

Annexe IV

Intégration de l'équipe soignante au processus de soins en neuroréhabilitation et en épileptologie avec comorbidité psychiatrique (Martine Veyre)

Poste en psychiatrie à Opale

Ma démarche thérapeutique repose sur un ensemble de concepts et théories que j'adapte à partir d'une observation ciblée du patient.

Mon postulat de base est que tout patient est un individu à part entière, avec son vécu, ses réussites et ses échecs, ses difficultés et ses facilités face à la vie. Il est capable de croissance et d'apprentissages, même si ceux-ci sont ralentis par la maladie.

La maladie, qu'elle soit momentanée ou durable, qu'elle soit physique ou mentale, ne représente en aucun cas l'identité de la personne. Il est donc essentiel de distinguer les éléments qui font partie de la maladie de ceux qui font partie de la personnalité.

Je comprends le patient comme faisant du mieux qu'il peut en fonction de sa situation actuelle. Je peux alors appréhender le comportement du patient dans le cadre des variables biologiques, environnementales et personnelles.

Ce principe permet d'adapter mes attentes aux possibilités du patient et évite d'ajouter un stress lié à des exigences trop élevées.

Mes références théoriques

- Le courant de pensée dit humaniste, qui est en concordance avec l'approche globale du malade en redonnant à l'humain toute sa place : le patient n'est pas l'objet d'investigation, mais un sujet pensant, capable de participer à ses soins et de faire des choix.
- La psychanalyse, avec l'importance du transfert dans la relation thérapeutique : elle permet aussi de donner un sens aux symptômes.
- Les thérapies comportementales et cognitives qui modifient directement les comportements et permettent au patient de peut être se libérer rapidement des symptômes qui le font souffrir. Elles prennent en compte les idées et les sentiments du patient, son univers intérieur.
- Le courant médical scientifique avec l'avancée des neurosciences qui amène des éclairages différents sur le fonctionnement psychique.
- Le concept de réhabilitation psychiatrique, qui vise l'adaptation face à un handicap plutôt que la guérison. Ou encore, le développement de nouvelles habiletés pour apprendre à mieux vivre avec la maladie.

« Les soins visent à favoriser la capacité du patient à prendre des décisions et faire ses choix en évaluant leurs conséquences. Les professionnels ont pour fonction d'aider le patient en lui donnant des informations objectives basées sur les connaissances scientifiques et de soutenir ses ressources et ses compétences pour concrètement aller dans le sens des objectifs établis. Il est important de souligner que si soigner une personne implique la maîtrise de compétences relationnelles comme l'empathie, la chaleur dans le cadre d'un objectif commun, celles-ci ne sont pas, et de loin, suffisantes. Les soins doivent être intégrés à un traitement pharmacologique et utiliser des techniques d'apprentissage qui visent à contourner les altérations cognitives et comportementales des patients. Ils impliquent également une collaboration étroite avec l'entourage du patient qui aura besoin d'informations et de soutien. » J. Favrod

PROCEDURE THERAPEUTIQUE

1^{ère} Etape :

Créer la relation avec le ou la patiente, soit à travers des entretiens individuels non directifs, soit à travers des soins spécifiques (douche, bains, massage, promenade, etc...)
Cette étape est fondamentale pour la construction d'une alliance thérapeutique avec le ou la patient(e) et pour l'élaboration de l'analyse fonctionnelle.

L'analyse fonctionnelle est une méthode permettant de recueillir et de ranger les informations de manière à comprendre de quelle manière les différents facteurs en cause entretiennent un fonctionnement, un comportement.
Elle débouche sur la mise en place d'une technique relationnelle.

2^{ème} Etape :

Déterminer le ou les objectifs thérapeutiques avec le ou la patient(e).
Proposer différents moyens pour les atteindre, et laisser le choix à la personne afin d'amener la notion de partenariat, indispensable pour le travail thérapeutique.

3^{ème} Etape :

Travail thérapeutique = Travail sur l'objectif, puis généralisation du travail spécifique à d'autres difficultés.

4^{ème} Etape :

Evaluation et bilan avec la personne, tout au long du travail thérapeutique.
Prévention des risques et de la rechute, en lien avec l'objectif.

Les 3 dernières étapes sont réalisées sous forme d'entretiens semi-directifs, ou sous forme de techniques de soins.

Mon rôle dans l'équipe

1. Associer les soignants à ma démarche :

- Explication de ma démarche thérapeutique et accès aux dossiers des suivis de patients
- Les orienter dans l'approche du patient
- Les solliciter sur une observation ciblée
- Les sensibiliser à une forme d'aide spécifique, individualisée

2. les accompagner :

- Recevoir et comprendre les difficultés face aux patients
- Respecter les limites de chacun
- Dédramatiser des situations conflictuelles, sans banaliser

Mes compétences

- La relation thérapeutique
- L'évaluation relationnelle pathologique
- Gestion du stress et résolution de problème : techniques de relaxation, Mindfulness
- Aspects psycho éducatifs : patient, famille, équipe soignante, et groupes.
- Réhabilitation neuropsychologique : démences, troubles cognitifs.
- Réhabilitation psychiatrique : troubles psychiques chroniques ou récurrents.
- Le processus motivationnel au changement
- Le processus de prévention de la rechute

Les pathologies concernées

- Les peurs (phobies)
- Le trouble obsessionnel compulsif
- La dépression, le trouble bipolaire, et autres troubles de l'humeur
- Les troubles alimentaires
- Les troubles anxieux, l'anxiété de performance (équipe)
- Troubles du sommeil
- Les dépendances : alcool, drogues, médicaments, etc...
- Les douleurs chroniques d'origine organique ou psychologique.
- Les psychoses

Mes interventions sont motivées par :

- Colloques orientation psychiatrique
- Demandes médicales
- Demandes de l'équipe soignante
- Problèmes ou difficultés de l'équipe
- Problèmes ou difficultés du patient
- Patient demandeur

Mes ressources

- Les soignants, les médecins, les membres de l'interdisciplinarité
- Colloques orientation psychiatrique
- Supervisions Dr Gammeter
- Supervisions externes centrées sur une analyse en groupe de ma pratique
- Développement personnel

Les comptes-rendus des entretiens et des suivis, ainsi que le travail personnel de recherche et d'analyse est réalisé actuellement à domicile. Il s'accompagne de la comptabilisation et de la gestion du planning des heures psy.

BILAN DES SUIVIS THERAPEUTIQUES

Depuis le début des thérapies planifiées en janvier 2005 jusqu'à ce jour, j'ai réalisé 38 dossiers de patients, dont 33 suivis. Tous n'ont pas débouché sur une thérapie ciblée, soit par la brièveté du temps d'hospitalisation, soit par mon indisponibilité générée par la charge de travail dans l'équipe et/ou par la particularité du planning hospitalier.

Ma pratique infirmière au sein de l'hôpital a facilité une approche des patients concernés. La présentation de ma qualité d'infirmière en psychiatrie a été bien accueillie par la majorité d'entre eux.

Il s'agit principalement de patients présentant des troubles du comportement.

Classification des dossiers par pathologie :

- Epilepsie → 24 patients
 - Traumatismes cranio-cérébral, suites de coma → 7 patients
 - Parkinson → 3 patients
 - Sclérose → 2 patients
 - Fibromyalgie → 1 patient
 - Autre en réadaptation → 1
- Ces suivis ont été réalisés majoritairement sous forme d'entretiens non-directifs ou semi-directifs, toujours centrés sur la personne.
 - Le caractère individualisé des suivis a permis à chaque patient concerné de trouver un espace empathique et valorisant. Il a pu ainsi adhérer à la réalisation d'un projet structuré le concernant, participer plus ou moins activement à la démarche, partager des pistes de réflexion, dépasser des difficultés.
 - J'ai appliqué des techniques de relaxation dans 7 suivis chez des patients qui présentaient des troubles de la personnalité avec une identification importante à la maladie et une souffrance psychique mal reconnue.
 - Chez 5 patients, mon intervention a porté sur les soins de base, de détente, sans contrainte horaire.
L'objectif étant d'établir un rapport de confiance, de diminuer la souffrance psychique, et d'atténuer les manifestations auto et hétéro-agressives du patient.
Cette approche plus « psychiatrique » et régulière dans un premier temps, a permis aux soignants de prendre de la distance face à des situations lourdes. Elle m'a aussi amenée à leur transmettre un abord différent de la personne violente, de les sensibiliser à une reconnaissance de la souffrance ainsi exprimée.

Le tableau qui suit ne représente qu'une partie de mon travail. Il fait état d'un nombre d'heures non planifiées dans l'effectif de l'équipe, d'environ 20 heures par mois. J'ai adapté mon travail en fonction du nombre d'heures impartis et des priorités de l'hôpital.

CONSTAT

Ma formation d'infirmière en psychiatrie et les perfectionnements professionnels ajoutés à mon expérience, ainsi qu'un travail personnel, ont contribué à une maîtrise de techniques thérapeutiques relationnelles et à un savoir être avec l'autre.

L'équipe se sentant démunie face aux patients présentant des troubles du comportement et/ou des troubles de l'humeur, en plus de leur pathologie neurologique.

Mon immersion dans le fonctionnement de l'hôpital est peu favorable à une disponibilité ponctuelle et efficace, et limite parfois le recul nécessaire pour faire face à certaines situations.

Une intervention rapide et adéquate de ma part auprès des patients concernés pourrait ainsi limiter l'escalade de tensions souvent anodines au départ.

En Réadaptation

La présence au quotidien d'une personne formée à la relation thérapeutique et aux divers troubles psychiques, est un atout indéniable dans le concept actuel de réadaptation.

En effet, pour la personne malade, la notion de partenariat est un aspect nouveau dans sa relation au milieu médical ; en contradiction avec l'état de dépendance dans lequel elle est soudainement plongée par la maladie.

C'est donc, une notion à travailler avec elle en mettant à jour ses compétences non liées à la maladie ; ce qui fait d'elle une personne à part entière.

D'autre part, le patient quel qu'il soit, attend une reconnaissance et une compréhension de ce qu'il vit. Non seulement dans sa relation aux autres, mais également à travers nos actions et nos attitudes.

Par nos réponses autant comportementales que verbales, nous validons ou non notre compréhension de son ressenti ; nous allons ou non dans son sens.

Un patient se sentant compris et entendu adhérera de façon optimale à un processus de réadaptation. Certains troubles et malentendus peuvent ainsi être évités.

L'équipe soignante non formée à une approche de ce type, doit être soutenue et guidée dans son rôle auprès du patient, elle doit pouvoir décharger ses émotions auprès d'un professionnel compétent qui développe un aspect formateur dans sa démarche.

En Epileptologie

L'épilepsie porte encore une signification sociale particulière suscitant le rejet et donc la honte.

Trop souvent, la personne malade est confinée dans la solitude et la marginalisation.

Des troubles psychiques associés à une épilepsie souvent sévère, ou à des crises non-épileptiques, viennent alourdir le tableau.

Actuellement, les patients sont généralement sans activité particulière pendant la durée de leur hospitalisation souvent brève.

De ce fait, nos observations sont le plus souvent lacunaires et peu étoffées en ce qui concerne les répercussions de l'épilepsie sur leur vie quotidienne à l'extérieur de l'hôpital.

Nos observations répondent le plus souvent à une demande médicale pour étayer un diagnostic, ou pour adapter un traitement médicamenteux.

La personne épileptique s'inscrit dans un ensemble : groupe familial, social, institutionnel.

Ces éléments déterminent la nécessité d'une démarche spécifique pour les personnes concernées, ce d'autant plus en milieu hospitalier :

- Formation des soignants aux multiples manifestations de la maladie et ses conséquences
- Offrir un cadre « contenant » aux patients afin de les aider dans un processus identitaire et permettre ainsi des changements.

Notre démarche de soignant se doit d'élaborer une dimension psycho-sociale et de proposer des moyens aux patients qui pourraient être sous forme de :

1. Entretiens individuels quotidiens pour un recueil de données, la mise à jour de difficultés en lien avec la maladie, un travail motivationnel au changement et à l'adaptation, l'élaboration d'un projet pour le retour à domicile ou le foyer.
2. Thérapies de groupes pour encourager les habiletés sociales, pour partager l'éducation à une hygiène de vie prenant en compte la maladie.
3. Entretiens avec la famille, l'entourage proche, qui peut se sentir démuné face à des troubles associés.
4. Travail en interdisciplinarité : art thérapie, zoothérapie, musicothérapie, danse thérapie, thérapie équestre
5. Travail en réseau garant d'une continuité et d'une cohérence pour le patient entre les intervenants extérieurs, les associations, et l'hôpital.

En conclusion

Que se soit dans le domaine de la réadaptation ou dans le domaine de l'épileptologie, la dimension psychologique et éducative des soins est indispensable pour une approche globale de la personne malade. Elle est garante d'une amélioration de la qualité des soins et vise un réel partenariat avec le patient.

Les soins relationnels demandent une certaine souplesse, ils doivent s'adapter à ce que vit le patient au quotidien dans sa relation aux autres et à l'évolution de sa situation personnelle. Ils demandent du temps, un travail de fond, un investissement à long terme. Le résultat n'est pas immédiat, ni spectaculaire.

Son application demande des soignants intéressés et formés aux soins relationnels, et à leur propre développement personnel. L'implication du soignant est indispensable dans ce type de soins. Ce qui est peu compatible avec une implication totale dans l'organisation et le fonctionnement de la dynamique hospitalière actuelle.

Une prise en charge régulière et suivie du patient, au quotidien, au même titre que des soins techniques, diminuera d'autant la charge émotionnelle de l'équipe soignante en place et améliorera le regard des patients sur leur propre situation.

1. Le concept de réhabilitation psychiatrique

Tentative d'intégration de deux approches :

- Approche sociale de la réhabilitation psychosociale
- Approche médicale de la psychiatrie

En premier lieu, il considère les particularités psychiques de chaque personne et son articulation avec le comportement social et les facteurs biologiques.

Pour Cnaan, la Réhabilitation Psychosociale repose d'abord sur deux postulats :

1. Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
2. De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

Les grands principes sont au nombre de 13 :

- 1^{er} principe : L'utilisation maximale des capacités humaines (Full Human Capacity)

Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance.

Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

- 2^{ème} principe : Doter les personnes d'habiletés (Equipping People with Skills)

C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales), et non la disparition des symptômes cliniques, qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc, vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en terme de déficits ou d'excès comportementaux.

- 3^{ème} principe : L'auto-détermination (Self-Determination)

Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'apprendre au travers des conséquences de ses choix.

L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

- 4^{ème} principe : La normalisation (Normalization)

Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou

en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

- 5^{ème} principe : L'individualisation des besoins et des services (Differential Needs and Care)

Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur-mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients au long court.

- 6^{ème} principe : L'engagement des intervenants (Commitment of Staff)

Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

Suivent encore 7 principes, plus spécifiques à des pathologies psychiatriques lourdes.

« Ces grands principes de la Réhabilitation Psychosociale sont une invitation à sortir d'un modèle médical étroit et à s'ouvrir à un réel partenariat avec le patient, son entourage direct et l'ensemble des ressources professionnelles et non-professionnelles de son environnement. »(O. Chambon /France)

2. La théorie du Nursing de Watson

Watson (1979, 1985) considère la profession infirmière à la fois comme une science et un art, c'est-à-dire qu'elle repose sur un système de valeurs humanistes et altruistes et sur des connaissances scientifiques. L'infirmière imprègne ainsi sa pratique d'humanisme, à laquelle elle intègre ses connaissances et la démarche scientifique.

La théorie du nursing de Watson repose sur le "caring". Le mot "caring" découle du mot anglais "care" qui signifie "prendre soin de", "s'occuper de", "s'intéresser à" mais le concept du "caring" est plus complexe que ces définitions.

Cette théorie permet de développer de façon systématique une approche de soins infirmiers basés sur le "caring". Pour cette auteure, le "caring" est un idéal moral qui fait appel à un engagement personnel, dont l'objectif est la protection et la promotion de la dignité humaine et le maintien de l'humanité.

La théorie du nursing de Watson comprend dix (10) facteurs de soins infirmiers qui permettent l'étude de la structure des soins infirmiers et la compréhension de la pratique. Ces facteurs sont les suivants:

1. la formation d'un système de valeurs humanistes et altruistes;
2. l'inspiration de sentiments de croyance et d'espoir;
3. le fait de favoriser la prise de conscience de soi et des autres;
4. le développement d'une relation d'aide et de confiance;

5. le fait de favoriser et d'accepter l'expression de sentiments positifs et négatifs;
6. l'utilisation systématique et créatrice de la méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de soins infirmiers;
7. le fait de favoriser le développement intrapersonnel et interpersonnel par l'apprentissage et l'enseignement transpersonnel;
8. la promotion d'un milieu de support, de protection et/ou de modification de l'état mental, physique, socio-culturel et spirituel du bénéficiaire;
9. l'aide à apporter en vue de faciliter la gratification des besoins du bénéficiaire;
10. la reconnaissance de la présence des forces existentielles-phénoménologiques et spirituelles.

Les trois premiers facteurs de soins infirmiers sont interreliés et forment une base philosophique humaniste que Watson (1979, 1985) juge nécessaire pour l'orientation des soins. Les autres facteurs de soins infirmiers découlent des trois premiers et ajoutent la dimension scientifique et technologique des soins infirmiers.

3. Les thérapies cognitivo-comportementales

Thérapies qui fonctionnent sur un mode bio-psycho-social. Il y a interaction entre l'environnement, le biologique, le comportement, les pensées et les émotions. On considère donc que si l'on agit sur l'une de ces composantes, cela aura un effet sur les autres. En particulier, on va agir sur les comportements et les pensées afin de modifier les émotions.

La thérapie comportementale dérive de la psychologie expérimentale. Elle se base sur le modèle de l'apprentissage, on considère que tout s'apprend : nous apprenons à mal fonctionner, il est donc possible d'apprendre à bien fonctionner.

La thérapie cognitive se base sur le modèle du traitement de l'information. Nous avons tous notre façon de voir le monde et nous même, ce qui va nous faire interpréter ce que nous vivons. Nous possédons des schémas de raisonnement, des processus de pensées, en fonction desquels nous agissons, et ceci de façon à les conserver.

C'est une démarche psychothérapeutique structurée et de durée brève : environ 10 à 20 séances pour un trouble simple.

Elle regroupe un ensemble de techniques utilisables spécifiquement selon le trouble ou la pathologie. Leur objectif étant de résoudre un problème précis grâce à un « contrat » passé avec un thérapeute qui s'implique. La relation est interactive et non hiérarchisée.

Les thérapies comportementales et cognitives (T.C.C.) ne s'intéressent qu'à la partie visible de l'iceberg, celle qui handicape et fait souffrir.

Contrairement aux thérapies analytiques, les T.C.C. ne recherchent pas les causes du trouble, ne s'intéressent pas à l'histoire du sujet ni à son enfance (pas en priorité).

Elles sont fondées sur l'apprentissage de nouveaux comportements, à partir de l'élaboration de nouvelles pensées, après constat que les anciennes ne mènent à rien : il s'agit surtout de réussir demain ce dont on se croit incapable aujourd'hui et que, de ce fait, on a raté hier.

4. Approche analytique

La science psychanalytique repose sur une analyse de l'évolution de l'enfance, ainsi que sur un schéma dynamique du fonctionnement psychique de l'être humain.

Ce schéma dynamique se fonde sur une distinction entre le ça, le moi et le surmoi.

- Le ça est formé par l'ensemble des tendances primitives, des instincts élémentaires. C'est le " réservoir des pulsions ". Il est inconscient, exigeant, de nature sexuelle, sous la domination du principe de plaisir, étranger au principe de réalité

Le moi se différencie consciemment du ça par l'influence du monde extérieur ; il doit tenir compte du principe de réalité pour permettre une adaptation au monde extérieur

Le surmoi est de nature inconsciente ; il tranche entre ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. Le surmoi est l'héritier des parents et de la loi, il est source de menaces et de punitions comme de récompenses et d'encouragements ; il peut être répressif et interdictif mais aussi proposer des valeurs auxquelles le sujet adhère.

La souffrance psychique et les symptômes qui en découlent résultent d'un conflit entre ces trois instances : entre les tendances naturelles, les instincts, et ce que la culture et l'éducation nous ont appris à autoriser ou à interdire.

La tâche thérapeutique va viser à aider le moi à accueillir les pulsions inconscientes, à les intégrer, à soutenir le moi pour affronter le surmoi, à modifier le surmoi pour le rendre moins rigide

Le principe de la méthode

Le patient est invité par le thérapeute à parler de ce qui lui importe puis d'associer librement ce qui lui passe par la tête.

La relation au psychothérapeute se colore différemment : le patient attend davantage de soutien ou d'approbation, il sollicite un conseil ; autant de difficultés pour le thérapeute qui cherche à ramener le patient à son propre désir inconscient et à lui montrer que les réponses et les ressources existent déjà en lui!

Parfois, le cadre analytique ne permet aucune élaboration psychique et se trouve source d'angoisse et de frustration, alors qu'un face à face hebdomadaire permet un réel travail psychothérapeutique.

Malgré l'extrême diversification des méthodes et des théories, la référence aux concepts de la psychanalyse reste toujours très présente.

La psychothérapie

Le terme "psychothérapie" est composite, il renvoie à une action de soin (thérapie) et au psychisme (psycho).

Une psychothérapie est une méthode, un traitement actif basé sur des moyens psychologiques. Souvent la psychothérapie se définit comme "soigner par l'esprit".

Le but de la psychothérapie serait d'aider à la résolution des conflits qui s'expriment dans la vie intérieure des personnes ou dans leur rapport à l'environnement.

L'action sur les symptômes doit aboutir à un mieux être du patient que ce soit sur le plan personnel ou social.

On recense aujourd'hui entre 350 et 400 formes de psychothérapie. Mais certaines méthodes s'éloignent grandement de la notion de soin et on peut se poser des questions sur leur intérêt.

Certaines orientations psychothérapeutiques peuvent être jugées plus efficaces que d'autres selon le trouble.

Les psychothérapies sont proposées dans un cadre précis défini par le thérapeute, c'est à dire un lieu, la durée de la séance, leur fréquence et leur forme ou leur modalité.

Elles ne sont pas réservées aux maladies mentales et s'appliquent à des troubles fonctionnels sans support organique, à des affections psychosomatiques et à des difficultés d'adaptation.

Enfin, une psychothérapie analytique repose sur des concepts qui supposent une plus longue durée de travail.