans les services traitant les maladies infectieuses. Dans ces services où les patients avaient guéri avec les antibiotiques, d'autres patients vont mourir. La population homosexuelle touchée va médiatiser ses exigences, faut-il rappeler qu'elle compte dans ses rangs des intellectuels, des artistes qui vont porter et médiatiser les revendications. Ils veulent être acteurs dans leur maladie et ses traitements, ils revendiquent le droit de savoir, de décider, le droit de garder leur dignité et de maintenir leur autonomie, d'être respectés, ils formalisent plus nettement les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur. Ils dénoncent la discrimination. Ils affichent le droit à la vie privée. Les associations sont actives, elles demandent et prennent la parole. Le patient sidéen n'est pas seul, il vit avec des proches qui sont aussi demandeurs pour trouver leur place auprès des professionnels, ils ne veulent pas être acceptés mais ils veulent collaborer, participer, comprendre. Devant ce phénomène qui ne trouve pas de réponse théra-

peutique dont la fin inéluctable est la mort rapide au début l'épidémie, qui touche une population jeune, la question de la vérité au malade est non seulement posée mais elle est une réalité pour les médecins.

Vient aussi avec l'épidémie, le réveil de la santé publique. Je dis le réveil pour ne pas dire l'éveil. En arrière-plan, les questions posées demandent des réponses d'humanité, c'est vers les humanistes et les philosophes que l'on se tourne. Comme au début de l'histoire de la médecine, on fait appel à la composante compassionnelle et au soutien que les soignants peuvent apporter aux malades pour vivre leur maladie. Enfin, la prévention a du sens, car si l'on ne peut guérir on peut prévenir. Comme pour venir un peu plus ébranler le système, il y a l'affaire du sang contaminé. Les politiques sont mis en cause, c'est un énorme scandale que les associations d'hémophiles portent à la connaissance de la population. Là encore, il s'agit du droit de savoir, le consentement éclairé retentit, la faute apparaît, la justice doit donner réparation. Où est l'éthique qui

voudrait que le patient se remette en toute confiance à des professionnels qui recherchent le meilleur choix pour lui? On cherche des coupables mais surtout on cherche à rassurer et à communiquer, nous entrons dans l'ère de la prévention des risques, de la traçabilité, de la

transparence des informations. Le doute est installé, ils sont faillibles. La population ne va pas ralentir sa demande, elle s'est passionnée pour cette médecine qui guérissait, elle en a besoin, elle consomme du soin. Le discours partagé est une médecine de qualité. Les politiques vont organiser le système pour redonner confiance, la population a des droits, les messages ont été entendus. Le législateur légifère dans un contexte international des Droits de l'Homme. Le patient est remis au cœur du système de santé et notamment dans l'établissement de santé. L'ANAES et ses 500 visiteurs-experts sont chargés de participer à la mise en œuvre de l'amélioration continue de la qualité des soins, à l'identification du niveau de la qualité de la prise en charge du patient, la lecture des référentiels permet de mesurer la place du patient et de l'utilisateur dans les établissements de santé. Ainsi lorsque nous y portons une attention particulière, nous pouvons constater que la charte du patient hospitalisé y est soigneusement décortiquée, les droits des patients sont au cœur du système d'accréditation. Nous assis-

tons à l'évolution du statut du malade hospitalisé qui devient un usager à la fois citoyen et consommateur. Cette évolution de statut amène les professionnels à changer son appellation, personne n'ose plus parler de malade, il devient « patient », « personne soignée », « client », « résidant », « bénéficiaire ». Au-delà des mots, il faut encore s'interroger sur le sens à leur donner.

C'est dans ce contexte complexe et médiatisé que le législateur fait les lois. Mon propos n'est pas de lister ici l'ensemble des lois mais de souligner que celles-ci affirment sa place au cœur du système de santé. Je vous disais que le patient était devenu un usager à la fois citoyen et consommateur éclairé pour sa santé, il est intéressant de

reprendre la dernière loi du 4 mars 2000 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il est intéressant d'observer le regroupement dans la loi: des droits des patients retrouvés dans le titre premier appelé « *démocratie sanitaire* », que nous pouvons rapprocher de la reconnaissance de ce patient citoyen et la qualité du système de santé retrouvé dans le titre deuxième: qualité du système de santé qui vise la réponse qualitative et sécurisée des professionnels aux demandes des patients, que nous pouvons apparenter au consommateur éclairé.

Je vous invite à regarder cette loi qui reprend comme pour donner plus de sens et de force, l'ensemble des lois. Nul doute que nous nous intéresserons aux décrets d'application.

En conclusion, il me semble que réfléchir au statut du patient c'est réfléchir à notre histoire professionnelle inscrite dans le courant d'une société en mouvement. Le législateur suit, encadre, fait la loi toujours au regard de l'évolution de la société.

Le statut du patient est né de cet humaniste porteur de compassion et de ce technicien habile qui utilise les sciences pour comprendre, soigner et guérir. Il appartient à ce couple né dans mon imaginaire d'accepter cette responsabilité. Le chemin est à faire pour que ce couple trouve la sagesse pour accompagner ce nouveau patient, usager, malade, client...

**Alors comment l'appelons-nous?**

---

## Évolution des pratiques et des métiers en santé mentale

Par l'équipe infirmière du CH de Pontorson

---



### D'un autre regard vers un projet de soins

---

L'équipe pluridisciplinaire de l'unité de soins Pinel 2 du CH de Pontorson vous présente le parcours d'un groupe de patients hospitalisés depuis leur plus jeune âge. Tous présentent des pathologies lourdes: psychoses déficitaires, autisme avec des manifestations violentes ou agressives.

Depuis environ deux ans, l'équipe s'est repositionnée en portant un autre regard sur ces patients et a essayé de refaire un projet de soins.

Tous ces patients ont été accueillis très jeunes en neuropsychiatrie infantile, qui était un internat.

Après quelques années passées dans le pavillon Paumelle qui était mixte et accueillant, un parc verdoyant attendant à l'unité de soins, au début des années quatre-vingt-dix ils sont arrivés dans une autre unité de soins, appelée Paumelle également.

À l'origine, ce pavillon était disciplinaire et seuls les hommes y étaient accueillis. Bâtiment lugubre, sans cour extérieure, ces patients qui ne devaient y rester que six mois, y restèrent sept ans.

Depuis 1999, ils sont arrivés dans l'unité de soins Pinel 2 qui était un bâtiment désaffecté. La non-possibi-

bilité de les accueillir en MAS ou FDT fait, qu'hélas, ils sont toujours là.

### **Description des locaux**

Ces locaux vétustes et peu adaptés ne facilitent pas leur prise en charge. En effet, cette unité de soins se divise en deux étages :

#### Au rez-de-chaussée :

- une salle d'activité;
- un réfectoire;
- une cuisine peu fonctionnelle;
- un bureau qui sert également d'office, de salle de soins et de bureau infirmier;
- une pièce pouvant servir de chambre d'apaisement sans protocole bien défini.
- une petite cour extérieure

On accède à l'étage par un ascenseur pour éviter les bousculades dans l'escalier.

#### À l'étage :

- un bureau infirmier;
- une salle de soins exiguë et peu fonctionnelle;
- des chambres individuelles;
- salle de bain, W-C et cabinets de toilette communs.

L'équipe pluridisciplinaire mieux structurée depuis début 2001, se compose de :

- médecin psychiatre;
- médecin assistant généraliste;
- psychologue;
- psychomotricien;
- assistante sociale;
- surveillant;
- infirmiers;
- aide-soignante;
- ASH.

Pour redynamiser cette équipe,

les outils suivants ont été utilisés :

- travail par référent en binôme (inf + AS) ;
- réunion de synthèse tous les mois;
- planification murale;
- réunions de service;
- prises en charge individuelle;
- prises en charge en groupe.

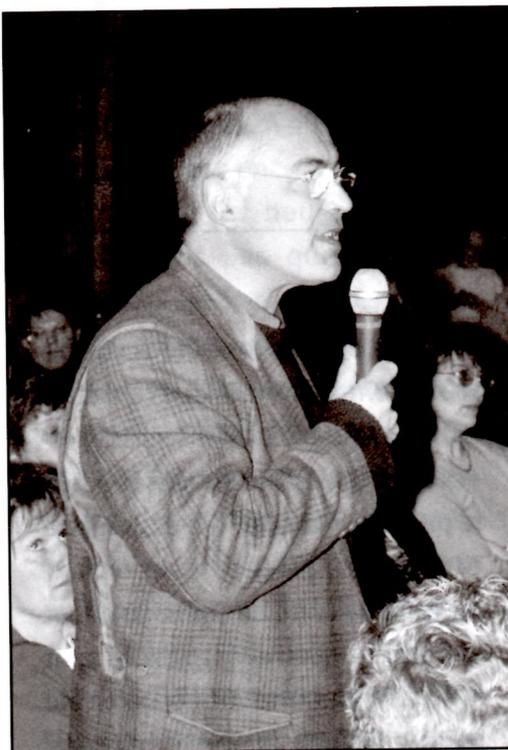
De nouveau l'accueil des stagiaires ESI et AS a été possible.

Un projet de soins par patient, et c'est plus particulièrement de l'un d'eux que nous allons parler. Ce patient est celui qui focalisait le plus de difficultés au sein du service par auto- et hétéro-agressivité.

### **Présentation du patient**

Florent, né prématuré (7 mois <sup>1/2</sup>) présentait une paralysie du côté gauche dès les premiers jours.

À deux ans, stéréotypes multiples, refus alimentaire et automutilation. Scolarisé peu de temps, il est admis aux Papillons Blancs jusqu'à 8 ans.



*Intervention dans le public*

En 1969, il est admis au SNPI jusqu'en 1980 où il suivra le groupe des patients.

En 1972, on note une phobie des chiens et en 1978, il commence à refuser de sortir de l'unité de soins. De 1980 à 1990, des phases agressives envers le personnel apparaissent. On note une certaine régression, il déchire ses vêtements, crie de plus en plus, agresse les autres patients, vomit ses repas.

Début 2000, arrivé dans les locaux actuels, l'état de Florent s'aggrave. une « psychose » s'installe au sein du service et dans l'établissement. Le personnel a peur de Florent qui déchire ses vêtements dès sa toilette, il s'isole dans une pièce, vit nu et n'a plus aucun contact avec les autres patients.

Suite à une synthèse et à l'observation d'une infirmière qui le trouvait enroulé dans un drap, des Packs sont effectués à raison de deux par semaine et plus si besoin.

Le psychologue, le psychomotricien et les soignants participent à ces séances. Il en sera fait 56 pendant environ un an.

Difficiles au début, ces séances ont permis de renouer le contact et d'instaurer une relation sécurisante avec Florent.

En octobre 2000, l'arrivée de surveillant et de nouveaux membres de l'équipe nous a permis de continuer le travail commencé.

**Essais d'habillage :** des essais sont faits avec plus ou moins de succès.

Petit à petit, il a pu garder ses vêtements, reprendre ses repas avec les autres patients et retrouver sa place au sein du

groupe. Une solution a été trouvée avec des combinaisons en matière très résistante et fermant sur l'arrière. Aujourd'hui, il reste habillé toute la journée, demande pour aller aux W-C, ne s'isole pratiquement plus, demande ses vêtements lorsqu'il sort du pavillon.

**Ouverture sur l'extérieur :** au début, sortie vers l'espace de relaxation qui se situe dans les locaux de la MAS. Toujours habillé avec ses vêtements. Difficiles au début, il réclame aujourd'hui les séances. De même les sorties avec le psychologue deux fois par semaine pour aller à son bureau, sont organisées.

**Séances de musique :** la musique, qui semblait l'apaiser lorsqu'il s'isolait, nous a amenés à une prise en charge d'une heure par semaine

avec le même comportement. Habillé pour aller à cette séance, il reste toute l'heure et participe : chante et joue d'un instrument.

**Sorties :** sorties en minibus avec le groupe, journées pique-nique, accompagnement des autres patients à l'équithérapie, au retour de chacune de ces sorties, Florent semble apaisé et peut conserver ses vêtements.

Toutes ces actions ont permis à Florent de s'adapter à des situations nouvelles ou inhabituelles. Ainsi, par exemple, une hospitalisation en CHG pour des examens et une intervention chirurgicale de 48 heures se sont bien passées.

### Conclusion

À partir de la présentation de ce

cas, nous avons voulu témoigner d'un changement de perspective où, à partir d'un projet de soins individualisé, nous tentons une intégration progressive au plus près du tissu social, afin de rompre l'isolement relationnel et social dans lequel ces patients se trouvaient. Cette unité de soins, qui a un passé institutionnel et médical lourds, essaye de faire participer les patients à des activités extérieures. En procédant par étape, en les habituant à l'eau, en faisant des sorties, en mangeant au restaurant, en visitant les marchés, un projet de séjour thérapeutique de 4 jours à Center-Parc avec 3 patients va avoir lieu au mois de mai.

Notre objectif reste de les inclure au plus près du tissu social.



## Évolution des connaissances cliniques-Évolution des pratiques en psychiatrie

Par le Docteur Marguerite Colin, praticien hospitalier, CH de Pontorson

Classiquement, on dit que la clinique psychiatrique est née avec Pinel (1745-1826). Elle a été avant tout une démarche médicale.

C'est Charcot (1825-1893) qui a défini cette clinique comme une observation « morphologique ». C'est donc le regard qui est primordial dans cette démarche. Or,

le regard change d'une époque à l'autre suivant le sujet qui regarde, selon la démarche conceptuelle dont il s'inspire. C'est pourquoi, pour étudier l'évolution des connaissances cliniques en psychiatrie, on ne peut méconnaître tout ce qui leur a été contemporain : les mouvements sociaux, les aspects institutionnels, les courants de pensée philosophiques.

C'est au moment de la **Révolution Française** que s'est posé de façon cruciale le problème de la limitation pathologique du libre arbitre de l'homme. Et c'est dans ce contexte d'idées qu'en un geste symbolique, Pinel a délivré les fous de leurs chaînes. Il instituait en même temps un **traitement** (« moral ») de la folie. Soignant ceux que longtemps la

société avait crus atteints de maladies « surnaturelles », il faisait reconnaître le caractère médical de « l'aliénation mentale ».

Jusqu'à la fin de XIX<sup>e</sup> siècle, les aliénistes français et allemands mettront au point une clinique psychiatrique fine basée sur l'observation, tels des botanistes classificateurs, gardiens impuissants de fous enfermés avec eux dans leurs asiles.

**La loi du 30 juin 1838** avait réglementé dans un mouvement de progrès le statut de l'internement, mais le traitement de la maladie mentale n'existait pas. Cette loi faite pour garantir la liberté individuelle assurait surtout la ségrégation des malades mentaux et favoriserait la chronicité.

N'ayant pas de médicaments à leur disposition, les psychiatres ont essayé dans la première partie du XX<sup>e</sup> siècle les **méthodes de choc** : cures de Sakel avec l'insuline (à partir de 1933), malaria-thérapie pour les paralysies générales (1917), sismothérapie (à partir de 1938), chirurgie cérébrale (première leucotomie de Moniz en 1936).

Parallèlement, dans cette première partie du XX<sup>e</sup> siècle, le mouvement des idées a pour conséquence **qu'on considère autrement la folie** :

- de 1920 à 1940 : la révolution surréaliste la considère non plus comme un processus négatif, mais capable de libérer

des phénomènes de création.

- Déjà en 1922, le psychiatre allemand Prinzhorn avait publié « expressions de la folie » regroupant la reproduction de 5 000 travaux de malades mentaux.
- En 1932, dans sa thèse, Lacan met en valeur les écrits de sa malade « Aimée » qui seront repris par les surréalistes.
- Cependant, pour caricaturer les mouvements contradictoires d'une époque, on note que Goebbels, en 1937, montre une exposition : « L'Art dégénéré », regroupant des œuvres de malades mentaux avec celles d'artistes comme Kandisky, Klee, Max Ernst.
- À partir de 1945, le peintre Dubuffet crée la notion d'Art Brut et regroupe les œuvres de malades mentaux au musée d'Art Brut de Lausanne.

Dès le début de cette première partie du XX<sup>e</sup>, les idées de Freud commencent à influencer les psychiatres aussi bien allemands que français. C'est encore pendant la période où les neuroleptiques n'existaient pas que des psychiatres d'avant-garde, pendant la guerre 40, mènent une expérience de **psychothérapie institutionnelle** à Saint-Alban en Lozère, utilisant les concepts psychanalytiques, donnant un sens à la parole du « fou », se servant de la notion de transfert pour le soigner, etc.

**La découverte des neuroleptiques** marque un tournant dans

le traitement de la maladie mentale : c'est en 1952 que Delay et Denicker découvrent les effets sédatifs et antipsychotiques de la chlorpromazine (*Largactil*). Depuis ce temps de nouveaux psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, etc.) ont « inondé le marché » et les puissants trusts pharmaceutiques (en rapport avec le phénomène de la mondialisation) ne sont pas sans influencer la pratique de la psychiatrie dans la mesure où ils introduisent l'apparition de nouvelles catégories diagnostiques, invalidant les classifications de la clinique du siècle précédent.

**Les psychiatres qui avaient 20 ans en 1960** ont salué la publication de la circulaire du 15 mars 1960 créant la sectorisation psychiatrique en France qui bouleversait toutes les pratiques centrées sur l'asile. Ils ont participé au mouvement de mai 1968 qui a remis en cause beaucoup de valeurs. Formés grâce à l'enseignement du manuel d'Henry Ey (1900-1977) (théorie organodynamiste de la maladie mentale avec reprise des idées de Freud), influencés par l'antipsychiatrie (1960-1970), par les théories de la communication de l'école de Palo Alto, ils étaient en général en psychanalyse et travaillaient en équipe avec les infirmiers en utilisant les concepts d'inconscient et de transfert pour soigner les malades.

Puis, les échanges entre les pays se multipliant, les psychiatres ont

eu un souci principal: s'entendre sur les diagnostics de façon pragmatique en utilisant un outil rationnel au milieu de courants de pensée divergents.

C'est ainsi qu'actuellement, à la place de la classification clinique des anciens aliénistes français et allemands, on utilise le **DSM IV** et la **CIM 10** (nosographies a-théoriques acceptables par tous les praticiens quelle que soit leur appartenance idéologique). Notons à partir de 1970, le déclin de la psychanalyse aux USA.

**La loi du 14 mars 1990** a redéfini la politique de secteur (le CMP devient le « pivot de secteur »), **la loi du 27 juin 1990** a remplacé la loi de 1838 (on y insiste sur le respect de la liberté du malade).

Les missions du psychiatre de secteur sont de plus en plus diversifiées (psychiatrie à l'hôpital général, prise en charge de la toxicomanie, du traumatisme...). Le nombre de lits d'hospitalisation ne fait que diminuer sans création suffisante de structures alternatives à l'hospitalisation. On donne priorité à l'urgence.

Dans un mouvement de crainte de retour à la chronicité et à la ségrégation asilaire, on voudrait calquer les soins aux malades mentaux sur les soins somatiques. On veut faire de la maladie mentale, une maladie « comme les autres » (de plus en plus de services de psychiatrie sont basés à l'hôpital général). Le mot « folie » est devenu tabou et les psychiatres sont devenus « santé-mentalistes ». Notre société, en plein remaniement, sans cesse bouleversée par des mouvements rapides et difficiles à analyser, doit vraiment se positionner sur la façon dont elle « traite ses fous ».



---

## La psychiatrie de liaison

Par l'Antenne Médico-Psychologique de Valognes

---

### Présentation

A. Leprelle, infirmière de secteur psychiatrique depuis 15 ans, travaille à l'AMP de Valognes depuis son ouverture en décembre 1993.

Cet hôpital comprend:

- 70 lits de médecine répartis dans deux services.
- 52 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR).
- 1 service d'urgence ou plus précisément UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences).

### Historique

L'ouverture de l'AMP s'est effectuée en décembre 1993, auparavant le psychiatre y exerçait des consultations avec une infirmière. En 1988, est évoquée l'idée de mettre en place au sein des urgences une équipe psychiatrique. Parallèlement, le Centre hospitalier travaille sur la mise en place de l'AMP de Cherbourg qui ouvre en septembre 1990.

L'équipe de Valognes travaille dans un contexte quelque peu différent: l'équipe psy est présente au sein des urgences, mais effectue aussi

un travail de secteur au sein même des unités d'hospitalisation.

Par ailleurs, il existe une volonté de différencier les soins somatiques et les soins « psy », de telle sorte que l'infirmier n'effectue aucun soin somatique, ce qui a permis de mettre en place une véritable complémentarité qui se confirme tous les jours.

### L'équipe

Elle se compose de:

- 1 praticien hospitalier;
- 1 cadre infirmier;
- 1 psychologue;

- 5 infirmiers de secteur psychiatrique.

Les horaires 365 jours par an sont de 9 heures à 20 heures en semaine, et de 11 heures à 20 heures le week-end. L'infirmier travaille également au CMP situé dans l'enceinte de l'hôpital.

L'équipe se réunit tous les mardis en alternance:

- avec le psychiatre, le psychologue et le cadre infirmier pour une réunion de synthèse;
- avec le psychologue pour un groupe « Balint ».

### **Fonction**

L'infirmier effectue une évaluation à la demande d'un médecin somaticien des urgences ou des unités d'hospitalisation, cet entretien permet une approche clinique qui sera consignée à la fois dans le dossier d'hospitalisation du patient et à l'AMP.

Après cette évaluation, une orientation peut être faite vers un médecin psychiatre ou pas, cette orientation est systématique dans le cadre de tentatives de suicide.

Plusieurs orientations restent possibles:

- le patient peut être adressé au CMP;
- suivi à domicile;
- adressé en maison de retraite;
- hospitalisation en milieu spécialisé;
- hospitalisation sous contrainte;
- hospitalisation en médecine.

Si l'hospitalisation se poursuit, un suivi infirmier pourra être mis en place à la demande du médecin psychiatre ou sur l'initiative de l'infirmier.

### **Exemples**

- Demande du psychiatre pour suivre un homme de 40 ans, hospitalisé en service de médecine pour un syndrome anxio-dépressif, et mettre en place des entretiens quotidiens.
- Homme de 68 ans hospitalisé en unité de soins de suite, dans le cadre de séquelles de réanimation. Sa personnalité paranoïaque rendait la prise en charge dans le service très difficile et demandait une intervention spécialisée.

demandes: 1/3 des demandes d'intervention provient des urgences, les 2/3 des services de médecine ou de soins de suite. Un peu moins de 30 % des personnes hospitalisées sont vues par l'équipe psy.

### **Suivis**

Comme nous l'avons vu précédemment, l'équipe a la possibilité de suivre les patients dans les services, mais nous pouvons aussi le faire au sein du CMP, situé dans l'enceinte de l'hôpital général.



L'hôpital de Valognes connaît une période de restriction des lits qui ne nous permet plus de travailler autrement que dans l'urgence. L'orientation doit se faire maintenant au plus vite et nous faisons appel au psychiatre d'astreinte beaucoup plus fréquemment (douze fois en 2000, cinquante-six fois en 2001).

Nous sommes en contact avec les acteurs du réseau: médecin traitant, assistante sociale, CMP, PMI, lycée, gendarmerie... Comment se répartissent les

### **Évolution**

*Qu'en est-il de l'évolution de nos pratiques infirmières?*

Le travail de l'infirmier de secteur psychiatrique au sein de l'hôpital général ne s'est pas imposé sans quelques difficultés, bousculant les habitudes de travail et les repères médicaux.

À force de travail et de diplomatie nous sommes arrivés à une complémentarité des tâches qui sied à chacun.



## L'infirmier (ère) de CMP : un acteur essentiel du dispositif extra- hospitalier

Par M<sup>me</sup> Christine Leconte, infirmière - M<sup>me</sup> Stella Choque, cadre infirmier - M. Davy Bichet, psychologue - CMP « Les Épiettes »

### I. Présentation de la structure

#### • La géographie

Le CMP de Granville est rattaché au secteur G07 qui s'étend environ de La-Haye-Pesnel à Champrépus. Il dépend du Centre hospitalier de Pontorson.

Le CMP « les Épiettes » doit son nom à un rocher de l'archipel des îles Chausey.

Il est situé au cœur de la ville ce qui lui confère une implantation privilégiée notamment en permettant aux Granvillais de venir à pied. Granville est une cité portuaire du sud Manche qui outre sa tradition maritime orientée vers la pêche et la plaisance a su devenir, au fil des ans une station balnéaire très prisée des parisiens.

#### • Les horaires

Le CMP est ouvert du lundi au jeudi de 9 heures à 17 heures et le vendredi de 9 heures à 16 heures sans interruption, mais nous verrons que notre collaboration avec le centre hospitalier Avranches/Granville nous permet 24 heures/24 de répondre aux besoins urgents en soins psychiatriques de la popu-

lation. Le créneau horaire compris entre 12 et 14 heures est particulièrement demandé car nous recevons une clientèle importante composée d'enseignants, de commerçants et d'artisan qui profite de leur coupure pour venir consulter.

#### • Le personnel

L'équipe pluridisciplinaire est composée :

- d'un médecin psychiatre à temps plein ;
- de 4 psychologues qui assurent à tour de rôle des consultations ;
- de 6 infirmiers(ères) dont 3 exercent leurs fonctions à 80 % ;
- d'un cadre infirmier ;
- d'une secrétaire ;
- d'une ASH.

#### • Les formations spécifiques suivies

Quatre infirmiers possèdent un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique et deux infirmiers un diplôme d'état sanctionnant la formation polyvalente mise en place en 1992. Le cadre infirmier est titulaire du diplôme d'état d'infirmier et du certificat de cadre de santé.

Toute l'équipe y compris le cadre a suivi la formation « Techniques et stratégies d'entretien ». Nous avons également pour la plupart d'entre nous suivi la formation à la relation d'aide ainsi qu'à la prise en charge du patient suicidant. Un infirmier a suivi la formation spécifique au membre de la cellule urgente médico-psychologique et le cadre qui en est le co-référent pour Granville sera bientôt formé également. À noter que les 4 psychologues de la structure sont membres de la CUMP et que l'une d'entre eux en est la référente. Nous découvrirons tout à l'heure la spécificité de Christine qui est infirmière en relaxation psychothérapique.

#### • Référentiel de valeurs qui guide nos pratiques

Les valeurs qui guident nos pratiques sont des valeurs humanistes. Nous souhaitons placer le respect et la prise en compte de la dignité de la personne soignée comme valeur fondamentale à nos pratiques soignantes.

#### • Le cadre législatif

La loi du 4 mars 2002 devient bien entendu une de nos références

notamment en ce qui concerne le droit des personnes à l'information et le respect de leur volonté. Christine vous parlera également du secret professionnel.

Notre texte de référence est également maintenant le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Les articles qui nous interpellent particulièrement sont :

- les articles 1 et 14 en ce qui concerne le travail en collaboration avec les autres professionnels du secteur social, médico-social et éducatif ;
- l'article 2 par rapport à la collaboration avec le médecin par notre recueil d'informations qui est reconnu comme un élément « utile » à la pose du diagnostic médical ;
- l'article 5 qui inclut dans le rôle propre de l'infirmier l'entretien d'accueil et l'aide et le soutien psychologique, les activités à visée sociothérapeutiques, la surveillance et l'évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier, et le patient. La prévention de la maltraitance est également une préoccupation des infirmières de CMP pour adultes ;
- L'article 6 qui précise que sur prescription médicale l'infirmier est habilité à pratiquer au sein d'une équipe pluridisciplinaire des techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique.

## **II. Le premier contact avec le patient**

---

Nous recevons tous les jours des demandes de premier rendez-vous, soit par téléphone soit par une démarche directe au CMP, demande exprimée par le futur patient lui-même ou bien par quelqu'un de son entourage : famille, médecin traitant, partenaires sociaux. Nous faisons en sorte de persuader notre interlocuteur d'expliquer au futur patient la nécessité de prendre lui-même son rendez-vous. Ce préalable est important pour la future adhésion aux soins.

### **• L'accueil téléphonique**

Il est en général réalisé par la secrétaire mais si une première orientation, une demande d'aide se dessinent au cours de cet appel, la secrétaire passe aussitôt la communication à un infirmier car alors la communication téléphonique devient déjà un soin. À l'issue de cet entretien un rendez-vous infirmier est programmé.

### **• L'accueil direct**

La personne se présente directement au CMP et elle est accueillie selon les mêmes modalités. Nous recevons souvent des patients dont un ami, un collègue, un membre de la famille a déjà été suivi au CMP. Cette transmission informelle entre les personnes qui viennent au CMP contribue à dédramatiser et à faciliter la démarche de demande de soins. Compte tenu de notre file active le délai d'attente varie de une à

deux semaines avec un infirmier et de un mois voire plus avec le médecin ou un psychologue. Si nous évaluons que le patient est en situation de détresse, de demande d'aide ou de besoin urgent en soins, un infirmier se rend alors disponible pour le prendre en charge dans la journée et l'orienter.

## **III. L'entretien infirmier**

---

Le premier entretien est donc réalisé par un infirmier qui constitue notamment le dossier administratif.

Il réalise un premier recueil d'informations afin de commencer l'anamnèse et de déterminer le motif de la consultation. La priorité est donnée de toute façon à l'émergence de la parole afin de cerner le besoin en soins et d'apporter au patient aide et soutien.

L'accueil commence par une présentation du CMP qui précise notre cadre d'intervention et notre travail en équipe. Nous rappelons au patient que nous sommes tenus au secret professionnel et que, comme le précise la loi du 5 mars 2002 « lorsque la personne est prise en charge par l'équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe, sauf opposition de la personne ».

L'entretien est non directif, inspiré de la relation d'aide décrite par Carl Rogers. Nous utilisons, entre autre technique

la reformulation ; l'objectif est de permettre au patient de trouver lui-même ses réponses en mobilisant ses propres ressources. À l'issue de l'entretien l'infirmier doit évaluer si le patient doit être reçu immédiatement par le médecin ou dans un délai plus ou moins long. L'orientation peut également se faire vers le médecin généraliste qui pourra débiter la mise en place d'un traitement en attendant la consultation avec le psychiatre.

En dehors de leurs missions hors structure les infirmiers reçoivent en moyenne 6 personnes par jour à raison d'un temps moyen de trois quarts d'heure d'entretien par personne, de 20 minutes de mise à jour du dossier pour un patient connu et de presque une heure de travail pour la réalisation d'un dossier après un premier entretien. Nous travaillons avec la démarche de soins et nous essayons actuellement de mettre en place les transmissions ciblées. L'orientation sera faite par le médecin psychiatre qui décidera du type de suivi : infirmier et ou psychologue, relaxation... Une prise en charge plus complexe peut également être nécessaire ; dans ce cas un projet thérapeutique sera rédigé.

#### **IV. Le projet thérapeutique « personnalisé » : un outil de soin fondamental**

Le projet thérapeutique est rédigé avec le patient, à partir des éléments

d'analyse et de synthèse de la démarche de soins. Il est élaboré le plus souvent avec le médecin, l'infirmier référent éventuellement le psychologue et l'assistante sociale. D'autres partenaires peuvent également être impliqués comme le tuteur ou bien un travailleur social du Centre Communal d'Action Social... Les objectifs thérapeutiques poursuivis sont clairement explicités au patient et leurs atteintes régulièrement mesurées avec lui. L'orientation peut également se faire vers l'hôpital de jour, le CATTP ou même vers le centre hospitalier de Pontorson : les transmissions sont alors réalisées aux équipes concernées qui poursuivent et réajustent le projet en fonction des réactions de la personne et bien sûr de ses souhaits.

#### **V. Le travail en collaboration**

À travers nos propos vous avez compris que notre principal collaborateur est le Médecin psychiatre : nous faisons en sorte qu'il ait connaissance de tous les dossiers de notre file active. Nous travaillons également en constante collaboration avec les psychologues par le biais de la régulation qui a lieu une fois par semaine toujours avec le même psychologue. Au cours de cette régulation, nous pouvons à partir d'une situation concrète aborder des notions théoriques et réfléchir sur nos pratiques. Notre collaboration avec les psychologues se fait également par le biais des transmis-

sions et des échanges que nous avons régulièrement avec l'ensemble des psychologues du CMP.

#### **• La collaboration infirmier/psychologue (intervention du psychologue)**

Le fonctionnement général du CMP comprend 4 psychologues, afin de proposer une diversité de l'offre et d'assurer une continuité du soin dans la trajectoire des personnes qui après une hospitalisation poursuivent en ambulatoire le travail psychothérapeutique préalablement amorcé.

La fonction spécifique du psychologue au sein du CMP est d'introduire du tiers dans la relation intersubjective que constitue l'entretien infirmier. Le psychologue suscite cette capacité à se décentrer vis-à-vis de la relation duelle en offrant un espace de réflexion sur l'exercice de sa propre pratique professionnelle. Il s'agit, en effet, d'amener les infirmiers à s'interroger sur leur manière d'investir telle prise en charge et de mesurer comment s'articule, dans le cadre de cette relation d'aide, le désir de soigner et demande de soins. Ainsi, sur la base de cette triangulation, il est possible d'asseoir l'entretien infirmier sur un principe d'objectivation nécessaire à toute démarche professionnelle. Concrètement, ce rôle de tiers régulateur s'effectue selon deux modalités d'intervention :

- une régulation d'équipe ;
- une collaboration au quotidien.

La régulation d'équipe est faite par un psychologue référent institutionnel une fois par semaine. Elle consiste à réfléchir en groupe sur sa pratique individuelle. Bien sûr, cela nécessite une bonne dynamique et une certaine cohésion de l'équipe soignante pour que la parole circule et que chacun puisse s'exprimer sur les difficultés rencontrées.

La collaboration au quotidien s'effectue de manière informelle au cours d'échanges individuels avec les différents psychologues intervenants au CMP. Les objectifs sont multiples allant de la transmission des informations (anamnèse, contexte et objet de la demande...) dans le cadre d'un relais vers un travail psychothérapeutique, à la régulation interpersonnelle au niveau des entretiens infirmiers en tant que tels. L'intérêt pour le patient réside dans le fait d'être informé et accompagné dans une démarche qui souvent ne va pas de soi. Ainsi, avec le soutien du psychologue le suivi infirmier sera l'occasion d'amener la personne qui consulte à élaborer le sens de sa demande afin que l'on puisse y apporter une réponse qui soit la mieux adaptée possible.

## **VI. Nos autres partenaires de soins**

### **• Le centre hospitalier de Pontorson**

Malgré la distance, nous essayons de rester le plus possible en relation avec nos collègues et d'assurer cohérence et continuité dans les soins. Dès qu'un patient

de notre secteur est hospitalisé nous effectuons les transmissions nécessaires à sa prise en charge et en général nous essayons ensemble d'organiser sa sortie.

Lorsqu'il s'agit d'un patient qui n'est jamais venu au CMP ni à l'hôpital de jour, le cadre le rencontre dans le service d'hospitalisation et lui explique en fonction des objectifs thérapeutiques poursuivis les modalités de sa prise en charge en structure extra-hospitalière. Le patient sort ainsi avec des repères et en général un rendez-vous avec le futur infirmier référent.

### **• Le centre hospitalier Avranches/Granville**

#### *1) La psychiatrie de liaison*

Tous les jours de 9 heures à 13 heures, un infirmier du CMP de Granville est présent sur le site de Granville et un collègue du CMP d'Avranches est présent sur le site d'Avranches.

L'infirmier voit les patients à la demande des praticiens hospitaliers et prépare les consultations du médecin psychiatre qui consulte deux demi-journées par semaine.

L'infirmier de liaison revient au CMP après les consultations mais il reste à disposition du CHG jusqu'à 17 heures. Les personnes soignées peuvent être vues à plusieurs reprises au cours de leur séjour et elles sortent avec un rendez-vous au CMP si elles le souhaitent.

#### *2) La psychiatrie d'urgence*

À partir de 17 heures et de 16 heures le vendredi, un infirmier est d'astreinte sur le centre hospitalier Avranches/Granville mais cette fois-ci il assure les interventions sur les deux sites jusqu'à 9 heures du matin et sans interruption les week-ends et jours fériés. L'infirmier est d'astreinte à son domicile et se déplace sur le site à la demande du médecin du service, le plus souvent la demande émane des urgences. L'infirmier évalue l'état psychique du patient et en fonction de la situation, effectue un entretien d'aide et de soutien, apporte des conseils à l'équipe sur la façon d'aborder le patient, dans tous les cas il rédige dans le dossier du patient un recueil d'informations circonstancié et propose un suivi ultérieur au CMP...

Si besoin, le médecin fait également appel au psychiatre d'astreinte mais c'est en général l'infirmier qui se déplace en première intention.

Les infirmiers du sous-secteur de Granville qui participent aux astreintes appartiennent aussi bien à l'équipe du CMP qu'à l'équipe de l'hôpital de jour ce qui permet une rotation plus importante car ces interventions en situation d'urgence représentent une charge physique et psychique importante pour les infirmiers, et une charge de travail augmentée pour les équipes lorsque l'infirmier qui a effectué l'astreinte est en récupération. Des infirmiers appartenant au CMP d'Avranches participent également à ces astreintes.

## • La mission locale

Tous les jeudis après-midi une infirmière du CMP se rend à la mission locale qui a pour objectif de favoriser la socialisation et l'insertion des jeunes et des personnes en difficultés.

Le but de cette consultation infirmière est de permettre l'accès au soin à des personnes en difficultés sociales et psychologiques pour lesquelles franchir la porte d'un CMP est soit tabou « *je ne suis pas fou* », soit inutile « *on ne peut rien pour moi* ». Les personnes viennent en général sur les conseils d'un travailleur social et ce premier contact dans un lieu qu'elles connaissent bien est rassurant. L'infirmière effectue un entretien non directif centré sur l'écoute et l'analyse des difficultés de la personne. C'est à travers cette attention à l'autre, ce regard empathique et respectueux posé sur lui que le patient va se sentir reconnu dans sa souffrance, que le climat de confiance va s'établir et qu'il acceptera alors de revenir en consultation avec la même infirmière mais cette fois-ci au CMP. Une fois par trimestre une régulation a lieu à la mission locale en présence de l'ensemble des partenaires sociaux et éducatifs ainsi que de l'infirmière, du cadre et d'un psychologue du CMP.

## VII. La relaxation psychothérapique

### 1) La définition

Il s'agit d'une démarche globale qui agit sur le physique et le psychique. C'est un travail qui fait intervenir la concentration

mentale sur le tonus pour obtenir une détente psychique.

### 2) Les objectifs

De manière générale la relaxation psychothérapique vise à l'évolution de la vie affective et émotionnelle. Obtenir la détente musculaire et psychique du sujet, c'est lui permettre de découvrir et d'actualiser son vécu corporel en se délivrant des tensions et des résistances qui s'opposent à l'abandon. C'est ainsi l'amener à un épanouissement personnel à travers l'évolution de sa vie affective et émotionnelle, la mobilisation de son imaginaire et la verbalisation de son vécu somato-psychique.

### 3) Les modalités de prise en charge et son déroulement

La cure de relaxation s'effectue sur prescription médicale. La personne commence par raconter son histoire et présenter ses motivations. J'explique le déroulement de la cure et insiste sur la nécessité d'un travail à domicile pour devenir autonome. La thérapie consiste dans un premier temps en la détente musculaire. Le patient est confortablement installé: on l'invite à prendre conscience de son corps, sa largeur, sa longueur, son volume. Il va « s'étaler » au sens propre et figuré. Chaque muscle de notre corps est relié au système sensoriel, la personne apprend à sentir chacune des parties de son corps et à chasser les tensions de chacune d'entre elles, des pieds à la tête. En suivant le rythme de sa respiration elle va suivre les courants d'énergie qui circulent en elle.

Elle fera ensuite l'expérience de la pesanteur, de la chaleur, puis de la détente de la face. Chaque personne va évoluer à son rythme selon ses difficultés, cela peut durer plusieurs mois à raison d'une séance de trois quarts d'heure par semaine en plus du travail personnel. La détente va s'organiser peu à peu automatiquement, sans effort.

### 4) Les indications

Cette thérapie s'adresse essentiellement à la pathologie névrotique (anxiété, dépression...) et psychosomatique. Elle n'est pas adaptée dans les cas d'hystérie où le surinvestissement corporel est trop important. Chez les personnes atteintes de psychoses elle doit être utilisée avec beaucoup de prudence entre autre afin de ne pas intensifier la sensation de morcellement du corps.

### 5) La formation

La formation s'étale sur 3 ans, les formateurs sont des psychiatres. La première année est consacrée à la relaxation personnelle. La deuxième année est didactique, centrée sur la supervision de situation rencontrée lors de l'exercice professionnel. La troisième année est axée sur la rédaction d'un mémoire qui est soutenu devant un jury et la formation est validée par une attestation de formation en relaxation psychothérapique. L'organisme formateur est l'IFERT: Intergroupe de Formation et d'Études en Relaxation Thérapeutique, dont le siège social est à l'hôpital Necker à Paris.