



Soins Infirmiers en santé mentale

les infirmier(e)s en première ligne

Les infirmiers qui œuvrent en santé mentale jouent un rôle prépondérant à l'articulation des champs sanitaire et social. Ils sont ainsi positionnés au cœur des décisions thérapeutiques et des situations de soins.

Le mot est lâché **le champ** ! La santé mentale est un champ d'intervention, un bout de territoire de santé, où, à la faveur d'une situation de détresse, de souffrance, le professionnel vient à la rencontre du souffrant.

Le fait que les infirmiers se déplacent, aillent sur place, positionne la santé mentale en articulation avec la santé publique et communautaire, nous ne sommes plus dans le champ hospitalier mais bien dans un travail d'intervenir à domicile, une sorte de VRP de la santé. ●●●

Bien sur, l'infirmier n'a pas l'apanage de ce territoire, ce champ dans l'absolu ne peut être revendiqué par aucun corps professionnel, par aucune discipline, c'est une zone géographique et démographique, mouvante, qui regroupe des usagers, des citoyens, qui ont besoin que soit activées les compétences des professionnels mis à leur disposition lors de situation de détresse psychique, sociale.

Comment alors travailler dans ce carrefour d'influence complexe

Plusieurs solutions sont d'ores et déjà pratiquées ; sans faire le tour exhaustif de la situation les infirmiers travaillent dans de multiples contextes :

- Soit ils sont dans des structures identifiées ; par exemple au Centre médico- psychologiques ou au CAP 48, structures mises en place dans les politiques de sectorisation psychiatrique.
- Soit ce sont des équipes mobiles, comme par exemple les équipes précarité ou PSY VIH ou encore des équipes situés sur des sites autres qu'hospitaliers, comme par exemple les infirmiers intervenants en prison, en milieu scolaire...

Quelle que soit le choix organisationnel, le but reste identique : travailler à coordonner les efforts de chaque professionnel pour que le parcours du patient soit le plus cohérent possible et l'accès aux structures dont il a besoin ; le plus aisé.

Nous aurions pu à ce stade de développement vous présenter les missions de ces professionnels sur chacun de ces sites d'intervention mais nous avons choisi de partager la question du sens commun de ces actions quel que soit encore une fois l'affectation de ces infirmiers. En d'autres termes quel est le point commun, quelle est l'activité essentielle que ces infirmiers partagent ?

Il semble que le fil d'Ariane, le début de toute action, **soit la mise en place d'un accueil**, avec un grand A. Cet accueil qui peut nous apparaître comme un élément classique, évident, révèle

dans sa pratique toutes les compétences infirmière, que ce soit dans le domaine relationnel mais également dans l'axe de la démarche de soin infirmier et ses compétences cliniques activées dans cette évaluation de la situation. C'est cette expérience que vont développer pour vous, mes collègues présentes aujourd'hui.

Nous insistons sur le fait que le choix de cet axe d'intervention n'est pas neutre ; à l'heure de la tarification à l'activité, de la politique budgétaire drastique, il devient urgent de rendre visible ces soins que nous pratiquons. Certes ces termes ont le don de nous irriter, nous avons autre chose à faire que de fournir du chiffre, les patients nous attendent, il y a des urgences, des priorités etc... mais... C'est à nous de faire cet effort, les politiques vont être de plus en plus sollicités et notamment les élus locaux qui commencent à explorer cette dimension mal connue de leur action. Le risque serait grand, de voir des décideurs opter pour des orientations de santé qui seraient dommageables pour notre exercice futur, et notre responsabilité est d'ores et déjà engagée.

Les urgences ou CAP 48

« Bonjour, je m'appelle madame untel, je suis l'infirmière de l'équipe de psychiatrie, je viens vous voir à la demande du médecin des urgences ». C'est ainsi, la plus part du temps que l'infirmière du Cap 48 rencontre les patients. Inutile de rajouter, ne vous inquiétez pas tout va bien, il ne le croit pas puisqu'il est là dans ce box, il sait que son cœur va bien, le médecin le lui a dit, alors qu'est-ce qui cloche ?

Car la sensation d'oppression les sueurs sont bien réelles.

« Racontez-moi », et là dans le huis clos d'un box des urgences, une vanne longtemps fermée commence petit à petit à s'entrouvrir. Mise en confiance, la personne livre des parcelles de son existence, l'infirmière attentive écoute, reformule, questionne, pour tenter de remettre en lien, en sens tous ces éléments de vie.

Pour beaucoup de personnes, la pre-

mière rencontre avec « la psychiatrie » peut se faire aux urgences, alors que leur demande de consultation est toute autre.

Avec le développement du secteur, l'équipe pluridisciplinaire en santé mentale a développé son activité hors des murs de l'hôpital psychiatrique. Elle a rencontré les partenaires médico-sociaux, évoluant dans la cité, confrontés à la maladie mentale, et souvent, démunis. Les services de l'hôpital général eux aussi ont interpellé, les équipes de psychiatrie, d'abord au cas par cas puis pour des consultations dans des services plus spécifiques et notamment aux urgences, pour proposer un plateau technique multidisciplinaire (ex pour les TS).

Ainsi depuis plus de 15 ans, notre équipe pluridisciplinaire de psychiatrie est installée au sein des urgences. Quelles sont les données essentielles qui fondent notre pratique :

- L'accueil
- Un espace/temps
- Le travail de lien

L'accueil est inscrit dans notre intitulé Centre d'Accueil Permanent de 48h. Mais cela suffit t-il ? **L'accueil**, tellement évident, simple mais quelquefois si difficile. L'accueil pour nous est issu de l'hospitalité, de l'asile (lieu de refuge ou de repos). Nous pouvons reprendre **BAILLON** : *« L'accueil est un mouvement vers l'autre, un mouvement précédant une rencontre. »*

Accueillir un patient présentant des troubles psychiques, c'est accueillir avant tout une personne, un être humain, oui, mais...

Dans ce premier instant, dans ce premier regard porté sur l'autre, qui peut être si différent, en apparence de la norme, un peu trop excentrique, maquillé, gesticulant, alcoolisé, en colère, mutique ou pas assez propre, bien habillé, poli, jeune, sympathique, posé, sage...

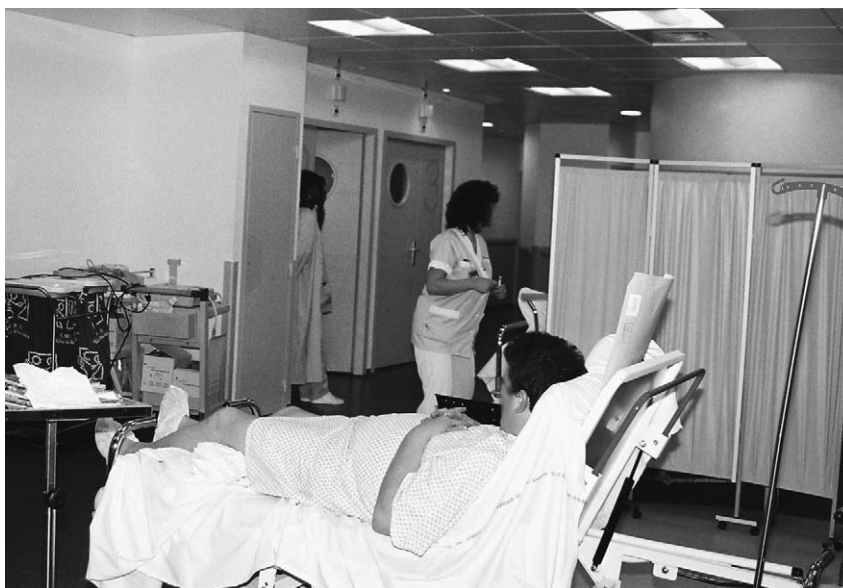
Certes, c'est avec cette personne là, qu'il nous faut entrer en contact.

Accueillir, c'est accepté de perdre un peu de soi, mais c'est aussi recevoir de l'autre, se laisser toucher, lui faire

une place et le reconnaître dans sa singularité.

Dans un deuxième temps, il nous faut écouter la souffrance, son expression est multiple : bruyante ou silencieuse, exprimer d'une voie monocorde ou saccadée rapide, dans un discours incohérent ou alors très organisé...

Car la crise est selon Nicolas DE COULON « un moment (relativement aigu) de rupture dans l'équilibre intra psychique et/ou interpersonnel nécessitant un contact avec un/des professionnels de la santé mentale. » ou la personne et son entourage sont déstabilisés, perturbés par des conflits, des passages à l'acte...



Comment tenir et contenir cette souffrance et toute l'angoisse qui émerge pour ne pas être submergé ou anéanti ? Savoir utiliser ses compétences pour rassurer, organiser, son cadre institutionnel et théorique comme guide pour pouvoir accompagner.

Accueillir dans un lieu de soins, c'est aussi négocier les soins dans **un espace/temps** pour que la parole puisse émerger dans la confiance et dans le respect de la confidentialité. Les situations de crise sont souvent des périodes de contraction de la temporalité introduisant des confusions entre passé/présent/futur. L'intensité des soins médicaux et paramédicaux, basés sur la rencontre avec le patient et son entourage, à des moments différents, peut s'apparenter à un espace transitionnel, qui pour **KAES est de : « faire coexister, sans crise ni conflit le déjà-là et le non encore advenu... Cela implique l'instauration d'un cadre, à la fois ferme et malléable, propre à rétablir les fonctions de conteneur, de liaison et de transformation de l'expérience et des pensées, capable de soutenir le jeu interprétatif nécessaire à l'élaboration multidimensionnelles de l'expérience de la crise ».**

Le patient va pouvoir, jouer, déjouer, rejouer les situations, nouer, dénouer, renouer ses liens à son environnement. La présence de l'équipe soignante va exercer une fonction de conteneur de révélateur des émotions, des non-dits...

Toutefois, si nous sommes au sein

des urgences, nous ne travaillons pas dans l'urgence, nous sommes quelquefois dans les prémices d'un accompagnement qui peut se poursuivre ailleurs.

Par un travail de lien, partie intégrante de notre projet puisque nous pouvons orienter le patient vers d'autres partenaires pour la poursuite des soins. Ce travail s'inscrit dans la notion de secteur.

Le secteur est une aire géodémographique « à l'intérieur de laquelle la même équipe médico-sociale, devra assurer pour tous les malades, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, quand il est possible, les soins avec hospitalisation et la surveillance de postcure ». Ce qui se traduit sur le terrain par un travail de réseau avec les partenaires institutionnels des secteurs mais aussi avec les médecins généralistes, les lieux d'hospitalisations, les équipes du champs médico-social soit dans le cadre de partenariat et de prévention soit pour un accompagnement des patients durant les périodes de soins.

Le CAP 48 a aussi une mission de psychiatrie de liaison avec les services de l'hôpital général.

L'attente des équipes est souvent d'entendre de notre part un discours rationnel, « savant » avec un diagnostic précis, confirmant le leur ou apportant des précisions. Ils attendent de notre

part des actes (prescriptions, suivi, orientations, conseils...) en référence à leur mode médical. Ils nous demandent souvent de répondre de la sécurité du patient (non dangerosité, possibilité de sortir sans risque).

La non réponse de notre part, à certaines demandes, les renvoyant à leur responsabilité, peut provoquer de l'anxiété, de la colère, des interrogations... qu'il nous faut comprendre et travailler.

Notre intervention peut rompre le face à face soignant/soigné, en respectant la parole des uns et des autres. Nous pouvons favoriser l'émergence de la parole du patient et qu'elle soit prise en compte par l'équipe ou son entourage.

La relation soignant/soigné induit quelquefois des situations en miroir, des contre-transferts négatifs, des mécanismes de défenses tels que la projection, l'indentification... Lors de nos interventions, nous sommes amenés à prendre en compte ces phénomènes. Nous pouvons aussi être « le lieu de dépôt » de l'angoisse des soignants face à la mort, la douleur des patients, de leur stress, sans pour cela apporter de réponses.

L'équipe du CAP 48 est souvent en première ligne face aux problématiques psychiatriques et entend de multiples demandes qui débordent le cadre strict de la psychiatrie et qui s'inscrit plus largement dans la santé mentale. Mais notre cadre institutionnel doit nous permettre de ne pas répondre à tout. ●●●



Le CMP

Sur le secteur, le lieu où chacun de nous peut être accueilli, entendu quand il se sent mal, et sans rendez vous ; c'est le CMP. Il suffit de pousser la porte. Autre lieu d'accueil, hors de l'hôpital, mais dans la cité. C'est le cœur du secteur.

C'est un lieu de soins, de prévention, de post cure mais c'est surtout et avant tout un lieu d'écoute, réceptacle de la parole, de l'angoisse, et de la souffrance.

C'est aussi un lieu d'hospitalité et de rencontre, le plus souvent autour d'un café.

L'infirmière présente dès le premier instant, accueillera, prendra en charge au long cours cette rencontre.

Elle devra démêler les fils de l'histoire qu'on voudra bien lui confier, histoire

compliquée, faite d'intime, de secret, de peur, de culpabilité, d'angoisse et aussi de problèmes matériels très concrets : manque d'argent, expulsion, garde d'enfants,.....

Elle entendra cette souffrance, elle la portera, l'accompagnera pendant des semaines voir des mois au cours de visites à domicile ou des prochaines rencontres au CMP.

C'est à partir de celui-ci, que souvent l'infirmière va accompagner, escorter le patient dans ses démarches multiples et variées. Elle sera l'interface avec les partenaires du médico-social. Elle tissera des liens et créera le réseau qui permettra de résoudre ou d'amoin-drir les difficultés du quotidien, hors du champ de la psychiatrie.

Elle devra travailler hors de son cadre conceptuel et s'adapter à ceux de ses partenaires dans le « maillage » tressé

pour le patient et différent pour chacun d'eux.

Travailler en réseau, c'est aussi négocier afin de permettre l'émergence de la parole du patient, le faire reconnaître comme citoyen par tous les professionnels concernés.

C'est surtout l'autoriser à décider pour lui et par lui de ce qu'il estime lui être nécessaire.

Au 19^{ème} siècle la psychiatrie ne prenait en compte que les fous, les indigents, les miséreux.

Au fil des décennies, son champ d'action s'est élargi au regard de la multiplication des problèmes sociaux et du manque de solutions.

Les exigences de la société ont envahi notre exercice professionnel. L'infirmière doit être présente partout. Elle est souvent en première ligne quand les institutions sont dans l'incapacité de répondre aux besoins et que l'être humain est incapable d'assumer un choc psychologique : accidents, catastrophes naturelles, actes de terrorisme...

La Santé Mentale est une priorité de santé publique. Mais si la Psychiatrie se laisse déborder par la Santé mentale, ne risquerions nous pas d'avoir une société lissée, qui n'assumera plus aucune difficulté psychologique et des politiques qui n'assumeraient plus les responsabilités qui leur ont été confiées ?

Christine ABAD,
Marie-Dominique GIRARD ■
CNI Montperrin

Danièle HENGEN ■
CNI Martigues

E T A B L I S S E M E N T S

D U C L O T

3 à 21, Rue de Macau

33082 BORDEAUX CEDEX