

Échanges avec une équipe de soins psychiatriques Avec l'Unité « Les Platanes », Hôpital de Belle-Idée

20 octobre 2003

Le président de l'association LE RELAIS, M. Jean Dambron, accueille l'équipe des Platanes et relève que les relations entre soignants et proches s'améliorent depuis quelques années. Deux signes de cette amélioration:

- un groupe de travail prépare la mise en place d'une prise en charge des familles par les équipes soignantes dès l'entrée des personnes malades à la clinique et aussi à la sortie; et également en extra-hospitalier;
- LE RELAIS a été reçu récemment aux Platanes pour présenter notre association.

M. Dambron note que les proches se plaignent parfois qu'à Belle-Idée les patients ne sont pas assez occupés, ou que les équipes s'enferment pour discuter, par exemple. C'est pourquoi LE RELAIS a pensé que le meilleur moyen de « démystifier » la pratique des équipes serait qu'elles nous expliquent leur travail. Il présente l'équipe des Platanes: Mme Correa (médecin chef de l'unité), Mme Jordan (infirmière responsable), M. LeGonidek (infirmier) et M. Spitaleri (infirmier spécialisé).

Présentation

L'Unité « Les Platanes » fait partie du secteur des Eaux-Vives et reçoit les patients du Foyer du Velours et d'un autre foyer avec 18-20 patients, bien que le pavillon est prévu pour 16. L'équipe comprend 2 médecins internes, 17 infirmiers/ières, 1 aide-soignant, 1 assistant social, 1 ergothérapeute, 1 psychomotricien et 1 psychologue (ces 5 derniers à temps partiel). L'équipe assure la garde 24h/24 par un tournus. Les heures de visite correspondent aux moments de transmission de l'information d'une équipe à la suivante. Comme activités, des groupes médicaments, sports, relaxation, réhabilitation, entre autres, sont organisés. Une fois par mois, l'équipe rencontre l'équipe de la Consultation des Eaux-Vives (extra-hospitalier); il y a une supervision infirmière chaque semaine.

Quand un patient arrive il peut être délirant ou pas, violent ou pas, calme ou agité, et être en entrée volontaire ou non-volontaire. Le plus souvent, l'équipe est avertie de son arrivée et une chambre a été préparée. Il est accueilli par un infirmier-référent, un médecin et le chef de clinique. Selon son état et dans la

première demi-heure, on recueille des informations, essaye d'établir un lien avec lui, et on évalue l'orientation à court terme – des médicaments tout de suite? en chambre seule? dangerosité? Ensuite on l'installe, on lui remet le livre de ses droits, on fait l'inventaire de ses effets personnels (objets dangereux? objets de valeur – pour lesquels il signe une décharge).

Toutes les données sont notées sur une fiche qui constitue un document légal. Si le patient a été emmené par la police ou trouvé errant, on contacte la famille ou le foyer, et le cas échéant, son assistant social, tuteur, éducateur etc. Ensuite on consulte le dossier (qui vient du bâtiment central), en essayant de comprendre ce qui s'est passé depuis le dernier séjour à la clinique du patient.

Questions-réponses

Q: Que se passe-t-il si le patient ne veut pas qu'on contacte sa famille?

R: On lui dit que ses parents ont le droit d'être informés. S'il ne veut pas assister à une réunion avec eux, il n'est pas obligé de venir. Mais cela ne se passe pas comme ça dans toutes les unités. L'équipe des Platanes sait qu'il est indispensable de prendre en compte l'environnement du patient, et que le patient ne peut pas s'en sortir sans sa famille.

Q: Les changements réguliers du personnel dans les institutions universitaires ne constituent-ils pas une source d'instabilité pour les patients?

R: Oui. La discontinuité est difficile pour des patients psychotiques, dont un problème important est la discontinuité psychique. Les médecins changent tous les ans; les infirmiers peuvent rester 4 ans. La continuité entre l'intra- et l'extra-hospitalier est aussi important.

Q: La réforme de la psychiatrie a-t-elle contribué à la continuité?

R: Oui, si le patient ne change pas d'adresse ou si le secteur n'est pas surchargé.

R2: Une fois par semaine l'unité des Platanes faxe à la consultation les noms de tous les patients venus dans la semaine.

Q: Et si le patient a été référé par un médecin privé ou n'a pas été référé du tout?

R: Nous demandons au patient la permission de contacter son médecin privé. S'il n'en a pas, nous essayons de lui en trouver un, dans le public ou le privé.

Nous référons les patients sans assurance au Département de médecine communautaire.

Q: L'hospitalisation non-volontaire a été vécu comme un grand choc par un ami il y a quatre ans. Il sera vraiment très difficile de l'hospitaliser une autre fois. Le référant ne pourrait-il pas recevoir le patient seul (au lieu de devoir confronter plusieurs soignants à la fois)?

R: L'internement non-volontaire en milieu psychiatrique est toujours dramatique. Il n'est pas possible de réduire le nombre de soignants à l'accueil. Mais ils reçoivent le patient « en cercle ». Ce n'est pas un prisonnier que l'on juge. On essaye de le faire dans une atmosphère aussi conviviale que possible.

Q: Quels sont les critères pour juger de la durée du séjour du patient?

R: La récupération de ses capacités de discernement, de fonctionner normalement dans la société, de s'assumer. MAIS nous sommes toujours en surcharge, et il y a aussi beaucoup de pression pour que les séjours soient aussi courts que possibles!

Q: Ne s'agit-il pas de pressions économiques? Et ne serait-ce pas une économie que de garder plus longtemps certains patients pour éviter qu'ils ne fassent de fréquents allers-retours à la clinique?

R: Oui!

R2: Les Centres de Thérapie Brève (CTB) peuvent fournir une alternative à l'hospitalisation.

R3: En ce qui concerne les critères de durée de l'hospitalisation, il faut aussi prendre en compte les critères des patients, leurs besoins, leurs demandes. Le patient ne doit pas devenir un objet; nous devons l'écouter comme un être humain.

Q: Sur le système des infirmiers-référants, essaye-t-on de garder le même référant d'une hospitalisation à une autre?

R: Oui, si possible. Mais cela dépend des vacances, de la relation entre patient et référant, etc. De toute façon, quand le référant est absent (par ex. le soir), quelqu'un doit prendre sa place.

Q: Que fait le groupe de réhabilitation?

R: C'est un groupe animé par un psychologue qui travaille avec les patients hospitalisés depuis longtemps sur les compétences sociales de base.

Q: Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur le programme journalier des patients? On voit souvent les patients inoccupés.

R: Les longues plages vides sont une réalité. C'est en fonction du patient. Sa capacité de s'investir dans des activités est évaluée par un psychomotricien ou ergothérapeute, qui fera une proposition. Les entretiens avec le médecin sont aussi une activité.

R2: La capacité de ne rien faire doit aussi s'apprendre et les soignants essayent d'aider les patients dans cet apprentissage. Ceci implique aussi d'accepter son impuissance. On encourage une activité à partir du moment où cela a un but thérapeutique.

« Les infirmiers sont sur la ligne de front. Nous sommes les premiers à entendre toute l'angoisse du patient. Nous devons parfois nous protéger par le déni. Il faut aussi une prise en soin, des soignants. »

Les familles doivent se valider dans leurs compétences. Les soignants en psychiatrie ne savent pas tout! « Nous essayons de vivre avec nos manques et nos incompétences. »