

**ATTENTES ET REGARD MEDICAL SUR L'ENTRETIEN INFIRMIER**  
**AU SEIN DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE POUR LA PRISE EN CHARGE**  
**DE PATIENT EN MILIEU HOSPITALIER.**

Journée AFIP du 02 avril 2009.

A la lecture attentive du titre qui m'a été proposé pour l'intervention d'aujourd'hui, et que j'ai choisi de laisser inchangé pour tenter de coller au plus près à ce qui vous intéresse, quatre questions, au moins, me sont venues :

1. qu'est-ce au juste qu'une équipe pluridisciplinaire ?
2. quelles sont les spécificités d'une prise en charge en milieu hospitalier ?
3. comment articuler entre elles les différentes interventions auprès d'un patient hospitalisé dans un service de psychiatrie ?
4. la prépondérance du regard dans le vocabulaire médical prédétermine-t-elle le champ de ses attentes ?

Parallèlement au développement de ces questions, j'aimerais en guise de préambule, vous exposer brièvement ce que recouvre, vu par un médecin psychiatre hospitalier, la **notion de cadre d'hospitalisation** vu que cette notion nous sera utile par la suite. Ce que je vais en dire vaut tout autant pour les services A en hôpital général, qu'en institution psychiatrique, même si l'on peut apporter des nuances ou des paramètres plus spécifiques dans des contextes particuliers (Unité de Crise, Unité de soins sous contrainte, etc.). Mais grosso modo, on peut se représenter les choses selon les points de repère suivants :

- Du côté médical, poser une indication d'hospitalisation est un acte intellectuel, très signifiant pour le patient, pour sa famille, son entourage, pour les confrères, pour le ou les demandeurs, comme pour ceux qui ne le sont pas d'ailleurs. La portée thérapeutique ou non d'un tel acte n'est jamais garantie « a priori », et c'est ici que peut prendre sens le travail d'une équipe. Poser cette indication, c'est reconnaître les limites du bénéfice de son intervention individuelle pour un sujet lui-même débordé, dans ses capacités de représentation psychique, par ce qui lui fait symptôme. Cela commence donc en quelque sorte par cet aveu de dénarcissisation par rapport à la puissance de nos interventions de thérapeutes individuels sur des situations cliniques qui ne peuvent évoluer favorablement dans le cadre de l'ambulatoire. Envisager

l'hospitalisation d'un patient, c'est donc proposer soit un changement du cadre (de la thérapie vers l'hospitalisation par exemple), soit initier l'instauration d'un cadre (pour des patients reçus aux urgences par exemple, sans prise en charge préalable). Cette prise de décision, qui a aussi valeur d'engagement du thérapeute envers le patient, lui sera clairement explicitée comme étant une occasion de s'entourer de la réflexion d'une équipe pour éclairer la situation qui le déborde, et ainsi élaborer des pistes de solution. C'est à cette condition uniquement, de reprise en mains par le patient de cette décision, qui lui échappe en partie au départ, que le séjour pourra se révéler comme un espace d'apaisement du symptôme qui fait souffrance, et comme une possibilité de lui (re)donner sens dans un contexte plus global.

- Une fois ceci délimité, le patient est confronté à la rencontre de différents intervenants qui parcourent ce cadre, chacun dans la spécificité de leur fonction, et en délimitent ainsi les balises. Pour autant, le patient ne s'adresse pas nécessairement de manière différenciée à ses intervenants, quand bien même il connaît les différences de places. Une cohésion du travail d'équipe tient à ce que, nous aussi comme professionnels, soyons bien au clair sur l'utilité et les limites du travail de chacun, et que cette individuation soit ressentie comme une richesse et valorisée dans le respect de l'autre, en tant que collègue professionnel, mais aussi en tant que personne subjectivement respectable. Tout en restant parfaitement adéquat dans sa fonction, chaque intervenant peut être amené à déplacer sa propre position, au cours du séjour d'un même patient, en réponse à des événements cliniques inattendus : le psychiatre thérapeute confident peut devenir celui qui limite, contraint, structure ; l'infirmière peut pendant une cure de désintoxication par exemple, passer d'un rôle plus « somatique » au départ à un rôle de soutien au questionnement dans une autre phase etc. Je vous renvoie pour la grande variabilité des formes et contenus des entretiens infirmiers à un ouvrage que j'ai relu pour la circonstance et qui traite de l'accompagnement des personnes alcooliques. Un long chapitre (le quatrième) est consacré à la place des infirmiers : Michèle MONJAUZE, « *comprendre et accompagner le patient alcoolique* » aux éditions In Press.

Je vais donc tenter de vous résumer à travers un schéma « élastique » cette notion de cadre, concept mouvant et souple mais nécessaire à l'avènement d'un espace thérapeutique en construction.

J'en viens à présent au cœur de votre sujet qui voudrait que j'énonce **les attentes médicales par rapport aux entretiens infirmiers**. Cela me paraît une tâche bien délicate car le risque de figer des protocoles est là, en embuscade, gardien attentif de la pensée opératoire qui veille à la systématisation des choses plutôt qu'elle ne les ouvre à la créativité de chacun et chacune. L'invitation m'est faite toutefois de poser une pierre à l'édifice d'un travail en santé mentale qui prenne en considération la valeur d'un travail d'équipe, en repérant ça et là quelques pistes pertinentes qui peuvent susciter notre attention. J'en ai relevé six, bien que ce relevé non exhaustif ne constitue qu'une base de réflexion.

Avant de les énumérer, je vais m'autoriser un détour, que m'a inspiré probablement le lieu de cette journée, en me replongeant quelques années en arrière à l'Ecole de Médecine. Vous comprendrez ensuite en quoi cette apparente digression rejoint notre sujet.

A cette époque lointaine, l'apprentissage de la démarche clinique –diagnostique– reposait sur une sorte de pyramide au sommet de laquelle on trouvait l'anamnèse (*mnêsis* : la mémoire), ensuite la sémiologie (*sêma* : la science des signes) et tout en bas les examens *objectivants* –je ne les appelle pas volontairement objectifs car les autres peuvent l'être tout autant– dont l'imagerie, les examens de laboratoire etc. Ces derniers ne venaient finalement que confirmer ce que la démarche intellectuelle avait déjà pour partie identifié : une inflammation dans le sang, un épanchement pleural par exemple.

La psychiatrie, branche de la médecine formée à la même école n'a pas échappé à cette règle de la démarche clinique. La description sémiologique des grands syndromes psychiatriques aux XIX<sup>ème</sup> et XX<sup>ème</sup> siècles doit beaucoup aux aliénistes, comme De Clerambault par exemple (pour ne citer que le plus génial d'entre tous), qui savaient voir mais aussi entendre, et décrivaient avec une saisissante acuité les traits communs des attitudes (les « tableaux » cliniques, métaphore picturale) mais également du discours de leurs aliénés. La médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle, au prétexte louable au départ de l'objectivité, a inversé cette pyramide pour devenir une science observatoire, endoscopique, assujettie qu'elle semble être au fantasme voyeuriste : « se placer en spectateur hors-la-relation<sup>1</sup>, pour ne pas courir le risque d'être castré ». Ou si on veut traduire en d'autres termes, évacuer la question de la rencontre avec le patient - du transfert - et avec elle la possibilité d'être mis en échec. Oui, la dépression désormais se voit, dans le sang, dans des potentiels cérébraux, dans l'imagerie. La psychose et les stress post-traumatiques itou. Cette médecine là, vidée de la richesse de toute démarche d'anamnèse, tend à objectiver le patient (mais elle doit pour cela avant tout le *désobjectiver*) afin que la science nous MONTRE ce qu'il ne veut pas nous dire, ou ce que nous ne voulons pas prendre le temps d'entendre. Il y a donc bien un équilibre nécessaire entre l'observation et l'écoute qui, s'articulant d'une manière dialectique (l'un enrichit l'autre, qui l'éclaire en retour), est seul garant de la complexité inhérente aux mécanismes psychiques.

1) il faut lire : hors-la-loi de la relation.

Cet équilibre, en menace d'être rompu par les excès d'une certaine psychiatrie qui n'a retenu de la richesse et de la complexité de l'anamnèse que des échelles structurées de symptômes, pardon des troubles, doit être absolument tenu par les personnes qui sont au contact quotidien avec les patients.

A ce titre là, on peut différencier ce qui nous est commun avec la médecine contemporaine dite somatique, et qui relève essentiellement du champ de l'observation ; de ce qui nécessite par ailleurs un échange harmonieux entre l'écoute (ce que le patient dit) et l'observation (ce que le patient montre), les deux ne concordant pas toujours, loin s'en faut, puisque l'inconscient n'est pas le servile interprète d'une pensée consciente, rationnelle, sans zone d'ombre. C'est cet échange qui nous singularise radicalement, en santé mentale, du discours médical général.

Pour illustrer tout ceci très concrètement : au plus près de la formation généraliste des infirmières, il reste bien une place tout à fait essentielle au suivi des patients hospitalisés dans :

1. l'évaluation des points d'appel qui nécessitent examens et/ou prescriptions, voire avis d'un autre spécialiste. L'objectivation par exemple de la sévérité d'un sevrage dont témoigne la perturbation de plusieurs paramètres vitaux en est un bon exemple. Mais même ici, à s'y attarder de plus près, confronter la réalité du corps en difficulté, sans forcer pour autant les défenses du déni, peut s'avérer utile dans la restitution au patient, même après coup, de l'inadéquation d'une attitude de minimisation, de son besoin de tenir la maîtrise sur ce qui lui échappe.

De même la surveillance d'un patient sous contention ou fortement médiqué, l'accompagnement de mesures d'isolement peut aussi contribuer à créer un début de relation où une prise de conscience de sa propre destructivité peut s'amorcer (« je me souviens quand vous deviez m'injecter ces piqûres, je vous haïssais, et puis progressivement je me suis senti mieux, plus calme... »)

Une remarque s'impose en passant : ce point particulier est d'ailleurs souvent implicitement séparé, dans le discours infirmier des points suivants, pour être rattaché à son signifiant originaire de fonction observatoire (on entend en salle de garde, pour ce genre de tâches : « qui s'occupe du *nursing* aujourd'hui ? »). On ne peut s'empêcher également d'entendre la fonction de maternage dans le sens de « *nursery* ».

Les attentes du psychiatre, plus spécifiquement liées au travail de l'infirmière psychiatrique, peuvent s'intéresser par exemple à ce qui a trait :

2. aux frottements au cadre : relever les transgressions, mineures ou majeures, en assurer la ponctuation et les inscrire dans la relation parlée, est un point essentiel. Il nécessite, comme rappelé dans le préambule, une vision très claire sur les limites posées au départ, le sens que l'équipe leur donne, la valeur que le psychiatre y accorde, et toutes les modalités selon lesquelles le patient pourra s'y heurter.
3. aux mécanismes de répétition : dans la vie communautaire (tel alcoolique devient le fanfaron de la salle TV, comme il était l'amuseur du café, telle patiente maltraitée se rapproche des patients les plus violents, etc.) mais aussi dans les relations avec le personnel soignant (proximité, intrusion, dépendance, soumission etc.).
4. à la manière dont les patients vivent les moments de sortie, les week-ends, les visites de famille : sur le contenu (qui est venu, la famille qui s'annonce est-elle venue à l'heure dite, quelle activité s'est mise en place) comme sur le vécu (était-il soulagé après la visite, angoissé, est-il venu chercher un médicament, ce garçon schizophrène a-t-il fait une crise de violence inexplicée... etc.)
5. au suivi du projet thérapeutique : le patient, et l'équipe soignante sont-ils toujours en concordance avec le projet qui s'est ébauché ? Les décisions et orientations prises lors des réunions ont-elles été correctement répercutées, à l'ensemble de l'équipe, au patient, à sa famille ? Existe-t-il, au-delà des divergences qui sont naturelles au débat mais dépassables, des lignes de fracture plus profondes entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, des sentiments de connivence ou d'alliance particulière qui nuisent à la cohérence du travail d'équipe ? Qu'en perçoit et que ressent le patient, en joue-t-il, en est-il l'objet malgré lui ?
6. aux déplacements de fonctions, au mélange des places : repérer dans le discours et les attitudes les confusions induites par le fonctionnement des patients (tel patient multiplie les entretiens avec son infirmière de référence, esquivant ainsi son rendez-vous à l'agenda du psychologue, bien souvent à l'insu d'un des deux), tout comme les mêmes mécanismes que nous produisons côté soignants.

Voilà, j'en termine ici mais bien d'autres sujets auraient encore pu être développés tant est riche le travail que l'on construit en équipe, si celle-ci arrive à se parler suffisamment pour redynamiser sans relâche son projet commun.

Pour conclure, je tiens à remercier tous mes collègues du quotidien, infirmiers et non infirmiers, qui me stimulent à penser une psychiatrie clinique humaine, ouverte, scientifiquement rigoureuse et éthiquement exigeante.

Dans les murs de l'hôpital où l'on a segmenté l'humain dans ce qu'il lui reste de plus intime -sa santé - , dans un monde où l'obligation de satisfaire immédiatement à tous les besoins est devenue l' horizon de bonheur universel, et où les plaintes ne sont plus entendues comme des souffrances mais comme le guichet des réclamations de clients-victimes, le travail psy reste plus que jamais nécessaire pour faire entendre la singularité de chacun, la différence des places, et la place de la différence.

Merci de votre attention.

Dr B.DEPARIS

Avril 2009.

*Michèle MONJAUZE,*

*« Comprendre et accompagner le patient alcoolique » aux éditions In Press.*

*Philippe VAN MEERBECKE et Jean-Pierre JACQUES,*

*« L'inentendu. Ce qui se joue dans la relation soignant-soigné » aux éditions de boeck. 2009.*