

Transmettre pour mieux soigner : la prise en compte de la dimension psychique lors du transfert d'une personne entre deux unités de soins :

1^{ère} partie- accueil, relation de soins, fin de relation de soins

Delan Sabrina Psychiatrie UPDM site de Belle Idée Unité Lison,

Dupont Nathalie Hôpital de Loëx,

Mucciante Karine Psychiatrie adulte site de Belle Idée unité les Sillons II

Guillermain Barberi Marie-Claire Département NEUCLI Site Cluse Roseraie unité 2AL en neurochirurgie.

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève

Lors d'un transfert, le fragile équilibre du projet thérapeutique peut se rompre et le remettre en cause. Notre démarche se centre sur la qualité des soins liée au transfert entre deux structures. Nous nous sommes particulièrement intéressées aux soins infirmiers.

Ce travail est une réflexion sur la manière dont les infirmiers organisent le transfert des patients. Ce-dernier nécessite de prendre en compte :

- ce qui se joue à la fin d'une relation de soin,
- les possibilités de transmettre les informations,
- les modalités de l'accueil dans une nouvelle structure.

D'emblée, nous nous sommes intéressées à la qualité des transmissions concernant la dimension psychique du patient.

Les théories et concepts présentés sont relatifs aux transmissions, à l'accueil, à la relation soignant-soigné, à l'attachement et à la séparation.

Nous avons mené une enquête par questionnaire auprès de l'équipe infirmière de deux lieux de soins intra-hospitaliers du département de psychiatrie adulte des Hôpitaux Universitaires de Genève, le Lison (Unité de Psychiatrie du Développement Mental) et les Sillons 1 (Unité d'Admission de Psychiatrie Adulte). Nous avons décrit leur spécificité en lien avec la population que chaque unité accueille.

Notre problématique

Au travers de nos expériences, nous avons évoqué la difficulté que peut provoquer l'accueil d'un patient souffrant de troubles psychique pour des équipes de soins généraux.

A l'annonce de cette arrivée, une tension peut s'installer dans l'unité d'accueil. La question de « qui va accueillir le patient ? » est amenée. Les soignants peuvent manifester un comportement d'évitement : mise en avant de la charge de travail, fuite de la référence. Cependant, quels que soient les motifs invoqués (structurels, matériels, expériences, compétences...) la difficulté principale semble résider dans le manque de connaissances et plus encore dans le manque d'informations orales et écrites. Ce manque d'information est inconfortable pour le soignant mais aussi délétère pour le patient. Ce dernier peut certainement percevoir des mouvements de rejet.

Par ailleurs, nous avons évoqué d'autres cas de figures : les soignants qui accompagnent à moyen voire long terme des patients et qui connaissent leurs habitudes de vie et rituels. Que peuvent-ils transmettre lors du transfert ? Comment ne pas perdre ces informations précieuses pour la qualité de vie du patient ? Comment informer la nouvelle équipe de ces rituels et de l'importance du respect de ceux-ci pour le patient ? Comment assurer un « passage » en douceur d'une équipe de soin à une autre ? La non-continuité des soins est souvent anxiogène pour la personne soignée.

Même si les besoins et les attentes de chacune des deux équipes sont complémentaires, il semble, que dans la pratique, elles ne soient pas toujours en adéquation.

Ceci nous interroge sur les divers moyens que nous avons à notre disposition pour transmettre les informations et la manière dont nous les utilisons.

1. Description de la problématique

Nous allons décrire les différents éléments qui constituent le problème et son contexte :

Les informations lors d'un transfert

- Pour nous faire une idée de la prise en soin à mettre en place pour la personne que nous accueillons, nous prenons appuis sur les transmissions des professionnels qui nous l'adressent. Ces relais se font par écrit et oralement lorsque cela est possible.

- La transmission a un rôle central. Mais comment transmettons-nous et que transmettons-nous ? Pourrait-on envisager une optimisation de cet échange ? Comment permettre au travail engagé d'être poursuivi ? Comment permettre aux soignants de « transférer » leurs connaissances du patient ?

- Nous nous souvenons de transferts effectués pour adresser une personne de notre service vers une autre unité de soins. Ce travail d'écriture est souvent complexe et les différents formulaires existants ne sont pas exhaustifs. Parfois, nous transmettons par oral les informations manquantes. Lorsque cela est possible, une réunion est organisée, la présence du patient favorise la continuité des soins mais ces rencontres ne sont pas toujours réalisables.

L'accueil

- Quel soignant n'a pas accueilli une personne souffrant de troubles psychiques ? Chacune de nous a vécu cette situation de nombreuses fois. Notre avis était commun : l'accueil est un moment privilégié et difficile à la fois.

- Qu'allons nous vivre auprès et avec une personne psychologiquement en souffrance ?

Dès l'annonce de l'arrivée du patient, nous cherchons à nous le représenter. Qui allons-nous découvrir ? Qui aurons-nous en face de nous ? Cette personne présente-t-elle un risque auto ou hétéro-agressif ? Sera-t-elle compliant aux soins ?

- Quels sont les besoins et les attentes des équipes afin d'accompagner au mieux ce patient qu'elles ne connaissent pas ? Qu'est-ce qu'un accueil de qualité ?

La fin de la relation

- Que vit la personne soignée lors de son transfert dans une nouvelle unité ? Certains patients évoquent leurs craintes de rencontrer une nouvelle équipe, de nouveaux lieux. Ils peuvent ressentir une angoisse, l'appréhension de ne pas être compris, la lassitude de devoir raconter une nouvelle fois leur histoire. Le sentiment d'abandon peut-il être augmenté par des transferts en urgence ?

- Que signifie cette fin de relation pour le patient mais aussi pour le soignant ? Quelles en sont les conséquences pour chacun d'eux ?

Les soins infirmiers

Dans le cahier des charges destiné aux infirmiers¹, nous relevons les items suivants :

- Transmettre les informations nécessaires aux professionnels de santé concernés.
- Assurer la transmission des informations concernant le patient aux personnes concernées.

¹ Annexe n°2

- Rédiger les documents nécessaires à la sortie ou au transfert du patient.
- Coordonner les prestations soignantes avec celles des autres intervenants afin de garantir la continuité et la cohérence dans la prise en soin du patient.
- Initier des réunions interdisciplinaires et ou faire appel à des personnes ressources pour trouver des solutions adaptées dans des situations de soins problématiques ou complexes.

Au quotidien, utilise-t-on les moyens adéquats pour répondre aux exigences du cahier des charges ?

La collaboration interdisciplinaire

Le transfert a des enjeux institutionnels. Il est organisé en fonction des décisions médicales prises en lien :

- avec la politique de soins des HUG qui fixe les missions des différentes unités
- de l'évaluation des besoins de soins des patients.

Les infirmiers sont les partenaires privilégiés dans l'organisation du transfert.

2. Cadrage de la problématique

Lors d'un transfert, le fragile équilibre du projet thérapeutique peut se rompre et être remis en cause.

Est-ce que les actions infirmières qui accompagnent le transfert d'un patient sont adaptées pour permettre des soins en tenant compte de la dimension psychique ?

Quelles sont les modalités du transfert et quelles sont leurs limites ?

Pourquoi le transfert est un moment charnière dans la prise en soins ?

Quels en sont les enjeux relationnels ?

Comment celui-ci est-il vécu par les professionnels ? Et par les patients ?

3. Objectifs de la démarche

Notre objectif est **d'optimiser la qualité du transfert au niveau des soins infirmiers en :**

- Faisant un état des lieux pour identifier les pratiques et le vécu des soignants sur ce thème.
- Proposant des moyens, des outils infirmiers sur lesquels peuvent s'appuyer les soignants.

5. Calendrier détaillé de la mise en œuvre du projet

Afin de réaliser ce projet, nous avons fixé des échéances.

Dans la pratique, nous n'avons pu tenir ces délais. La remise des questionnaires a été différée en lien avec la survenue d'événements extérieurs.

Dates prévues	Action	Dates Réelles
29 janvier 2008	Formation des groupes et choix des situations de départ.	29 janvier 2008
4 février 2008	Pose de la problématique et cadrage.	4 février 2009
Février 2008	Rencontres avec les experts.	De février à mars 2008
Février 2008	Choix des terrains et des modalités d'investigation et définition des objectifs.	Mars 2008
De février à avril 2008	Revue de la littérature.	De février 2008 à janvier 2009
18 avril 2008	Diagnostics de pertinence et de faisabilité ² .	15 mai 2008
Mai 2008	Présentation à la commission d'éthique ³ .	3 juin 2008
De mai à juin 2008	Elaboration de l'outil.	17 juillet 2008
Juillet 2008	Distribution des questionnaires.	Lison : 28 août 2008

²Annexe n°4

³Annexe n°4

		Sillons 1 : 18 septembre 2008
Août 2008	Restitution des questionnaires.	Lison : 22 septembre 2008 Sillons 1 : 1 octobre 2008
De septembre à novembre 2008	Dépouillement et analyse des questionnaires.	De septembre à janvier 2009
6 novembre 2008	Atelier au forum des soins infirmiers.	6 novembre 2008
Décembre 2008	-Elaboration des propositions d'amélioration. -Pré-test	28 janvier 2009 Sillons 1 : 29 janvier 2009 Lison : 2 février 2009
30 janvier 2009	Dépose du projet.	6 février 2009

Revue de la littérature

Dans ce section, nous proposons d'aborder successivement les sous-sections suivants :

- Les rencontres avec les experts,
- Les auteurs et leurs écrits en lien avec l'accueil, l'évolution de la relation, la fin de relation et la transmission,
- La synthèse.

A - RENCONTRES DES PERSONNES RESSOURCES

Lors de l'élaboration de ce travail, nous nous sommes tournées vers plusieurs professionnels.

1) C'est ainsi que nous avons rencontré Madame Vaucher, Infirmière Responsable des Soins du Département de Psychiatrie. Nous souhaitons évaluer avec elle la faisabilité de notre projet et la possibilité de réaliser nos enquêtes au sein des équipes soignantes de la Clinique.

Lorsque nous lui avons exposé notre réflexion, Madame Vaucher a de suite validé notre projet. Selon elle, il présente un intérêt majeur pour la pratique soignante et il n'existe pas de travaux abordant cette problématique précise. Elle a souligné l'importance du partage des connaissances des équipes autour du projet thérapeutique de la personne soignée. Toutefois, elle a souhaité nous rendre attentives concernant la feuille de transfert HUG connue sous forme papier car, à l'ère de l'informatique, celle-ci risque de disparaître.

Elle nous a également proposé de participer au Forum des Soins 2008⁴ dont le sujet est : «Sortie et transfert du patient : défi qualitatif et enjeu économique». L'animation d'un atelier nous permettant d'ouvrir notre réflexion par le partage de nos pratiques avec les professionnels venus d'horizons différents.

2) Nous avons ensuite rencontré Madame Balahoczky, Infirmière Responsable des Soins du Département de Réhabilitation et Gériatrie. En effet, elle est aussi Responsable du

⁴ Annexe n°5

Comité Scientifique d'organisation du Forum de Soins 2008. De plus, elle a participé au dernier groupe de réflexion autour de la feuille de transfert HUG.

C'est ainsi que nous apprenons que la création de cet outil s'est faite à la demande de la Fondation des Services d'Aide et de Soins à Domicile (FSASD) afin d'assurer une liaison entre les services hospitaliers et les soins ambulatoires. Celle-ci avait été plus spécifiquement établie pour la continuité des soins somatiques à domicile, ce qui explique le peu de données existantes en lien à la santé mentale de la personne. En ce qui concerne notre participation au Forum, Madame Balahoczky accueille avec intérêt notre réflexion autour du transfert du patient et notre proposition de la partager sous forme orale à l'un des ateliers.

3) Le Professeur Bertschy, Médecin Adjoint Agrégé, nous souhaitons connaître son avis concernant notre problématique. Lors de ce rendez-vous, il a insisté sur le nombre croissant de transferts au sein du domaine de Belle-Idée. Ainsi, le patient est connu par plusieurs unités dont chacune se retrouve détentrice d'un savoir le concernant. Selon lui, il existe peu d'espace permettant de réunir ces compétences et ces savoirs en-dehors du moment privilégié qu'est le transfert. Il a également abordé la notion d'accueil : réserve-t-on le même accueil à un patient déjà connu de la Clinique? C'est-à-dire, prend-on le même temps pour se présenter, faire découvrir les lieux, expliquer le fonctionnement du service à une personne qui vient pour la première fois qu'à celle qui est régulièrement hospitalisée ? Ces nombreuses interrogations ont ouvert notre réflexion et nous nous sommes engagées à les soulever lors de l'élaboration de notre questionnaire destiné aux équipes de soins.

C'est alors que nous nous sommes tournées vers les équipes de soins auprès desquelles nous souhaitons proposer notre questionnaire.

4) Tout d'abord, nous avons rencontré pour le Lison, Monsieur Peyruchaud, Infirmier Responsable d'Unité de Soins des Unités de Psychiatrie du Développement Mental. Il a abordé

les droits du patient notamment concernant les transmissions écrites : celles-ci sont-elles faites en sa présence? Le patient est-il informé de ce qui est noté à son propos ? A-t-il donné son accord pour que ces informations soient consignées par écrit? Il suggère de faire davantage participer le patient afin qu'il soit acteur de ce moment charnière de sa prise en soins.

5) Concernant cette même unité du Lison, il nous a semblé important de contacter la Doctoresse Galli-Carminati, Médecin Responsable des Unités de Psychiatrie du Développement Mental. Lors de notre entretien, la Doctoresse Galli-Carminati a souhaité s'assurer que les droits du patient seraient respectés. Elle a également inclus un regard éthique à notre réflexion. Elle a également souligné l'importance de la continuité des soins du lieu de vie aux unités de soins et inversement. C'est ainsi que peut se créer un espace suffisamment sécurisant pour le patient. De plus, elle nous a fait partager son expérience concernant le travail de recherche en général et nous a indiqué divers professionnels pouvant nous accompagner dans l'élaboration du questionnaire et dans le traitement des données.

6) Enfin, nous nous sommes entretenues avec Madame Dunoyer, Infirmière Responsable de l'Unité de Soins des Sillons 1. Elle a témoigné du quotidien d'une équipe soignante dans une unité d'admission en évoquant les divers sentiments des patients et des professionnels. Selon son expérience, la notion d'urgence à l'accueil peut parfois engendrer du stress qui interfère dans la relation soignant-soigné. De plus, puisque les mouvements de sortie sont rarement anticipés, il arrive que les patients quittent l'unité alors que leur référent infirmier est absent, ils ne peuvent donc clore la relation.

Toutes nos rencontres ont été riches en échanges Elles ont soulevé de nombreuses questions qui apportent le même désir de partages généreux des savoirs avec une critique ouverte et des propositions constructives. Ces personnes ressources nous ont confortées dans le sentiment que notre problématique est partagée et vécue dans nos pratiques quotidiennes, quelque soit notre fonction. Chacun s'est rendu disponible et a montré de l'intérêt à notre réflexion. Par leurs différents regards et leurs diverses réflexions, ils nous ont permis de mieux appréhender notre revue de la littérature.

B - REVUE DE LA LITTÉRATURE

Lors de l'élaboration de ce travail écrit, nous avons été surprises de trouver peu d'ouvrages abordant le thème du transfert des personnes soignées en intra-hospitalier, encore moins concernant les patients souffrant de troubles psychiques. Nous avons donc choisi d'approcher le sujet en nous appuyant sur les auteurs qui abordent l'accueil, les outils de transmission et la fin de relation. A cela, s'ajouteront d'autres thèmes comme la notion d'attachement, la continuité des soins et les modes de transmission.

1 Quelques chiffres

Tout d'abord, il nous est apparu essentiel de connaître l'évolution du nombre d'hospitalisations au sein du site de Belle-Idée.

Pour cela, nous nous sommes référées à Busino-Salzman⁵(1997). Ainsi, elle nous apprend qu'en 1970, 1 927 entrées ont été comptabilisées dans la Clinique. En 1981, elles étaient de 1 687. En 1990, elles s'élevaient à 1 923. En 1996 elles étaient à 2 967.

Plus récemment, le Docteur Rey-Bellet ⁶ (2008), annonçait que Belle-Idée avait accueilli 2 313 patients en 2006 et 2 155 en 2007. Nous observons que ces chiffres poursuivent leur progression depuis les années 70 même si le nombre d'hospitalisations semble se stabiliser ces dernières années. Parmi les hospitalisations recensées, on dénombre respectivement 635 patients présentant un premier épisode de soins en 2006 et 598 en 2007. Grâce à ces chiffres, nous réaffirmons les propos du Professeur Bertschy car en 2007, plus de 1 500 hospitalisations concernaient des patients déjà connus des unités de soins.

⁵ Thèse de Doctorat à la Faculté de Médecine.

⁶ Médecin Adjoint Responsable de Secteur.

Ces chiffres nous semblent intéressants à exploiter puisqu'ils démontrent l'importance des mouvements au sein de la Clinique.

En effet, si les nouvelles hospitalisations sont essentiellement accueillies par les unités d'admission, elles engendrent aussi de nombreux mouvements comme le transfert, que ce soit au sein du domaine comme en extrahospitalier médicalisé ou non.

2 L'accueil

En premier lieu, nous souhaitons citer Bittolo⁷ (2001), qui évoque les enjeux individuels et institutionnels liés à l'hospitalisation. Il considère que celle-ci est un moment déterminant dans le rétablissement du patient et dans la poursuite des soins. Ainsi, il lui semble que la prise en charge hospitalière en psychiatrie est abordée dans une perspective individuelle et groupale. Selon lui,

(...) l'évolution couramment favorable des troubles du patient a pour corollaire l'instauration de liens étroits de dépendance à l'institution. La dépendance est étudiée à partir des divers aspects psychiques de l'accueil hospitalier. L'ensemble des conditions nécessaires à la construction d'un espace de soins est concomitant à la restauration d'un espace de soi. Pour chaque patient, le processus d'évolution psychique, qui accompagne les effets du traitement médical, est sous-tendu par l'illusion d'un accueil inconditionnel et sans fin, correspondant aux effets d'une appropriation du cadre institutionnel. Les obstacles à ce processus sont abordés à

⁷ Psychologue clinicien et analyste de groupe.

travers la fonction des fantasmes de groupe et les différents mouvements psychiques qui traversent l'institution. (Bittolo, 2001, page web)

Ainsi, durant cette première partie de l'hospitalisation, le patient et le soignant vont être amenés à créer des liens. Ceci nous conduit à la question : **Qu'est-ce que l'accueil et comment accueillir le patient ?**

Jamet et Depré⁸ (1997) ont rédigé un ouvrage abordant directement l'accueil en psychiatrie et sa spécificité. Selon eux, la publication de ce livre a été une nécessité pour lutter contre le manque d'informations concernant les particularités de l'accueil notamment lorsque ces infirmiers recevaient en stage des étudiants.

Ce livre apporte un regard professionnel qui aborde particulièrement la psychiatrie. Le rappel historique sur la maladie mentale et ce qu'elle peut véhiculer comme représentations permet de mieux se resituer dans l'ici et maintenant car la psychiatrie a un héritage lourd. Pourtant de nos jours, la vie n'a de cesse de confronter les personnes à leurs limites. Ainsi, les auteurs nous expliquent que la folie n'est plus l'apanage de quelques-uns mais qu'elle peut toucher et même «s'abattre» sur chacun de nous.

⁸ Infirmiers en secteur psychiatrique.

Monsieur Jamet s'est proposé de nous envoyer une copie de ce dernier et s'est dit très intéressé de recevoir une copie de notre travail projet qualité des soins.

Champault⁹ et Sordelet¹⁰ (1996) relèvent que lors de son admission, le patient entre dans un monde nouveau. L'accueil commence par la présentation des lieux et du fonctionnement du service. Ce moment privilégié permet de répondre aux diverses questions du patient et de sa famille. Et pourtant, ils soulignent que l'accueil va bien au-delà de cette «visite» puisque cette première rencontre va conditionner la suite de l'hospitalisation.

En effet, dans notre pratique quotidienne, la présentation de l'unité est l'une de nos principales attentions car elle permet une prise de contact sécurisante avec le patient.

Dès lors, accueillir ne se résume pas uniquement à une visite «protocoolée». Nous nous sommes donc intéressées à rechercher ce qu'il se vit pour le patient comme pour le soignant lors de cette première rencontre.

Hourton¹¹ (2001) explique qu'accueillir c'est avant tout reconnaître. Reconnaître la personne, sa demande. « Accueillir, c'est accepter de se déranger pour ouvrir une porte c'est laisser une place à l'autre, le prendre en compte bien plus que le comprendre ». L'accueil est avant tout un moment de rencontre entre deux personnes. Il pointe l'importance du savoir-être du soignant.

Accueillir c'est aussi créer un espace sécurisant.

⁹ Chirurgien des Hôpitaux de Paris.

¹⁰ Cadre Supérieur Infirmier.

¹¹ Infirmier Responsable de l'Unité d'Investigation de Traitement Bref (UITB), HUG, Genève.

En effet, comme le soulignent Jamet et Depré (1998), lorsque le patient arrive à l'hôpital, il est nourri par ses craintes, ses fantasmes. La maladie est synonyme d'inconnu, de doute, voire même de mort.

Leurs mots sont lourds de sens et nous montrent à quel point l'entrée à l'hôpital peut être source d'anxiété pour le patient.

Et pourtant, c'est dans ce contexte que le patient et le soignant vont se rencontrer, se découvrir, se connaître pour évoluer ensemble.

Nous poursuivons notre recherche afin de tenter de mieux comprendre ce qui se vit et se ranime au cœur de la relation de soin.

Pour cela, nous apportons quelques éléments concernant les ressentis des professionnels et des personnes soignées. Nous abordons par la suite la notion d'attachement car on ne peut évoquer la séparation sans prendre en compte la relation qu'il s'est créée.

3 La relation de soins

a) L'évolution

Simmons¹² (1975) fait le parallèle entre le vécu du soignant et celui du patient car «La première rencontre entre l'infirmière et le client suscite de l'anxiété chez ces deux participants» (p. 3).

Néanmoins, au fil de la relation, cette appréhension va laisser place à divers sentiments chez le soignant. Ceux-ci peuvent être présents simultanément et certains totalement absents mais il nous semble important de les développer ici.

Si l'on veut parler de la relation soignant-soigné et de la relation d'aide, certains repères sont indispensables à une meilleure lecture des comportements des uns et des autres, quels qu'ils soient. Massebeuf et Manoukian¹³ (2001) font le constat qu'au sein de la relation, «Le vécu psychologique du soignant est d'une richesse et d'une variété qui font l'intérêt de son travail et sa difficulté au quotidien» (p.42). Ils décrivent ainsi tout un panel de sentiments dont nous nous sommes inspirées à l'élaboration de notre questionnaire.

Ils nomment un possible «sentiment de supériorité», fondé sur l'action auprès du malade. Selon eux, le port de la blouse marque une fonction valorisée, un savoir paramédical, une autorité professionnelle de part son rôle de soignant et par l'exercice de gestes techniques. C'est ce qui confère au soignant la confiance en lui indispensable. Cependant, une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs

¹² Infirmière canadienne.

¹³ Psychologues et formateurs en milieu hospitalier.

de lui-même rechercher. Tendre à une meilleure autonomie deviendrait par conséquent plus difficile.

Ils évoquent «le sentiment d'impuissance», en lien avec certaines pathologies incurables, non évolutives ou mortelles. Il peut s'accompagner d'un sentiment d'infériorité à ne pas savoir suffisamment ; à ne pas comprendre ou à ne pas pouvoir réagir comme on le voudrait. Il s'accompagne éventuellement d'émotions comme la tristesse et la colère. Ce sentiment peut produire un sentiment de lassitude ou, au contraire, d'hyperactivité.

Ils font appel au «sentiment de responsabilité», indispensable dans un travail de soins mais qui peut dépasser ce cadre quand son implication personnelle va plus loin que demande sa conscience professionnelle. Même si les règles institutionnelles cherchent à prévenir cela, comment ne rien ressentir ? Ne rien éprouver ? Peut-on éviter les émotions ? Sont-elles maîtrisables ? Est-ce vraiment souhaitable ? Ce sentiment peut s'accompagner de sympathie, d'inquiétude, de peur mais aussi de tristesse et de colère.

«Le sentiment de découragement» peut aussi être ressenti par le soignant et peut aller jusqu'au burn-out. Ce sentiment renvoie à la notion de stress. Sont en cause les situations dramatiques, la surcharge du travail, l'absence de gratification, le sentiment d'inutilité. Ce sentiment s'accompagne d'émotions comme la lassitude, l'épuisement, le stress, la peur.

Cependant, il existe «le sentiment de satisfaction», lié à diverses gratifications en lien avec les patients, l'équipe, aux succès thérapeutiques. Celui-ci s'accompagne fréquemment de joie, d'apaisement, de dynamisme, de curiosité, de générosité, de chaleur et de sympathie.

b) L'attachement

Longagna cite (communication de cours) que Bowlby¹⁴ et Ainsworth¹⁵ ont mis en exergue différents types de relations chez l'enfant et ont ainsi développé la Théorie de l'Attachement. Selon eux, l'attachement est un besoin primaire de l'être humain. Le lien créé à la figure maternelle sert de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. Dès sa petite enfance, il développe un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude de la figure maternelle à son égard. Ce lien en étant intériorisé, servira par la suite de modèle à toutes les relations intimes et sociales de l'individu.

C'est au travers de l'expérience appelée «Strange situation» qu'ils ont pu décrire différents types d'attachement. Plusieurs enfants âgés de 12 mois et leur mère ont donc été mis en situation. Pour cela, 8 séquences consécutives de 3 minutes vont être proposées. Durant deux d'entre elles, une séparation de quelques minutes est provoquée entre eux deux, parfois en

¹⁴ Psychanalyste et pédopsychiatre.

¹⁵ Elève de J. Bowlby.

présence d'une personne inconnue puis les réactions de l'enfant sont observées au retour de la maman. Ainsi, trois «profils» ont été mis en évidence: Les enfants «sécure» (dans 62% des relations observées), les enfants «anxieux évitant» (pour 14 %) et les enfants «anxieux résistants (pour 9 %)».

Main¹⁶ a repris cette théorie avec l'entretien d'attachement adulte. Elle distingue : L'état d'esprit autonome, l'état d'esprit détaché, l'état d'esprit préoccupé et l'état d'esprit désorganisé. Elle apporte des similitudes et complexifie la théorie en faisant des liens entre le type d'attachement de l'enfant et son évolution à l'âge adulte. Même si une continuité est présente dans la majorité des cas, elle souligne que rien n'est figé. Ainsi, en fonction de l'histoire de vie de chacun, la personne pourra passer d'un schéma à l'autre.

¹⁶ Elève de M. Ainsworth.

Cette approche nous semble particulièrement intéressante et applicable aux situations que nous rencontrons dans les soins. Durant l'hospitalisation, un lien s'établit entre le patient et le soignant. Nous sommes souvent témoins de diverses réactions lorsque le moment de la fin de relation se précise :

- Dans la plupart des cas, les personnes ont des bases suffisamment sécurisantes pour permettre une séparation « en douceur ». Cette dernière est intégrée et surmontée.
- D'autres se détournent des soignants et donnent l'impression d'une indépendance désaffectée. Ainsi, en essayant de fuir la proximité, ils désirent se protéger d'une séparation qui pourrait être vécue comme un abandon.
- Les derniers, anxieux de l'imminence de la séparation font de nombreuses demandes qui peuvent laisser penser que le patient cherche à obtenir de l'attention. Ainsi, aux travers de ces sollicitations, ils essaient de prolonger la relation afin de repousser le moment de se quitter.

Dans les deux derniers cas de figure, il est d'autant plus important de travailler la séparation. En permettant au patient de mettre en mots ses appréhensions et ses ressentis, l'infirmière propose un cadre sécurisant à la séparation. Elle lui autorise l'expérimentation d'une relation «sécurée».

Il nous faut à présent parler de la fin de relation qu'il est important d'aborder dès le jour de l'entrée, voire avant l'admission en dehors du cadre de l'hospitalisation en urgence. La durée du séjour doit être anticipée dès la pré-admission et les éventuels obstacles à la sortie identifiés précocement.

4 La fin de relation

Peplau¹⁷ (1995) a décrit la relation soignant-soigné en quatre phases :

- «l'orientation» où le patient identifie son problème de santé et les personnes ressources,
- «l'identification» où il reconnaît l'infirmière comme étant la personne la plus à même de diminuer l'insécurité liée à sa maladie,
- «l'exploitation» où il passe à une étape de pleine utilisation des moyens qui lui sont proposés et
- «la résolution» où il restaure ses capacités d'autonomie.

Elle insiste sur le fait que ces phases sont inter-reliées et qu'elles se chevauchent. Ainsi, la fin de relation est anticipée bien avant qu'elle ne soit effective. Pour elle, la séparation est envisagée dès la phase d'orientation. Ceci est d'autant plus important que le moment de séparation peut réactiver un sentiment d'abandon.

¹⁷ Infirmière et Docteur en Education.

Vingt ans plus tard, Simmons¹⁸ (1975) affine cette réflexion.

Elle amène ici une notion nouvelle «le sentiment de perte mutuelle» (p. 175) : l'infirmière n'est pas spectatrice de la séparation. Elle la vit au même titre que le patient et peut, elle aussi, rencontrer des difficultés. Ce moment doit donc être travaillé ensemble.

Elle introduit également l'idée de répétition : «L'imminence de la séparation réactivera les sentiments de deuils vécus dans d'autres circonstances » (p. 175). Tout au long de leur vie, le patient comme le soignant ont été confrontés à des séparations. Chacun en aura une expérience propre qui influera sur la fin de relation et qui se rejouera dans l'ici et maintenant.

Malgré ce travail en amont grâce à l'attention portée à ces concepts, la séparation peut se faire dans un climat difficile d'agitation et de tension. Ainsi, l'équipe qui transfère peut observer une résurgence de l'agitation et l'équipe qui reçoit peut voir arriver un patient présentant des signes de crise.

A ce propos, De Coulon¹⁹ (1994) a plus récemment proposé une réflexion sur les phases de l'intervention de crise. Il explique qu'au moment où la séparation intervient, le patient peut ne pas se sentir prêt à progresser seul, il se met alors à douter de l'atteinte de ses objectifs et du soutien de l'équipe. Ainsi, la fin de relation peut réactualiser la symptomatologie malgré nos efforts pour créer un espace de séparation sécurisant.

¹⁸ Infirmière canadienne

¹⁹ Psychiatre et psychanalyste.

Nous avons été interpellées par le vocabulaire choisi par ces différents auteurs. Nous avons relevé des termes tels que «sentiment de perte mutuelle», «sentiments de deuils» ou encore «abandonné» soulignés par chacun d'eux.

Il est intéressant de noter la complémentarité et la richesse de leurs différents points de vue. En effet, les deux premières auteures sont infirmières. Elles basent leur réflexion sur la personne soignée et sur l'analyse des ressentis de la fin de relation. Alors que le médecin se centre sur la pathologie et la réémergence de la symptomatologie.

Après nous être intéressées à l'accueil jusqu'à la fin de relation, notre réflexion se prolonge vers la continuité des soins, préoccupation importante tant pour la personne soignée que pour tout professionnel de santé.

5 Transfert et continuité des soins

a) Rapport et recommandations de la Haute Autorité de Santé française

Soutenue par le Ministère Français de la Santé et la Haute Autorité de Santé (2003), l'Inserm a mis en place le projet de recherche COMPAQH²⁰. Celui-ci a pour objectif de développer des indicateurs de qualité des soins pour les établissements de santé français et d'établir des modes d'utilisations efficaces de ces indicateurs.

Il définit trois types de continuité : la continuité informationnelle, **la continuité relationnelle** et la continuité du plan d'intervention.

Il nous semble important de souligner le terme de continuité relationnelle. Elle est reconnue par une autorité de soins comme étant un critère de qualité à part entière, au même titre que la tenue du dossier et que la démarche infirmière.

Le transfert est un acte de soin à part entière, décidé sur prescription médicale, impliquant les équipes soignantes, sociales et administratives. Il est souvent générateur d'anxiété pour le patient. C'est un processus complexe, qui risque de générer des dysfonctionnements tels que perte d'information, manque de coordination entre les intervenants, désorganisation du service d'accueil, transmission d'infections nosocomiales... Lorsque le patient est transféré au sein d'un même établissement, l'utilisation d'un dossier commun permet d'optimiser la transmission des informations. La Haute Autorité de Santé nous informe de l'existence d'une

²⁰ Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière.

démarche qualité qui vise à améliorer la transmission de l'information et les conditions du transfert.

Elle préconise une information efficiente. Celle-ci doit :

- être honnête, synthétique, concertée, personnalisée, sécurisée dans un but de confidentialité, écrite et fiable, complétée d'un contact oral.
- éclairer le patient et son entourage sur les buts du transfert, les caractéristiques du service d'accueil, l'aspect financier de la prise en charge.
- renseigner l'établissement d'accueil sur les aspects médicaux, paramédicaux, sociaux de la prise en charge du patient et sur les objectifs du transfert ;
- procurer à l'établissement d'origine des renseignements sur l'organisation du service qui accueillera le patient et les prestations proposées.

Par ce rapport, nous mesurons l'implication de tous les acteurs de santé concernés (médecins, infirmières, assistantes sociales, physiothérapeutes, médecin traitant, services de soins à domicile, éducateurs...).

Ces recommandations soulignent l'importance de la collaboration entre unités, établissements et partenaires de soins. Elles rappellent également l'impact du lien entre le soignant et le patient. Ainsi, le transfert préparé ne pourrait-il pas être intégré au projet de soins ? Peut-on imaginer qu'il puisse être anticipé et discuté avec le patient et sa famille dès que cela est possible ?

Le manque de coordination entre les différents services et disciplines au sein de l'établissement peut être un obstacle à une préparation efficace de la sortie. La clé de cette communication n'est-elle pas de sensibiliser chaque professionnel à l'importance d'une planification ?

Peut-on l'imaginer dans un contexte de rotation rapide des patients comme cela peut se faire dans une unité d'admission ? Les soignants bénéficient-ils d'une organisation efficace dans la prise en soins des patients ? L'amélioration de la planification passe-t-elle par un changement des mentalités dans les services de court séjour ? Permet-elle d'envisager tous les facteurs relatifs au bien-être du patient et non plus seulement à sa maladie ? L'utilisation de documents écrits permet-elle de planifier la sortie ?

Par ailleurs, patients et entourage estiment que l'impression de précipitation, de bousculade, donnée par le moment de la sortie, qui intervient parfois après une longue attente des ordonnances ou du moyen de transport, contribue à majorer l'anxiété générée par cet événement. De part notre expérience, nous savons que les patients et leurs familles souhaitent davantage d'informations et une meilleure communication avec l'équipe soignante à ce moment précis de leur hospitalisation. L'information reçue peut leur paraître souvent insuffisante, peu claire, dispensée trop tardivement et à la hâte. Souvent, ils n'osent pas

interroger les soignants, ou faire répéter les consignes, et préfèrent avoir un référent au sein de l'équipe, qui soit leur interlocuteur privilégié.

Nous savons aussi que la continuité de l'information médicale passe par le compte rendu d'hospitalisation ou la lettre de sortie. Cette transmission d'informations à l'usage des partenaires extrahospitaliers, ou des personnels d'autres établissements dans le cas des transferts, conditionne la continuité des soins et la qualité de la prise en charge du patient après la sortie. Le compte rendu d'hospitalisation constitue un élément essentiel du dossier médical. A lui seul, il regroupe les principales informations recueillies durant l'hospitalisation, la thérapeutique proposée et les éléments du suivi médical ultérieur. Nous souhaitons mettre en avant qu'il constitue, de ce fait, un important support de communication entre médecins et équipes soignantes.

Lorsque le patient est transféré, afin de travailler dans la continuité des soins, le soignant transmet à l'équipe accueillante un certain nombre d'informations. Celles-ci peuvent l'être soit de manière écrite soit de manière orale.

b) La transmission écrite dans les soins

Afin d'aborder l'écriture infirmière, nous nous sommes inspirées du mémoire de fin d'études de Ludwig²¹ (2006). L'auteur mène sa réflexion autour de trois notions : la responsabilité, le fait d'écrire, de transmettre, de se dévoiler et la résistance infirmière à l'écriture. Son travail «consiste à comprendre comment le personnel infirmier perçoit l'utilisation de l'écriture au travers de la rédaction des transmissions écrites et, plus spécifiquement, des observations infirmières.» (p. 34).

Ce mémoire soulève un débat et différentes questions :

Quelle place y a-t-il pour la personne soignée dans l'écriture infirmière ? Quelle place pour l'infirmière elle-même au-delà du respect des normes ?

L'écriture factuelle s'inscrit en opposition au besoin de cohérence professionnelle qui fait que l'infirmière se doit d'écrire pour comprendre la situation et situer son implication. L'écriture donne à voir le positionnement professionnel. Au travers de son écriture, l'infirmière est la représentante de la personne soignée. Il y a bien une difficulté à exprimer l'humanité.

Bokobza²² (2006) approfondi la réflexion de la transmission. Elle permet aussi un héritage de ce qui a été fait, elle symbolise l'histoire du patient. Il la décrit comme un acte, celui de transmettre, comme on transmet la vie, un nom, un héritage. Selon lui, la psychiatrie est d'autant plus confrontée à ces enjeux, que le malade mental pose toujours dans sa souffrance la question des origines, de la filiation ou de l'identité donc de la transmission.

²¹ Etudiante infirmière HES La Source.

²² Psychiatre et ancien Président de la Fédération Française de Psychiatrie.

Ici, un questionnement se soulève : Peut-on tout écrire ?

Au sein de notre exercice professionnel, nous rencontrons des patients aux antécédents de comportement hétéro agressif. Et pourtant, nous constatons que ces informations sont données à l'oral car il est difficile de les transmettre par écrit. Ainsi, les mots peuvent être modulés pour ne pas stigmatiser le patient.

Lorsque les mots «violent», «dangereux» apparaissent dans un dossier, nous devenons méfiants à son égard. L'agressivité s'inscrit dans son histoire au même titre que son nom ou que son parcours de vie.

La transmission orale intervient comme complément du support écrit. Elle permet la création d'un échange autour de l'information.

c) La transmission orale lors des soins

Manoukian²³ (2001) reconnaît l'importance de la transmission écrite mais il pointe particulièrement cette complémentarité avec la transmission orale. « Les temps de rencontre entre collègues doivent autoriser la discussion sur ces transmissions. Les transmissions orales, par la confrontation directe avec ses collègues, engagent à approfondir, si on le souhaite, non seulement les faits en question mais aussi sa propre attitude de soignant. L'équipe alors, en évitant de juger, peut réfléchir à un sens et une action possible» (p. 31).

Au-delà de sa fonction même de continuité des soins, la transmission orale permet de créer un espace propice aux échanges. Les équipes réfléchissent ensemble autour de la problématique du patient. Cette pratique réflexive resitue la personne au centre de la prise en soins. Au cours des échanges, les soignants peuvent proposer des pistes de réflexion et orienter la suite de l'hospitalisation.

C'est certainement en psychiatrie que cette complexité est la plus grande. L'infirmier n'est pas uniquement en position d'observateur, sa subjectivité est mise à contribution et est elle-même un outil diagnostic, voire un outil de soin.

La transmission orale met en sens la prise en soins en assurant d'une part, la continuité et d'autre part, en réadaptant les soins proposés aux possibilités du service accueillant.

d) L'informatisation du dossier patient : quel devenir pour la transmission ?

²³ Psychologue et formateur en milieu hospitalier.

Il nous semble important d'aborder le devenir de la feuille de transfert et sa possible évolution. Madame Vaucher évoque une éventuelle informatisation de la feuille de transfert.

A ce propos, Palmier²⁴ et Ribal²⁵ (2007) exposent leur expérience concernant l'informatisation du dossier patient et l'accessibilité des informations au réseau. Elles évoquent avant tout un coût élevé après une année d'essai d'utilisation. Selon elles, ceci peut constituer un frein dans des domaines de la médecine considérés comme moins «porteurs». Elles abordent également le fait que «Si ses applications ont un avenir prometteur, encore faudra-t-il que les professionnels de la santé aient confiance dans ces nouveaux outils de travail et aient envie de se les approprier car ils modifient nécessairement les comportements individuels et collectifs» (p. 46).

²⁴ Infirmière au CHU de Montpellier.

²⁵ Infirmière libérale.

C. Synthèse

L'accueil est un moment d'échange où le soignant et le patient vont apprendre à se connaître, à se reconnaître et à évoluer ensemble. Pourtant, nombreuses sont les craintes présentes lors de la première rencontre. Tout au long de leur partenariat, les ressentis évoluent et un lien se crée. Au travers de nos échanges avec les professionnels, nous les interrogerons sur leurs représentations de ce moment. Nous explorerons également leurs attentes et leurs besoins afin d'optimiser cet accueil.

La fin de relation peut s'anticiper et se travailler pour que chacun se sépare dans un contexte sécurisant. La réactualisation de la symptomatologie ne doit pas être vécue par le soignant comme un échec mais comme faisant partie d'un processus de séparation.

Si nous nous devons de porter une attention si particulière à la fin de relation c'est parce qu'un lien fort est né de cette collaboration. Nous savons que l'histoire de vie et les séparations antérieures influencent la manière dont chacun vit celle-ci. Nos questions porteront également sur ce moment de séparation. Nous interrogerons les soignants sur les sentiments qui peuvent être présents.

Afin d'assurer une continuité des soins, le soignant effectue des transmissions. Celles-ci sont soit écrites soit orales. A travers ses mots, l'infirmière devient la représentante du patient. Elle préférera parfois donner certaines informations à l'oral pour ne pas stigmatiser la personne soignée. Les mots amènent un échange, un dialogue, une meilleure compréhension. Nous aborderons également ces points dans nos échanges avec les professionnels. Nous les questionnerons sur leurs modes de transmissions privilégiés.

Par la suite, une informatisation de la feuille de transfert est à prévoir. Cet outil présente de nombreux avantages dans la continuité des soins intra et extra hospitaliers. Cependant, le développement de ce dernier reste onéreux. Les infirmiers devront investir ce nouvel instrument car il risque de modifier leur quotidien. Souhaitant être au plus prêt des pratiques, nous ne pensons pas solliciter les infirmiers sur ce point. La feuille de transfert n'étant pas encore informatisée.

La difficulté du travail infirmier se trouve dans l'invisible de tout ce qui se crée autour de la relation aux personnes soignées, dans l'observation des signes cliniques qui traduisent l'évolution de leur maladie et l'amélioration de leur état de santé. C'est pourquoi, pour la suite de ce travail, nous avons fait le choix de nous tourner vers nos collègues soignants afin d'investiguer ces processus vécus par la personne hospitalisée et par eux-mêmes lors d'un transfert.

Le recueil de données

A. Méthodologie

1 Objectifs

Au cours du recueil de données, nous avons investigué divers axes concernant le transfert des patients lors de changement d'unité de soins. Nos souhaits étaient de :

- Obtenir des informations concernant les soignants : les différences selon l'âge, la formation, le parcours, les besoins et/ou les attentes. Cette première partie nous a permis de mettre en lien l'expérience, et la pratique de chacun.

- Aborder le processus de transfert dans deux unités le **Lison** et les **Sillons 1** : nous savons que le service des **Sillons 1** est une Unité d'admission comme le service du **Lison**, cependant le **Lison** est une unité pour le Développement Mental.

Est-ce que les attentes et les besoins sont les mêmes quand l'accueil et la fin de prise en soin sont planifiés que lorsqu'ils se font dans l'urgence ? Les supports utilisés dans ces deux cas de figures sont-ils identiques ? L'information donnée est-elle la même sur un transfert planifié ou pas ?

Dans le même processus, nous avons abordé la feuille de transfert HUG afin de connaître l'avis des soignants sur cet outil. Nous avons interrogé les équipes autour des modes de transmission utilisés lors d'un transfert.

- Questionner le vécu des soignants : leurs sentiments, leurs besoins et leurs difficultés. Nous avons voulu obtenir un reflet du vécu de la personne soignée à travers le regard soignant.

- Recueillir les réflexions, les idées et les suggestions de nos collègues concernant ces thèmes.

[2 Description de la population étudiée](#)

Nous nous adressons aux infirmiers du département de psychiatrie des unités des **Sillons 1** (Unité d'Admission) et du **Lison** (Unité de Psychiatrie du Développement Mental). L'unité des **Sillons 1** comprend 19 infirmiers et le **Lison**, 14 infirmiers.

L'unité des **Sillons 1**, est l'une des quatre unités d'admission située sur le domaine de Belle-Idée. Elle accueille généralement une population domiciliée dans le nord-ouest du canton, sur le secteur de la Servette.

Elle est spécifiquement attachée à un travail d'accueil de situations aiguës et de gestion de la crise. Les patients peuvent être adressés par de nombreux partenaires :

- l'Unité d'Accueil et d'Urgences Psychiatriques (UAUP),
- les psychiatres privés,
- le réseau de soins genevois (Centre de Thérapies Brèves, consultations, programmes transversaux, l'équipe mobile de psychiatrie, l'Unité Psychiatrique Hospitalière Adulte).

L'unité doit souvent s'adapter à des entrées non planifiées. L'anticipation est donc difficile. La durée de séjour est de quelques jours à quelques semaines. Les patients sont ensuite orientés vers une suite de prise en soins ambulatoire ou hospitalière.

L'unité du **Lison**, se situe également sur le domaine de Belle-Idée. Elle fait partie des Unités Psychiatriques du Développement Mental. Ces dernières accueillent spécifiquement des patients souffrant d'un retard mental. Le **Lison** est leur service d'accueil. L'entrée dans cette unité n'est pas en lien avec le lieu de résidence mais avec la pathologie. Bien qu'étant une unité d'admission, la durée de séjour peut varier de quelques semaines à quelques mois en lien avec la population, le travail de consolidation et de réhabilitation.

En matière de transfert, l'unité collabore avec :

- les lieux de vie

Et trois services rattachés aux Unités Psychiatriques du Développement Mental :

- l'équipe mobile (créée en 1998)
- l'hôpital de jour
- la consultation

3 Présentation de l'instrument

Nous avons choisi de proposer un questionnaire²⁶ car l'échantillon de personnes interrogées est plus important.

En effet, il s'agit d'un outil qui collecte en peu de temps, beaucoup d'informations. Il permet de mettre en lien les diverses réponses obtenues : pratiques selon l'ancienneté, la mission de l'unité.

De plus, il offre la possibilité de questions ouvertes, fermées ou semi ouvertes. Les suggestions de chacun enrichissent nos connaissances sur la problématique posée.

Enfin, ce document est anonyme et rempli sur un mode volontaire : il nous a semblé important pour nos collègues de pouvoir leur garantir une certaine confidentialité, d'autant plus que 2 personnes de notre groupe de travail ont exercé dans ces lieux.

²⁶ Annexe n°6

La construction de ce questionnaire s'est faite selon les étapes du transfert : fin de relation, outils de transmission, accueil.

Nous avons mis en lien les parties fin de relation, et accueil avec le vécu soignant, l'anticipation du transfert, le support utilisé. Enfin nous avons laissé certaines questions ouvertes, pour pouvoir élaborer des propositions d'amélioration.

Nous avons organisé une réunion infirmière dans chaque unité afin de présenter notre projet et le questionnaire aux équipes. A la fin de la présentation, nous avons laissé les questionnaires à nos collègues avec nos coordonnées au cas où ils auraient besoin de renseignement.

Lors de ces 2 espaces d'échanges, les soignants ont exprimé leur intérêt autour de cette problématique qui fait partie intégrante de leur quotidien.

B. Les données et leurs analyses

Nous proposons, dans un premier temps, d'aborder :

- a. le taux de participation
- b. le profil des soignants ayant participé.

Nous présenterons les résultats obtenus en trois parties :

La fin de relation où nous étudierons les modalités qui l'entourent, les ressentis des professionnels et le vécu des patients au travers du regard soignant.

L'accueil nous permettra d'amener les informations sur la programmation des entrées, les représentations de ce moment, les ressources des soignants et les difficultés rencontrées.

L'outil de transmission est la partie consacrée à l'état des lieux des divers supports utilisés et privilégiés dans l'urgence. Nous nous attacherons ensuite plus spécifiquement à la feuille de transfert HUG. Nous chercherons à savoir si elle répond aux besoins des soignants et des patients. Puis, nous reprendrons son utilisation, le moment où elle est complétée, par qui et en combien de temps.

Pour chacune de ces parties, nous exposons

- les données obtenues par le retour des questionnaires illustrés par des graphiques et tableaux. (Certains non présents dans le document seront proposés en annexe)
- une analyse de ces données

Enfin, nous ferons une synthèse qui présentera les idées fortes et fera le lien avec la documentation.

Taux de participation :

Nous avons remis un questionnaire aux 33 infirmiers des unités²⁷.

Ils ont été distribués ainsi : 19 donnés aux soignants des **Sillons 1**, et 14 donnés aux soignants du **Lison**. Nous n'avons pas été sollicités par nos collègues pendant cette période pour d'éventuelles précisions.

A la date de restitution²⁸, nous avons en notre possession : 10 questionnaires des soignants des **Sillons 1** et 13 questionnaires des soignants du **Lison**.

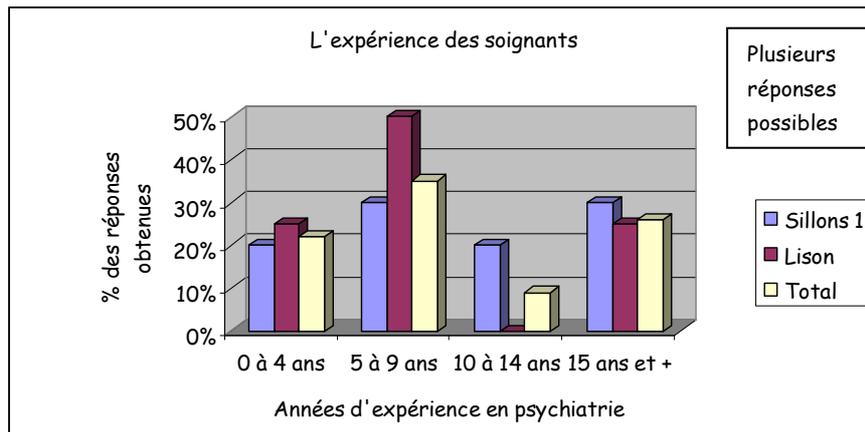
Soit un total de 23 questionnaires remplis sur 33 questionnaires donnés. Ce qui représente un taux de 69.7 %.

Il est à noter que lors des diverses enquêtes effectuées auprès des infirmiers au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève, le taux de participation est de 40% (selon les expertes de la cellule qualité). Nos résultats montrent l'implication et l'engagement des soignants interrogés.

Profil des participants :

²⁷ Cf. calendrier détaillé de la mise en oeuvre du projet p. 9

²⁸ Cf. calendrier détaillé de la mise en oeuvre du projet p. 9

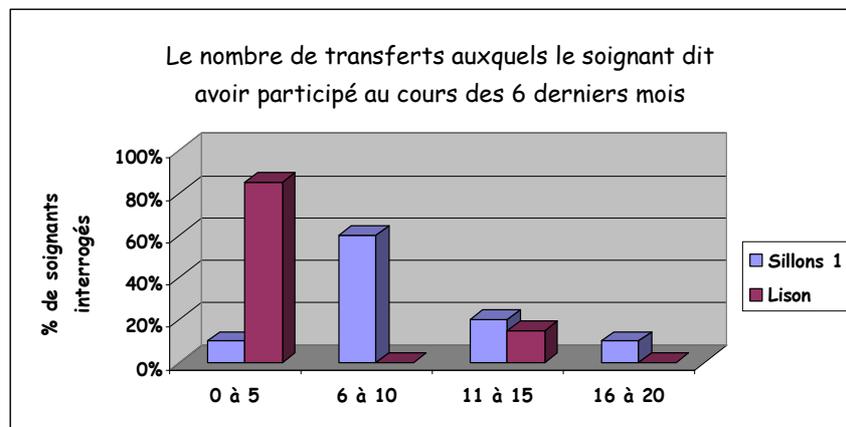


L'expérience dans le domaine de la santé mentale des soignants est presque identique dans les deux unités. Il est à noter que la majorité des soignants a une expérience en psychiatrie de plus de 4 années avec une prévalence de 5 à 9 ans.

1 LA FIN DE RELATION

- **Données :**

- La majorité des soignants estime ne pas avoir participé à plus de 10 transferts de patients en 6 mois. Cependant, les transferts sont plus nombreux aux **Sillons 1** qu'au **Lison**.



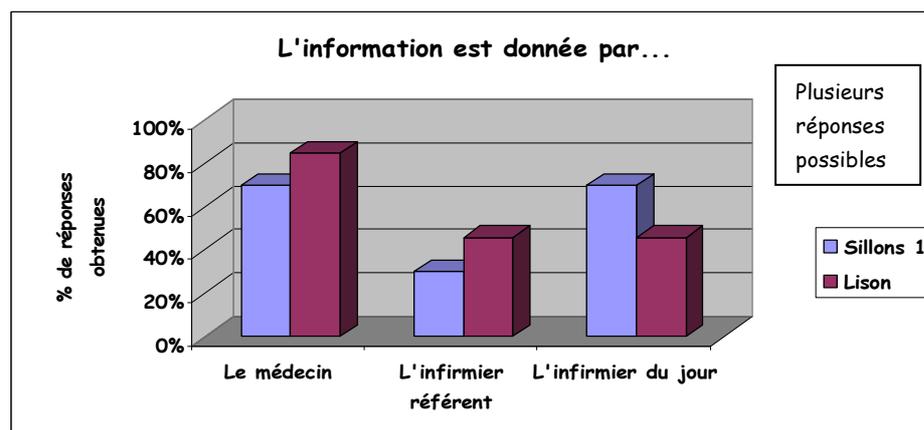
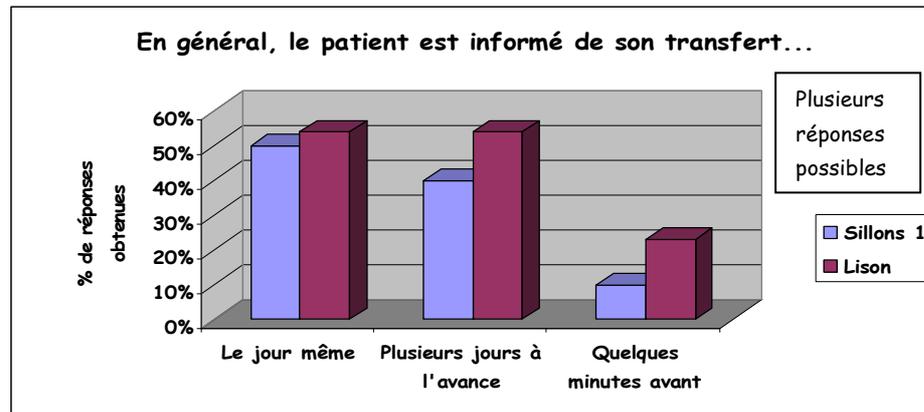
Ces deux unités ont pour point commun le travail d'admission et de crise et pourtant, il existe une différence dans le nombre de transferts estimés :

Deux hypothèses vraisemblables seraient :

Les **Sillons 1** desservent une population plus importante.

La durée d'hospitalisation étant plus longue au **Lison**, les possibilités de transfert sont réduites.

○ Dans nos objectifs, nous voulions savoir si les attentes et les besoins sont les mêmes quand la fin de prise en soin est planifiée ou lorsqu'elle se fait dans l'urgence. Nous nous sommes donc intéressées aux différentes pratiques en lien avec la spécificité de chaque unité.

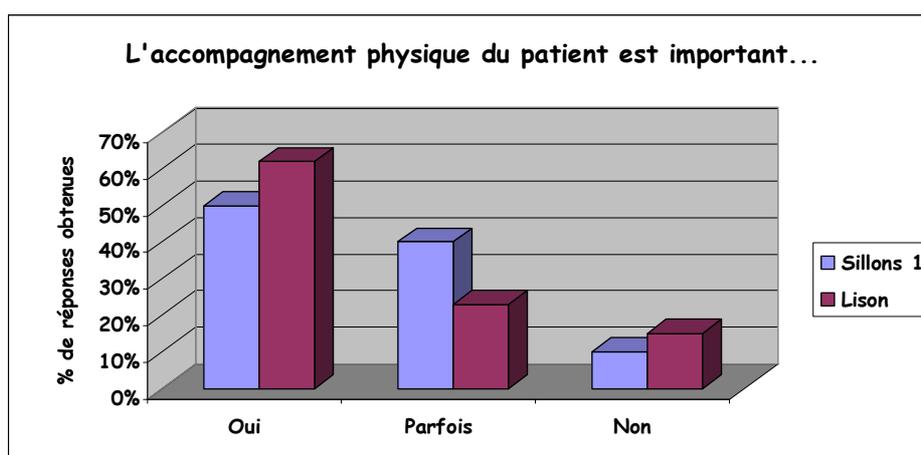


L'ensemble des soignants mentionne des pratiques relativement semblables entre les deux unités. (cf. question n° 1 : De manière générale, dans votre unité ou selon votre expérience, le patient est-il informé de son transfert : Le jour même, plusieurs jours à l'avance, quelques minutes avant ? Et si oui par qui : le médecin, l'infirmier référent, l'infirmier du jour ?)

Nous relevons qu'au **Lison**, il est aussi fréquent qu'aux **Sillons 1**, que le patient soit informé de son départ le jour du transfert, que plusieurs jours à l'avance (54 % dans les deux cas). 3 soignants sur les 11 ayant répondu à la question ont coché les deux items.

Cependant, il y a une différence dans les possibilités proposées pour dire « au revoir ». Au **Lison**, les patients ont la possibilité d'organiser « une fête » pour leur départ tandis qu'aux **Sillons 1**, il n'y a pas de moyen formel proposé. Aucun soignant n'a évoqué la possibilité d'annoncer le départ lors d'un groupe pavillonnaire. (cf. question n° 2 : *Quelles sont les possibilités qui lui sont proposées pour dire «au revoir» ?*)

- Une majorité de soignants estime important d'accompagner physiquement le patient. (Cf. question n° 6 : *Vous semble-t-il important d'accompagner physiquement un patient lors de son transfert ?*)



○ Dans nos objectifs de départ, il était question de connaître les ressentis des soignants dans cette étape du transfert, leurs attentes et leurs besoins lors de transferts programmés ou en urgence.

Question n° 3 : Qu'évoque pour vous la fin de la prise en soin ? (Question ouverte)

Plus de la moitié des soignants ont répondu que la fin de la relation a une connotation positive. En effet, sur 20 réponses à cette question, 11 personnes (réparties équitablement entre les 2 unités) mentionnent les notions :

- d'étape franchie avec l'idée que d'autres professionnels vont prendre le relais (3 soignants),
- d'atteinte des objectifs (3 soignants),
- de continuité des soins (2 soignants),
- «une stabilisation de l'état... »,
- «une réalisation concrète d'une prise en soins »,
- une satisfaction et un sentiment de travail accompli.

Cela peut varier selon 4 personnes (3 au **Lison** et 1 aux **Sillons 1**) en fonction :

- du contexte « ...un échec ou un bon départ».
- de l'investissement «investissement différent si référent...» et de ce que renvoie le patient.

2 personnes (une dans chaque unité) mentionnent que la fin d'une prise en soin laisse place à «une nouvelle admission», «l'arrivée d'un autre patient et une nouvelle prise en charge»

3 personnes aux **Sillons 1** mettent en avant la difficulté de terminer la prise en soins dans de bonnes conditions. Elles évoquent «... une impossibilité de terminer de manière formelle...», «...l'indécision du transfert est gênante...», l'impression de «lâcher le patient...» quand le transfert ou la sortie ne sont pas préparés.

Question n° 5: *Lorsqu'un patient est transféré, vous ressentez : soulagement, énervement, plaisir, tristesse, déception, sentiment de travail accompli ou inachevé ?*²⁹

Nous pouvons tout d'abord relever que l'ensemble des soignants a répondu à cette question ouverte. Nous constatons une certaine homogénéité dans les réponses (excepté le sentiment de tristesse).

- Le sentiment de travail accompli est le sentiment décrit comme prioritaire. (21 réponses) Nous avons croisé les réponses qui le validaient avec celles qui relevaient le sentiment de travail inachevé.

²⁹ Annexe n°7

Sur les 9 personnes qui répondent «souvent» pour le sentiment de travail accompli, 8 répondent «parfois» au sentiment de travail inachevé.

Dans les 11 personnes qui répondent «parfois» au sentiment de travail accompli, 9 répondent «parfois» ou «souvent » au sentiment de travail inachevé.

- Le sentiment de tristesse est peu ou pas reconnu.

Cependant, parmi les 8 soignants qui ressentent de la tristesse et le valident par «parfois», nous avons croisé les données et nous retrouvons les 2 soignants qui répondaient également par «souvent» à l'item du travail inachevé.

- En ce qui concerne le sentiment de soulagement, la majorité des soignants et la totalité de l'équipe des **Sillons 1** répondent «parfois».

- Pour le sentiment d'énervement, les réponses se partagent équitablement entre «parfois» (10) et «jamais» (11) avec une plus grande proportion de «jamais» aux **Sillons 1**. L'un des soignants qui a choisi la réponse « parfois » explique en commentaire ressenti : «*un sentiment d'incompréhension à la sortie d'un patient non stabilisé*», sans plus de précision.

- La déception est un sentiment «jamais» présent pour 17 soignants. Un des soignants l'ayant retenu note en commentaire : «*Sentiment d'échec, parfois. Idéaliste, j'ai du mal à considérer que tout a été fait de la meilleure façon qu'il soit.* »

- La notion de plaisir est «parfois» présente pour 15 soignants. Le «jamais» a été retenu par 6 soignants, avec une plus forte proportion aux **Sillons 1**.

La Question n° 7 (*Qu'est-ce que, selon vous, un départ difficile ?*) précise les circonstances des sentiments éprouvés. (Question ouverte)

Sur 20 réponses (10 aux **Sillons 1** et 10 au **Lison**) :

- 10 évoquent la non prise en compte du patient dans cette décision (7 aux **Sillons** et 3 au **Lison**) : «ne correspond pas aux attentes du patient», «le transfert est imposé au patient», «le patient n'adhère pas au transfert».
- 10 évoquent un manque de préparation au départ (4 aux **Sillons** et 6 au **Lison**) : «départ précipité», «le départ n'a pas été préparé», «il n'a pas eu le temps de se faire à cette idée», «fait à la va-vite».
- 3 évoquent une fin de relation qui dépasse le corps soignant : «punition d'un manquement par le patient», «suite à une hospitalisation mal menée ou mal définie», «sortie prématurée faute de place ou CSP».
- 2 évoquent un manque de lien avec le futur lieu d'accueil : «pas d'information donnée», « lieu de vie pas prêt à accepter un patient».

La Question n° 28 (*Auriez-vous autre chose à ajouter concernant ces thèmes ?*)

permet de faire un commentaire libre sur l'ensemble du questionnaire, un soignant souligne que «les fins de relations sont de plus en plus difficiles car souvent, seuls les symptômes sont traités mais non les causes ; ce qui présage d'un prochain séjour».

○ Dans nos objectifs de départ il était question de recueillir le vécu des patients à travers le regard soignant. (*Question n° 4 : Selon vos observations, qu'évoque pour le patient cette fin de relation ?*)

A cette question ouverte, plus de la moitié des soignants répondent par des sentiments agréables pour le patient.

Sur les 21 réponses transmises de manière équivalente pour les deux unités : 10 soignants évoquent des sentiments tels que : joie, évaluation positive, amélioration, prise

en soin plus précise, avancée positive et étape nécessaire, 5 soignants transmettent des sentiments tels que : non respect des droits, stress, abandon, crainte de la sortie, incompréhension et déstabilisation, 6 soignants expriment à la fois les deux catégories de sentiments précités. La fin est «...douloureuse mais source d'espoir».

Aux **Sillons 1**, 8 réponses transmettent des sentiments désagréables, et parmi elles, 5 évoquent «l'abandon» ressenti par le patient.

Au **Lison**, les soignants n'utilisent pas le terme d'abandon. Parmi les 4 réponses, 2 parlent de «rupture».

Il faut cependant noter que dans 5 des réponses, il est question de l'éthique de la profession soignante dans cette fin de relation : «le non respect de ses droits», «...quelque chose de non achevé», «...n'a pas pu se préparer», «...débarras pour l'équipe», «...si les mots ne viennent pas rassurer le patient».

- **Analyse :**

- Pratiques à la sortie du patient :

En ce qui concerne les **Sillons 1**, le patient est informé de son transfert le plus souvent le jour même. L'information est généralement donnée par le médecin et l'infirmier répondant du jour. Ceci peut s'expliquer par la mission d'accueil de cette unité. Les mouvements étant régulés par les besoins d'hospitalisation, les transferts ne peuvent pas être toujours anticipés. Le patient a peu de temps pour se préparer psychologiquement.

Les pratiques peuvent sembler assez Au **Lison**, le patient est informé, autant quelques jours à l'avance, que le jour même. L'information est donnée par le médecin accompagné de

l'infirmier référent ou par l'infirmier répondant du jour. L'information est fréquemment délivrée quelques minutes avant le départ afin de limiter les réactions anxieuses du patient. Dans ce cas, seul l'infirmier est informé.

Donc souvent similaire même si ce n'est pas pour les mêmes raisons. Nous notons qu'il n'a pas été abordé la possibilité de formuler son départ pour le patient lors du groupe pavillonnaire qui a lieu 2 fois par semaine aux [Sillons 1](#). Pour le [Lison](#) il est fréquent d'organiser un «goûter» de départ.

- Sentiments ressentis par les soignants :

Nous notons que la plupart des soignants sont satisfaits lorsqu'ils évoquent une fin de relation.

Nous sommes étonnées que la tristesse et la colère soient si peu exprimées. Peut-être qu'il n'est si tant aisé d'exprimer ces sentiments pour un soignant dans le cadre professionnel.

Certaines réponses des [Sillons 1](#) nous interrogent sur l'existence d'un sentiment de non maîtrise sur la fin de prise en soin : ne peuvent pas «terminer de manière formelle», «l'indécision du transfert», «lâcher le patient». Un soignant exprime que «les fins de relations sont de plus en plus difficiles car souvent, seuls les symptômes sont traités mais non les causes ; ce qui présage d'un prochain séjour». Est-ce dû à la spécificité d'un pavillon d'admission où la mission première est centrée sur l'accueil et moins sur la fin de relation ? La crise aiguë une fois passée, le patient travaillera la consolidation de son état dans une autre unité.

Parallèlement, le patient peut être déçu par la précocité de son transfert du pavillon d'admission. Il est reçu puis «abandonné». Il exprime alors ce sentiment directement au soignant. Cela procure-t-il au soignant le sentiment de travail inachevé, l'impression que «le patient n'est pas écouté» ?

En effet, en raison de leur plus grande proximité, le patient manifeste parfois plus ses angoisses à l'infirmier qu'au médecin : l'infirmier peut quelquefois se sentir «porte-parole» du patient auprès des autres intervenants décideurs de la sortie. Ce sentiment peut «cliver»

l'équipe par rapport aux décisions prises pour le patient. Cela peut-il expliquer les sentiments désagréables exprimés ?

Les soignants du **Lison** émettent des réserves concernant les conditions de sortie du patient. Le départ est vécu différemment selon :

- si l'infirmier présent est référent du patient
- si l'orientation est perçue comme adéquate par l'infirmier
- ce que le patient leur renvoie à ce moment précis

La relation thérapeutique au **Lison** est souvent de plusieurs mois. Dès lors, les soignants vivent la fin de relation spécifiquement en fonction du lien qu'ils ont avec le patient.

Les sentiments éprouvés varient en fonction de la situation. Comme le fait remarquer un soignant : *«chaque sentiment dépend du contexte du transfert et de son objectif.»*

Il ressort plus une impression de manque de disponibilité pour organiser le départ. Cela pourrait être lié au temps que demande une population telle que celle du **Lison** pour se faire à l'idée d'un départ, mais aussi à celui nécessaire au soignant pour terminer une relation qui s'est développée sur plusieurs mois.

La notion de responsabilité semble très présente chez tous les soignants concernant le vécu des patients dans sa fin de relation.

Le temps investi auprès du patient donne au soignant l'impression d'avoir fait son travail : lorsqu'il n'a pas eu le temps, selon lui, de suffisamment approfondir la relation, il a plus facilement le sentiment d'abandonner le patient. Il lui attribue ce sentiment : «Idéaliste, j'ai du mal à considérer que tout a été fait de la meilleure façon qu'il soit».

Le sentiment de soulagement semble plus ou moins présent selon les situations. Cependant, nous nous sommes aperçues que la compréhension de cet item pouvait être ambiguë. En effet, certains soignants peuvent l'entendre comme le fait de se «débarrasser» du patient, d'autre comme la satisfaction d'avoir atteint ses objectifs. Cette ambiguïté se retrouve également dans la notion de plaisir.

- Sentiments des patients exprimés par les soignants

Les sentiments sont partagés avec une prédominance de sentiments agréables.

Les infirmiers expriment que le patient vit ce transfert comme un témoignage de son mieux-être. Et pourtant, il peut exprimer le sentiment d'abandon.

Ils sont nombreux aux Sillons 1 à évoquer un «sentiment d'abandon» et 2 soignants du **Lison** évoquent la «rupture». Dans leurs commentaires, les soignants insistent sur l'importance de pouvoir préparer le transfert pour qu'il ne soit pas vécu comme brutal ou subi. Ceci nous

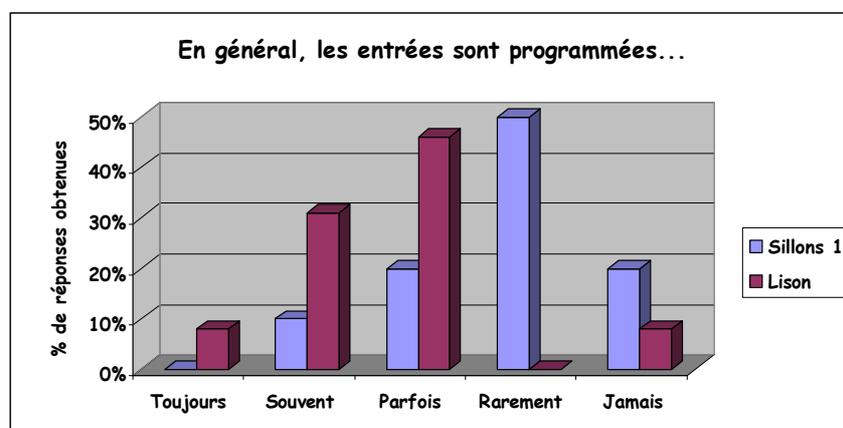
renvoie à l'importance de l'anticipation d'un départ de manière à ce que chacun puisse se préparer à la séparation.

2 L'ACCUEIL

- **Données :**

Ce section nous permet de répondre à certains de nos objectifs : les attentes et les besoins sont-ils les mêmes selon l'urgence ? Il nous éclaire aussi sur le vécu, les besoins et les difficultés des soignants.

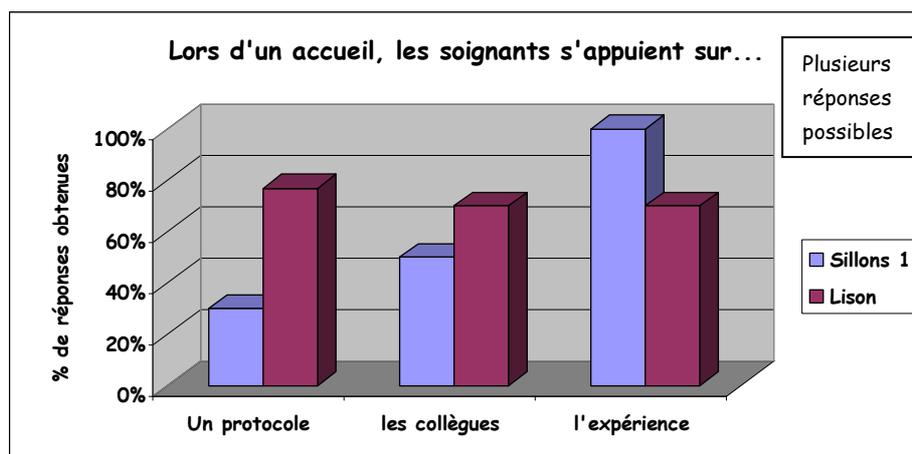
- Les réponses à la question n° 22, (*Les accueils en général, sont-ils programmés ?*) montrent qu'aux **Sillons 1**, les entrées sont rarement voir jamais programmées. Au **Lison**, elles sont en majorité, voir toujours programmées.



○ Question n°23 : «Lorsque vous accueillez un patient, vous appuyez-vous sur : un protocole, les collègues, l'expérience ?»

Au **Lison**, les soignants s'appuient sur un support écrit³⁰, instauré en équipe, en plus de leurs collègues et de leur expérience.

Aux **Sillons 1**, les soignants s'appuient essentiellement sur leur expérience. Les soignants des deux unités trouvent des ressources auprès de leurs collègues.

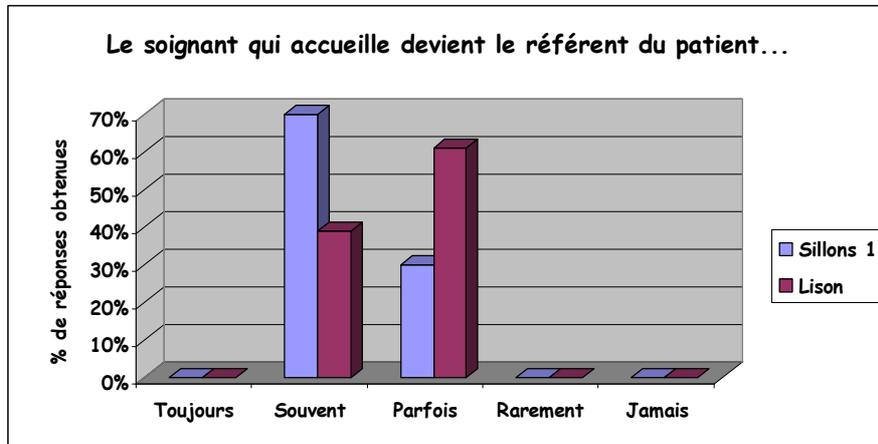


○ Concernant la question n°24 (La personne qui accueille le patient, est-elle toujours son référent par la suite ?) :

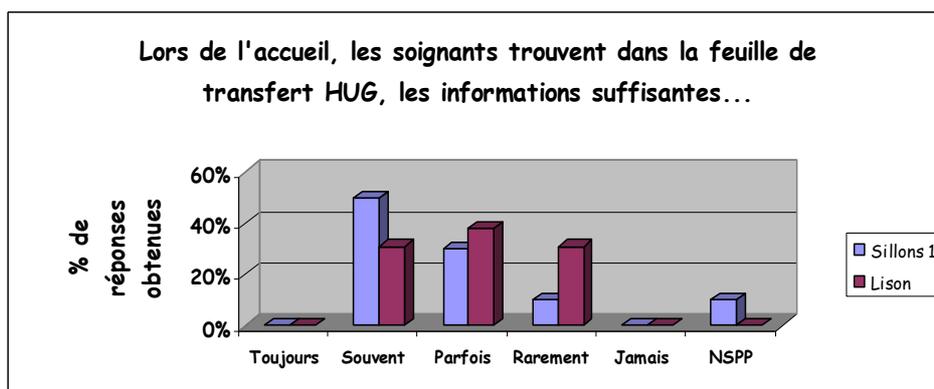
Aux **Sillons 1**, le soignant qui accueille prend «souvent» la référence.

³⁰ Annexe n°7

Au **Lison**, c'est «parfois» le cas. Les référents sont nommés dans un deuxième temps. Une référence demande un investissement de plusieurs mois de part sa population spécifique.



○ La question n°26 (Lors de l'accueil, les informations reçues vous paraissent-elles suffisantes pour la prise en soin du patient ?) montre que les informations présentes dans la feuille de transfert HUG sont «souvent» suffisantes pour débiter la prise en soins aux **Sillons 1**, ce qui est «parfois» vrai au **Lison**. Le **Lison** a donc plus d'attentes par rapport à cette feuille.



○ L'accueil à travers le regard soignant

Question n° 17 : qu'entend le soignant par accueil ? ³¹

Nous avons demandé aux infirmiers de classer leurs actions par ordre de priorité. Plusieurs items étaient proposés : l'entretien d'accueil, la visite de l'unité, l'installation en chambre, la présentation du programme, etc..... Les soignants, quelque soit leur unité d'appartenance, évoquent majoritairement des priorités communes : l'entretien d'entrée, l'installation en chambre puis la visite de l'unité. Les différences concernent l'explication du programme thérapeutique, l'inventaire et les liens avec l'extérieur.

³¹ Annexe n°7

Question n° 18 : *Selon vous, l'accueil c'est ?* ³²

Nous avons exploré les représentations des soignants. Nous laissons la possibilité d'évoquer plusieurs sentiments. Tous les professionnels ont répondu et deux ont explicité leur réponse.

Tous sont d'accord pour évoquer «une nouvelle rencontre ». En ce qui concerne le «stress», «la surcharge de travail» et «la nouvelle référence», les réponses «parfois » sont les plus cochées.

Question n° 19 (*Selon vous, quelles conditions doivent être réunies pour qu'un accueil soit idéal ?*) :

Sur cette question ouverte, 21 soignants (10 aux [Sillons 1](#) et 11 au [Lison](#)) se sont exprimés.

La quasi-totalité des soignants interrogés insiste sur l'importance de la disponibilité qu'elle soit physique ou psychique. Ils l'expriment par un besoin de «personnel disponible», «temps mis à disposition», «disponibilité du soignant», d'avoir «le temps de le recevoir», «dispo pour écoute, présent, rassurant...», «écoute active : début de relation...», «empathie».

A 17 reprises, la disponibilité physique est mise en avant : 8 fois au [Lison](#), 9 fois pour les [Sillons 1](#), la disponibilité psychique est relevée 5 fois au [Lison](#) comme aux [Sillons 1](#).

L'anticipation est évoquée 5 fois (2 fois pour les [Sillons 1](#) et 3 pour le [Lison](#)). Les soignants souhaitent un «accueil prévu et préparé», «être prévenu» pour une meilleure «anticipation».

³² Annexe n°7

Les conditions matérielles sont relevées par 2 soignants des **Sillons 1** qui évoquent l'importance de «disposer d'un lit» et que «le lit soit prêt».

A la question n° 20 (*Qu'est-ce qui, selon vous, peut rendre un accueil difficile ?*), 21 professionnels se sont prononcés (10 aux **Sillons 1** et 11 au **Lison**).

- 12 personnes abordent la surcharge de travail par rapport au personnel disponible (7 aux **Sillons 1** et 3 au **Lison**) : «manque de moyens humains», «une surcharge de travail», «peu de temps à consacrer au patient arrivant» et un «manque de disponibilité»,
- 7 évoquent l'agitation de l'unité (5 aux **Sillons 1** et 2 au **Lison**) : «unité agitée», «tension dans l'unité», «agitation dans le service»,
- 4 évoquent l'agitation du patient accueilli (3 aux **Sillons 1** et 1 au **Lison**),
- 4 évoquent l'opposition du patient accueilli (tous des **Sillons 1**),
- 2 évoquent la violence (1 par unité),
- 2 évoquent le manque d'information sur le patient (2 aux **Lison**).

A la **question n° 21** (*Lorsque vous avez été confronté à un accueil difficile, était-il programmé ?*), pour 19 soignants parmi les 22 ayant répondu, les accueils programmés sont «parfois», «rarement» ou «jamais» difficiles.

A la **question n° 28** (*Auriez-vous quelque chose à ajouter sur l'un de ces thèmes ?*) : concernant l'accueil, 1 soignant fait le constat d'un accueil souvent fait dans la précipitation, d'une violence souvent présente, et d'un manque de respect de la part des patients envers les soignants.

- **Analyse :**

- La programmation des entrées est plus fréquente au **Lison** qu'aux **Sillons 1**.
- Lors d'un accueil, les soignants des **Sillons 1** s'appuient essentiellement sur leur expérience et leurs collègues. A notre connaissance, il n'existe pas de «protocole d'accueil» qui détaillerait la démarche à suivre lors de l'accueil d'un patient. Est-ce un choix ? Chaque accueil est unique : un même document peut-il se transposer à tous les patients ?

Les soignants du **Lison** se réfèrent à un document écrit³³ : un formulaire d'accueil a été créé par l'équipe du **Lison**. Il reprend :

- les renseignements administratifs
- le motif et le contexte d'hospitalisation
- une présentation des objectifs du patient et de son entourage.

Il stipule qu'un entretien médico-infirmier aura lieu dans les trois jours suivant l'entrée.

³³ Annexe n°8

- Pour accueillir un patient transféré depuis une autre unité, le soignant utilise la feuille HUG. La feuille de transfert est un outil conçu pour être utilisable par tous. Les informations complémentaires nécessaires sont souvent recueillies auprès du patient.

Aux **Sillons 1**, la feuille répond «souvent» à cette fonction. Au **Lison**, ceci est «parfois» le cas.

Au **Lison**, beaucoup de patients n'ont pas accès au langage verbal. Le non respect de leurs rituels et de leurs habitudes de vie peut être un frein important à l'entrée en relation. La feuille de transfert ne laisse que peu d'espace pour décrire et transmettre ces informations (habitudes de communications, de réassurance). Sans elles, il semble difficile de débiter efficacement la prise en soins.

- L'accueil à travers le regard soignant :

Les infirmiers des deux unités ont classé leurs pratiques à l'accueil par ordre de priorité.

Les pratiques les plus fréquentes sont :

L'entretien d'entrée,

L'installation en chambre,

La visite de l'unité.

Nous retrouvons deux aspects primordiaux de l'accueil : donner à la personne du temps et de la disponibilité pour débiter la relation et un espace matériel.

- Viennent ensuite :

Au **Lison**, le lien avec l'extérieur, l'inventaire et l'élaboration du programme thérapeutique. Dans la majorité des cas, le patient arrive accompagné d'un proche (éducateur, famille...), le lien avec l'extérieur est donc immédiat. Le programme de soin est élaboré sur plusieurs jours et adapté en fonction de l'évaluation des capacités.

Aux **Sillons 1**, l'élaboration du programme thérapeutique et l'inventaire sont cités de manière équivalente. Le patient arrivant en état de crise aiguë, la mise en place d'un programme thérapeutique contenant est indispensable à la poursuite d'une prise en soins. De même, l'inventaire permet d'assurer la sécurité des personnes présentes.

Le lien avec l'extérieur arrive en dernière position.

Nous avons comme objectif de nous interroger sur les représentations de l'accueil.

- Dans les retours, nous voyons que ces représentations ne sont pas liées à la spécificité des unités : pour tous, accueillir est avant toute chose, une rencontre. Ce moment «spécial» doit être prévu dans une journée, et demande disponibilité, écoute et empathie. On peut distinguer la disponibilité physique exprimée en ces termes par les soignants : «personnel disponible» de la disponibilité psychique : «écoute active».

- Pour les soignants, c'est ensuite une «nouvelle référence». Celle-ci est très ancrée dans les pratiques infirmières, puisqu'elle arrive en second plan. Accueillir, est-ce toujours l'engagement dans une nouvelle référence ?

Cette pratique est plus systématique aux **Sillons 1** : le soignant qui accueille prend fréquemment la référence de la personne. Dans le cadre des entrées programmées, l'engagement dans ce suivi est discuté en équipe selon la charge de travail de chaque soignant. Au **Lison**, où la durée du séjour est généralement plus longue, les prises en soins se font sur un plus long terme. Il est donc important de respecter une équité dans le nombre de références des soignants et ce n'est pas toujours l'infirmier qui accueille le patient qui prendra sa référence. De plus, lors de la ré-hospitalisation d'un patient, le référent du précédent séjour reprend souvent cette fonction. C'est une réassurance pour ces patients en quête de repères.

Stress, surcharge de travail et manque de disponibilité sont identifiés comme étant les facteurs principaux d'un accueil difficile. Ils peuvent découler d'une l'impossibilité d'anticiper l'entrée. Les entrées programmées sont «rarement» des entrées difficiles. Il semble donc que l'anticipation diminue ces difficultés.

Les soignants évoquent d'autres causes à un accueil difficile :

- l'agitation et la violence,
- l'opposition du patient,
- le manque d'informations.

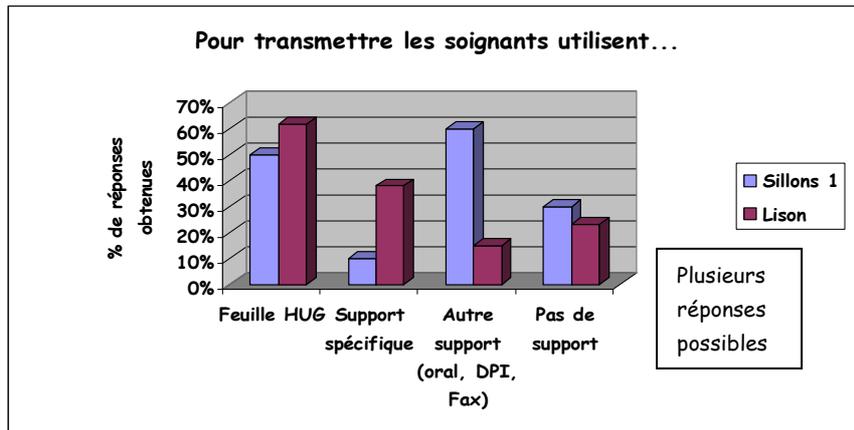
3 L'OUTIL DE TRANSMISSION

- **Données :**

Nous interrogeons les soignants sur les outils de la transmission, et plus particulièrement sur la feuille de transfert. Nous aimerions connaître leur opinion concernant sa forme, son contenu, son rôle et sa place au sein de l'organisation. Notre objectif est de mieux appréhender les pratiques soignantes autour de la transmission.

- Les réponses à la *question n° 9 (Utilisez-vous lors d'un transfert : La feuille HUG, une feuille spécifique, créée selon vos besoins, un autre support, lequel, pas de support ?)* nous indiquent que chaque équipe utilise tout un panel d'outils de transmission, car tous les supports proposés sont validés.

Ces retours montrent qu'il n'y a pas un moyen unique de transmettre car chaque support est adapté aux besoins liés au moment, au contexte, ou au lieu du transfert.



○ Nous avons interrogé les soignants sur la spécificité des transmissions lorsque le transfert est fait en urgence. Au travers des réponses à la *question n° 16 (Quand le transfert est en urgence, vous utilisez : les transmissions écrites (feuille HUG ou autre), les transmissions orales directes (en rencontrant directement l'équipe), les transmissions par téléphone, autre, précisez ?)*³⁴, nous observons que quelque soit l'unité, la priorité est donnée aux transmissions orales puis téléphoniques et enfin écrites.

³⁴ Annexe n°7

- Qu'en est-il de la satisfaction des soignants autour de la feuille HUG ?

Dans la **question n° 10** (*Vous diriez que la feuille HUG est adaptée à vos besoins? A ceux du patient ?*)³⁵, si nous comparons les deux graphiques, nous observons une similitude entre les réponses des 2 unités tant pour les besoins du soignant que pour ceux du patient. Cependant, si la feuille de transfert répond aux besoins des patients, elle convient moins aux attentes des professionnels : les questions suivantes nous éclairent sur ce thème.

A la **question ouverte n° 27** (*Quelles informations souhaiteriez-vous trouver dans la feuille de transfert ?*), apparaît un besoin d'information sur le patient :

- sur les habitudes de vie,
- les données médicales,
- une anamnèse pertinente.

Certains soignants voudraient retrouver les éventuelles démarches de soins entreprises en amont, afin de travailler dans une dynamique de continuité. Ils l'expriment par les mots suivants : «projet de vie ou de soins en cours», «diagnostics infirmiers», «observation des précédents référents infirmiers».

A la **question ouverte n° 11** (*Auriez-vous des propositions afin d'améliorer la feuille actuelle ?*), 8 soignants ont répondu. Les manques exprimés concernent prioritairement la dimension psychique du patient :

- 4 soignants (dont 3 pour les Sillons) expriment une inadaptation à la spécificité psychiatrique : «...avec une spécificité psy», «...adaptée à la psychiatrie», «...pas adaptée

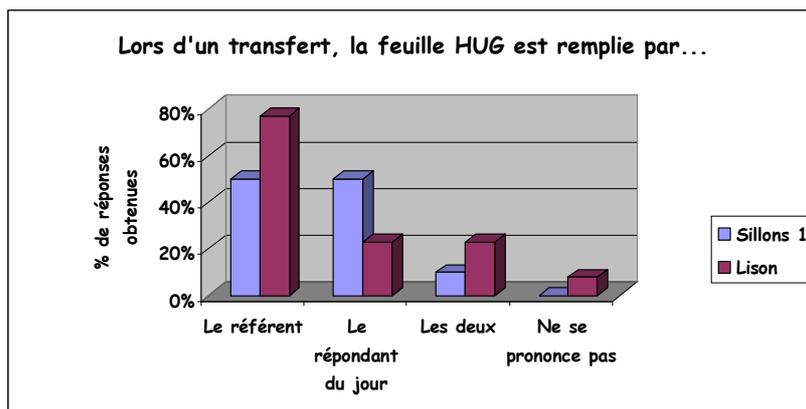
³⁵ Annexe n°7

aux soins psy», «...habitudes du patient et stratégies de communication pour faire face aux agitations».

- 2 soignants s'expriment sur la nécessité d'un complément sur le projet de soin en cours.

- 1 soignant nous informe qu'il n'y a pas de modification à apporter au présent outil.

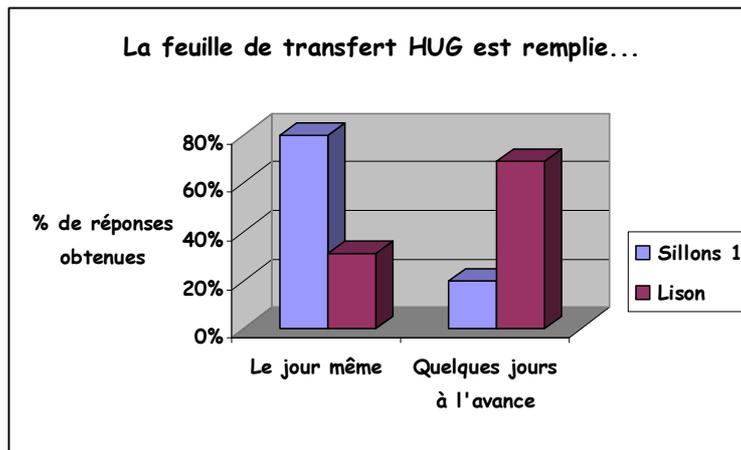
○ Nous retrouvons le rôle du référent par rapport à l’outil à la *question n° 13* (Lorsque le transfert est programmé, le document est rempli par : Le référent du patient, le répondant du jour, les deux, ne se prononce pas ?)



Quelle que soit l’unité, les équipes confirment que la notion de référence est présente.

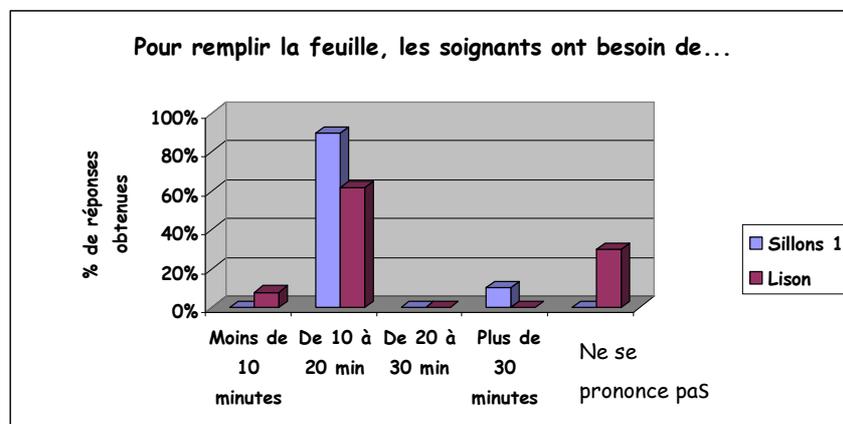
Au **Lison**, la feuille est généralement remplie par le référent du patient alors qu’aux **Sillons 1** les réponses se partagent entre le référent et le répondant du jour.

○ Nous spécifions le moment de remplissage de la feuille avec la *Question n° 14* : «Dans ce contexte, est-elle remplie : le jour même, quelques jours à l’avance ?»



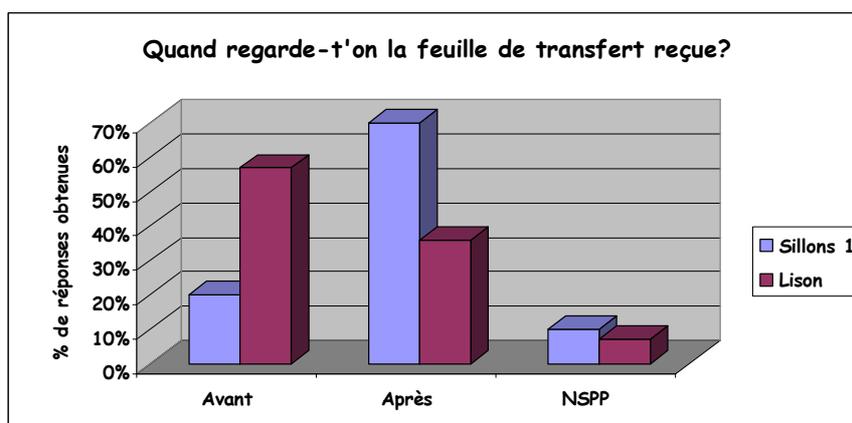
Les unités se différencient l'une de l'autre de part leur spécificité : les soignants des **Sillons 1** ne peuvent anticiper le transfert, c'est pourquoi la feuille est remplie le jour même. Au **Lison** les départs sont programmés lors des réunions tripartites. Ainsi, les soignants remplissent la feuille de transfert quelques jours à l'avance.

- Question 12 : combien de temps vous est-il nécessaire pour la remplir ?



Dans les deux unités, on constate que le temps nécessaire à la rédaction de la feuille de transfert est estimé entre 10 et 20 minutes.

Question 25 : Lorsqu'il y a une feuille de transfert, à quel moment en prenez-vous connaissance : avant d'avoir rencontré la personne, après avoir rencontré la personne ?



Sur ce graphique, on constate que les soignants n'ont pas les mêmes pratiques quant à la lecture de la feuille de transfert reçue.

- **Analyse :**

Nous constatons que les soignants utilisent l'ensemble des outils mis à leur disposition pour transmettre les informations nécessaires à la continuité des soins. Ils se différencient davantage quant à l'utilisation qu'ils en font. Les spécificités des unités sont mises en évidence.

Nous avons fait le choix d'investiguer plus particulièrement la feuille de transfert selon 4 critères :

- la rédaction,
- le contenu,
- la lecture,
- les besoins des soignants.

- La rédaction de la feuille de transfert :

Au **Lison**, nous relevons que la feuille de transfert est remplie à l'avance par l'infirmier référent. La majorité des départs est programmée lors de réunions tripartites, ce qui permet au référent d'anticiper la rédaction de la feuille.

Aux **Sillons 1**, le transfert des patients est souvent régulé par le flux des entrées. Les départs ne pouvant être systématiquement prévus, le répondant du jour prend le relais sur le référent.

- Aujourd'hui, les écoles de formation en soins infirmiers mettent l'accent sur l'importance de la transmission écrite. Nous voulions savoir si l'écriture est un mode privilégié de transmission pour les jeunes soignants. Pour répondre, nous avons mis en lien l'ancienneté des soignants et le support privilégié lors d'un transfert. Il s'avère que les années d'expérience du soignant ne semblent pas influencer le contenu des réponses sur l'utilisation de la feuille HUG. Cependant, nous remarquons que les soignants ayant une ancienneté supérieure à 10 ans utilisent plus régulièrement les feuilles spécifiques.

- Le contenu :

Au **Lison**, des feuilles supplémentaires sont ajoutées à la feuille de transfert qui ne laisse pas suffisamment d'espace pour détailler les informations (habitudes de vie).

- La lecture :

On remarque qu'au **Lison**, la feuille de transfert se lit avant la première rencontre. Ceci peut s'expliquer par la spécificité de la population accueillie. Les patients ont peu ou pas accès au langage verbal et sont peu autonomes tandis qu'aux **Sillons 1**, les patients peuvent être interrogés directement sur les informations nécessaires. Par exemple, le contexte de crise, l'anamnèse, le traitement médicamenteux.

- Les besoins des soignants :

Les besoins sont assez clairement différents selon le lieu de soins : manque de détails sur l'état psychique pour les **Sillons 1**, manque d'informations sur la prise en soins et les habitudes de vie pour le **Lison**. La feuille de transfert ne répond donc que partiellement aux besoins du soignant. Pourtant, sur 23 questionnaires, seulement 8 soignants ont fait une proposition d'amélioration.

- **Les limites**

Le support spécifique a été choisi. Il aurait été judicieux de demander de préciser le support spécifique utilisé car il n'en existe pas à notre connaissance.

Il aurait été intéressant de savoir ce que les soignants entendaient par «travail inachevé» dans le cadre d'une fin de relation. En psychiatrie, et plus particulièrement dans les unités d'admission, la sortie signifie souvent fin de crise aiguë et non stabilisation. Cela pourrait expliquer ce sentiment de travail inachevé.

Nous avons relevé quelques paradoxes qui peuvent être inhérentes à la formulation des questions, comme par exemple : la personne qui a répondu «jamais» au sentiment de travail accompli, a également répondu «jamais» au sentiment de travail inachevé, et une personne a répondu «toujours» au sentiment de travail accompli, a répondu «parfois» au sentiment de travail inachevé.

Nous sommes surprises de voir le peu de propositions pour la question 28 : «Auriez-vous autre chose à ajouter concernant ces thèmes ?». La question aurait peut-être pu être formulée différemment car nous espérons avoir des propositions ou des idées sur ce qui pourrait être fait sur le thème du transfert.

C. Synthèse

Au travers de leurs réponses, les soignants nous ont dépeint leurs représentations du TRANSFERT. Les différences relevées entre les deux équipes soignantes sont souvent liées à la spécificité des unités, mais les préoccupations sont généralement similaires.

Ils ont témoigné de leurs pratiques, leurs attentes, leurs difficultés autour de la fin de relation, de l'accueil et de leurs outils de transmission.

La fin de relation

La fin de la relation entre le soignant et le patient est généralement vécue comme satisfaisante. Peplau (1995) souligne l'importance de pouvoir anticiper la séparation. Elle préconise que celle-ci soit abordée dès les premiers jours de la prise en soins. Dans la pratique, quand le transfert est inattendu, la relation ne peut pas toujours être conclue. Les infirmiers ont alors, le sentiment d'abandonner la personne. S'ils ont évoqué le travail accompli ou inachevé, la tristesse, le soulagement, l'énervement, la déception et le plaisir, les professionnels les ont mis en lien avec le temps consacré à la relation, l'intensité du lien établi et la possibilité d'anticiper le départ.

Simmons (1975) insiste sur le fait que ces réactions peuvent être réciproques, c'est-à-dire qu'elles sont vécues par le patient comme le soignant. Durant la prise en soins, nous avons pris le temps d'élaborer en équipe ce que nous vivions dans l'ici et maintenant de la relation. Que faisons nous de nos ressentis lorsque le patient quitte l'unité ? S'autorise-t-on après le départ de ce-dernier à échanger autour des vécus, de les mettre en mots ?

Au travers de leurs recherches sur l'attachement, Bowlby, Ainsworth et Main soulignent que nous répondons tous à des schémas de séparation, inscrits en nous depuis notre enfance. Dès lors, comment préparer cette fin de relation lorsque les transferts ne sont pas planifiés ? Comment permettre au patient de vivre ou d'expérimenter une séparation dans un contexte «sécure» ?

L'accueil

Hourton (2001) évoque avant tout une rencontre. Il décrit l'importance pour la personne reçue d'être reconnue avant d'être comprise. Jamet et Depré (1997) soulignent la nécessité d'un espace sécurisant pour accueillir. Champault et Sordelet (1996) insistent sur l'idée que l'accueil va conditionner la suite de l'hospitalisation. L'anticipation et la disponibilité ont été évoquées par nos collègues comme étant les garants d'un accueil de qualité. Et pourtant, face à l'imprévu, les soignants reconnaissent que la disponibilité n'est pas toujours aisée.

Comment peut-on mieux organiser les admissions dans un service qui a pour spécificité d'accueillir un patient en état de crise ? A chaque fois que cela est possible, l'infirmier référent accueille et clôture la relation thérapeutique. Il est le relais avec l'équipe hospitalière ou ambulatoire qui assurera la continuité des soins.

L'outil

La transmission est primordiale dans la prise en soins. Les infirmiers ont exprimé leur besoin d'informations, qu'elles concernent l'état psychique ou les habitudes de vie du patient.

Les professionnels ont reconnu que la feuille HUG est plus ou moins adaptée à leurs besoins.

Un document écrit peut-il être utilisable en tous lieux et dans chaque situation ?

Cependant, dans ses recommandations, la Haute Autorité de Santé (2003) souligne l'importance d'assurer la continuité des soins. Elle met en avant une information écrite efficiente complétée oralement et associée à des réunions de réseaux incluant le patient, son entourage et les lieux de soins.

Riches de toutes ces informations que nous avons mises en lien avec la littérature, nous pouvons suggérer des propositions d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

Bittolo, C. (2001, février). Accueil hospitalier et processus psychiques : enjeux thérapeutiques et institutionnels en psychiatrie, France [page web].

Accès : <http://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2001-2-p143.htm>

- Bokobza, H. (2006). Les enjeux de la transmission en psychiatrie. *Journal français de la psychiatrie*. 27, 28-31.
- Busino-Salzman, B. (1997). *Admissions non volontaires à Genève, comparaison nationale et internationale*, Thèse de Doctorat en médecine, Université de Genève.
- Champault, G. & Sordelet, S. (1996). *Soins Infirmiers, relation avec le malade, techniques de soins, prélèvements, nursing, pansements*. Paris : Masson, Abrégés Professionnels infirmière.
- Coulon, N. de (1994). *La crise : stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Paris : Gaétan Morin.
- Depré, V. & Jamet, J-M. (1997). *Aspects juridique, théorique, pratique. L'accueil en psychiatrie*. Condé-sur-Noireau : Editions Hospitalières.
- Haute Autorité de Santé (2003, décembre). Assurer la continuité de la prise en charge des patients, France [page web].
- Accès : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/chap2.pdf>
- Hourton, G. (2001). *Urgences 2001 : cours supérieurs et mise au point*. Paris : Arnette.
- Longagna, I. (2008). *Cours sur l'attachement*. Genève : HUG, Service des formations spécialisées, Programme de spécialisation de soins infirmiers en santé mentale et psychiatrie (communication de cours).
- Ludwig, V. (2006). *Ce que tu écris te ressemble : mais à quoi ressemble l'écriture infirmière*. Mémoire de fin d'études HES, école de La Source, Lausanne.
- Manoukian, A. & Massebeuf, A. (2001). *Pratiquer... La relation soignant soigné*. Courtry : Editions Lamarre.

Palmier, S. et Ribal, E. (2007). Réseaux ville/hôpital, transmettre pour mieux soigner. *SOINS*, 702, 44-46.

Peplau, H. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris: InterEditions.

Rey-Bellet, P. (2008, 25 mai). *Réunion réflexion hospitalisation*. Genève : HUG, Département de psychiatrie adulte.

Simmons, J. (1975). *Nursing psychiatrique, guide de relation infirmière-client*. Montréal : Editions HRW.

