

**Transmettre pour mieux soigner : la prise en compte de la dimension  
psychique lors du transfert d'une personne entre deux unités de soins :**  
**2<sup>ème</sup> partie- propositions d'amélioration et conclusions**

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

Nous exposons ici nos réflexions sur la manière dont les infirmiers organisent le transfert des patients. Ce qui tient en compte ce qui se joue à la fin d'une relation de soin, les possibilités de transmettre les informations et enfin les modalités de l'accueil dans une nouvelle structure.

Lors de l'analyse des données, nous avons mis en évidence les pratiques et les sentiments des soignants dans les différentes étapes du transfert. Nous avons aussi tenu à faire figurer –selon les soignants- les besoins et le vécu des patients dans ces moments. Cette analyse nous a permis de formuler des propositions d'amélioration que nous avons présentées aux deux équipes soignantes

## **PROPOSITIONS D'AMELIORATION**

Dans cette partie de travail, les propositions d'amélioration sont basées sur :

- A. La fin de relation
- B. L'accueil
- C. Les transmissions

### **A – LA FIN DE LA RELATION**

Nous proposons trois pistes de réflexion abordant la fin de la relation :

- 1. Préparer le travail en vue de la fin de la relation avec le patient.**
- 2. Encourager les soignants à partager leurs émotions.**

Lors de l'élaboration de ce travail, nous avons été informées par Madame Dunoyer, Infirmière Responsable d'Unité de Soins des Sillons 1, d'un projet que nous souhaitons présenter aux équipes soignantes :

- 3. La création d'une liste des patients en attente de transfert.<sup>1</sup>**

#### **1. Préparer le travail en vue de la fin de la relation avec le patient**

---

<sup>1</sup> Annexe n°9

Il s'agit d'évoquer la fin de la relation dès le premier entretien médico-infirmier et de la travailler durant le temps d'hospitalisation.

Afin d'anticiper l'étape de fin de prise en soin à venir, il est essentiel de poser le but thérapeutique de l'hospitalisation avec le patient et de convenir avec lui des objectifs à atteindre avant sa sortie ou son transfert vers une unité transversale.

En entretien infirmier, le travail est d'aborder la fin de relation soit en :

- Evoquant comment le patient la vit en général.
- Lui permettant de l'appréhender et de mettre des mots sur ce qu'il vit au sein de l'unité.
- L'encourageant à dire au revoir à ceux qui ont été importants pour lui durant le séjour, aux personnes significatives, dès qu'une date de sortie est évoquée.

## 2. Encourager les soignants à partager leurs émotions

Nous nous interrogeons de savoir où les soignants abordent leurs émotions après une fin de prise en soin non exhaustive à leurs yeux.

- Les soignants bénéficient d'une supervision clinique pour réfléchir sur ce qui se vit au sein de la relation thérapeutique dans l'ici et maintenant. Cependant, lorsque le patient est sorti, il est rare de revenir sur sa prise en soin, de reprendre ce qui s'est vécu à son départ et même après. Cet espace de supervision pourrait être davantage investi en collaboration avec les spécialistes cliniques. Cela permettrait d'exprimer les ressentis sur ce qu'ils vivent dans l'ici et maintenant, que le patient soit hospitalisé ou déjà parti.

Même s'il nous arrive d'être insatisfait dans l'exercice de notre rôle de soignant, il est toujours possible de réfléchir ensemble sur les façons d'améliorer notre savoir faire et notre savoir-être pour une nouvelle rencontre.

- L'infirmier peut s'autoriser à exprimer ses difficultés concernant ses prises en soin, au sein de l'équipe soignante ou auprès d'une personne ressource. Il peut s'appuyer et se rapprocher des compétences et des ressources de ses collègues en matière d'expérience et d'écoute afin de prendre de la distance avec les situations complexes. C'est la question du savoir-être, de prendre soin du souci de l'autre (empathie, altérité), le sens de l'attention à l'autre. « Prendre soin de l'humain » signifie aussi prendre soin de soi et de ses collègues, être bienveillant en général et créer un climat de sécurité dans l'équipe.

### 3. La création d'une liste des patients en attente de transfert

Ce nouveau projet a été travaillé par Monsieur Gonzalez, IAG (Infirmier Assistant de Gestion) et les 4 IRUS (Infirmier Responsable d'Unité de Soins) des unités d'admissions du Département de Psychiatrie.

Les IRUS et les équipes des 4 unités d'admission ainsi que l'IAG se sont réunis afin de travailler autour du flux des patients hospitalisés et de leurs transferts en interne. Leurs réflexions ont pour but d'améliorer la gestion du flux des patients en transfert interne et ainsi d'optimiser la prise en soin individualisée.

Ce travail en amont permettra :

- De favoriser la coordination pluridisciplinaire.
- D'officialiser la fin de relation soignant-soigné.
- De désengorger les unités d'admission de façon adaptée.
- De diminuer les entrées directes dans les unités transversales.

Pour cela, ils ont créé un outil informatique sous forme de tableau (cf. annexes).

Selon les auteurs de ce travail, l'idéal serait que la décision du transfert soit prise en accord avec le patient.

Dès lors que la période de crise aigue est terminée, les indications de transfert sont posées. Elles peuvent être différentes souvent dans un but thérapeutique de consolidation, de réhabilitation, de mise en place de projets divers.

Pour cela, un travail de partenariat pluridisciplinaire se fera entre les 4 unités d'admission (Sillons 1 et 2, Glycines 1 et 2) et les unités transversales (Tilleuls, Mistral, Lilas, Sirocco, Zéphyr, UPDM, Alizé).

Ainsi, dès que les critères de transfert sont validés entre les 2 équipes, le nom des patients ainsi que la date de transfert ou la mention DQP (dès que possible) figureront sur ce tableau. La liste des patients en attente de transfert sera accessible à tous les IRUS de la clinique.

Monsieur Francisco Gonzalves fera la proposition de ce nouvel outil au sein la réunion de cadre prévue le 27 janvier 2009. Nous soutenons ce projet et espérons son succès.

## **B. L'ACCUEIL**

### **1. Anticiper les admissions par un soignant «réfèrent accueil»**

Il reste essentiel de prioriser des éléments clés qui aident le patient et le soignant à ne pas augmenter le stress provoqué par une nouvelle admission.

Le soignant qui accueille serait clairement identifié par l'équipe en début de chaque service. L'équipe est garante de sa disponibilité en cas d'entrée non programmée. Cette place lui confère la possibilité d'offrir un accueil de qualité pour toute nouvelle admission. Chargé de la gestion de l'accueil, il peut se préparer et anticiper une nouvelle entrée en assurant les diverses dispositions (le nombre de places disponibles des chambres femmes et hommes, des chambres de sécurité, la liste des patients en attente de transfert, la préparation du dossier du patient, la réfection des lits disponibles, le matériel et l'environnement préparés...) et organisations (les liens pluridisciplinaires avec les IRUS, l'IAG, les médecins de l'unités, le médecin trieur, les médecins de garde, les travailleurs sociaux, les ambulanciers..).

## **C. LES TRANSMISSIONS**

Plusieurs propositions s'offrent à nous et nous les présentons compartimentées même si, à nos yeux, elles s'imbriquent.

Elles concernent :

1. **La participation du patient en tant qu'acteur**
2. **La création d'un outil**
3. **Le maniement de l'outil informatique**

### **1. La participation du patient en tant qu'acteur**

#### **a) Réaliser la transmission écrite avec le patient.**

L'écriture peut se préparer à l'avance en présence du patient lors d'un entretien infirmier. Il s'agit de réfléchir ensemble sur ce que le patient et le soignant souhaitent transmettre à la nouvelle équipe de soins ou nouvelle structure. Le soignant et la personne soignée feront état de la situation actuelle dans un but d'autonomisation et d'adhésion au projet thérapeutique.

Il s'agira parfois de négocier le contenu avec le patient.

#### **b) Organiser une rencontre avant le départ entre les soignants, le patient et l'équipe qui l'accueillera.**

En plus de permettre au patient de rencontrer ses nouveaux référents infirmiers, il s'agit de transmettre en sa présence :

- Son motif d'hospitalisation, son état clinique et son évolution depuis son arrivée,
- Son résumé du séjour et ses objectifs atteints,
- Ses habitudes de vie et ses propres valeurs,
- Ses ressources extérieures et son réseau existant,



- Ses projets à court et moyen terme.

Cet espace permet à la personne soignée d'être acteur dans la suite de ses soins, d'exprimer ses objectifs, ses attentes mais aussi ses craintes.

**c) Privilégier la présence des personnes ressources le jour du départ de l'unité.**

En accord avec le patient, la famille ou les personnes ressources peuvent l'accompagner lors de son transfert vers le nouveau lieu de soin. Cette rencontre offre à la famille des informations supplémentaires concernant le transfert et la nouvelle unité.

La famille peut être un facteur sécurisant pour le patient et diminuer sa possible anxiété. Elle peut être un partenaire pour l'équipe qui accueille car ses connaissances sont une source d'informations supplémentaires.

Nous n'omettons pas que la présence de cette ressource dépend du lien établi avec le patient.

## **2. La création d'un outil commun**

Proposition de la constitution d'un groupe de travail dans chaque unité. Il aurait pour mission de récolter des informations. Ces informations seraient consignées dans le bureau infirmier sous forme de :

- Répertoire téléphonique réactualisé, et enrichi des coordonnées,
- Classeur avec les brochures disponibles.

Ainsi, chaque partenaire de soin peut informer le patient sur les spécificités du futur lieu de soin.

Cela permettrait aux soignants de mieux connaître :

- Les collègues de la clinique (unités d'admissions et unités transversales),

- Le réseau de soin intra et extra hospitalier,
- les différentes structures,
- L'organisation des professionnels extérieurs et des institutions,
- Le travail et les missions des partenaires du réseau de soin.

Ces différents liens professionnels sont des atouts dans l'exercice de notre fonction car ils favorisent le partage des connaissances au sein du réseau de soins.

Par le travail en partenariat, nous pourrions nous faire reconnaître comme personne ressource en transmettant à la nouvelle équipe les coordonnées de l'infirmier référent du patient.

Cette attention donnée à tous les partenaires de soins, de nos structures et d'ailleurs, rejoint d'autres démarches qualité en cours.

### 3. Le maniement de l'outil informatique DPI-MI

- Imprimer systématiquement l'anamnèse et le résumé du séjour.

Au départ du patient, l'outil DPI-MI peut répondre aux manques concernant les habitudes de vie du patient, les détails de l'avancée du projet de soin, les renseignements sur l'état psychique et somatique de la personne. Nous pouvons puiser dans les informations disponibles sur DPI-MI afin d'optimiser la qualité de la transmission.

- Consulter le dossier médical informatique du patient.

Ici, nous pouvons rappeler à tous les soignants des HUG qu'il est aussi possible de consulter les transmissions infirmières sur DPI-M (Dossier Médical Patient).

Ces différentes propositions d'amélioration seront partagées lors d'une rencontre avec les équipes soignantes et nous espérons qu'elles pourront être utiles dans les prises en soin futures.

Ces réflexions, en partenariat avec les équipes soignantes des unités Lison et Sillons 1, peuvent être des outils complémentaires dans l'accueil des nouveaux collaborateurs, des soignants de l'équipe du pool, des soignants intérimaires et des stagiaires. Elles sont le fruit d'un travail commun et donnent du sens à nos pratiques soignantes.

Nous avons fait état de ces propositions aux soignants lors de deux réunions et pris note de leurs commentaires que nous exposons ci-dessous.

## D. PRE-TEST ET EVALUATION

Nous avons donc rencontré séparément les soignants des deux unités.

Lors de la présentation aux **Sillons 1**, 4 infirmiers étaient présents ainsi qu'une étudiante HES et la Responsable d'unité.

Au **Lison**, nous avons pu compter sur la participation de 3 soignants. La Responsable n'a pu être présente.

Nous avons profité de la réunion infirmière pour :

- Faire un rappel de notre problématique ;
- Présenter les principaux résultats de notre enquête ;
- Partager autour des propositions d'amélioration.

Nous nous attacherons uniquement aux réactions suscitées par ces propositions.

## 1. La fin de relation

### **a) Préparer le travail en vue de la fin de relation avec le patient**

Les soignants des deux unités valident l'intérêt et l'importance de cette réflexion. Cependant, ils émettent des réserves :

- Aux **Sillons 1**, un soignant évoque son expérience avec une patiente lui rétorquant : «Je viens juste d'arriver et vous parlez déjà de me mettre dehors !». Cet exemple permet d'argumenter l'importance d'entreprendre avec la patiente un travail sur la fin de relation, ce qu'elle lui fait vivre ou revivre. Cette illustration permet à nos collègues de valider cette proposition.

- Au **Lison**, les soignants soulignent qu'elle semble difficilement généralisable à leur pratique, n'accueillant que peu de patients ayant accès au langage verbal. Un soignant explique que les patients peuvent savoir qu'ils quittent l'unité mais ils ne le comprennent que le jour du départ.

### **b) Encourager les soignants à partager leurs émotions**

- Les soignants des deux unités soulignent que les émotions ressenties dépendent de l'intensité du lien créé dans la relation thérapeutique.

- Nos collègues nous expliquent que «quand tu portes la blouse, tu ne t'autorise pas à ressentir des émotions comme la colère». Ils relatent que ces sentiments sont souvent mis de côté, qu'on s'emploie activement à mettre un couvercle dessus et que, même lorsqu'on les interroge au travers d'un questionnaire, il est difficile de le soulever. Selon eux, il est plus facile de s'exprimer auprès de ses collègues plutôt qu'en espace de supervision. Ces échanges

sont généralement informels et souvent sur le ton de l'humour. Les infirmiers soulignent que ce-dernier est utilisé comme mécanisme défensif lorsqu'un patient part et se poursuit après le départ.

### **c) La création d'une liste des patients en attente de transfert**

- Les soignants des deux unités approuvent l'idée de ce nouvel outil car il offre la possibilité de terminer la relation dans de meilleures conditions.

## **2. L'accueil**

### **a) Anticiper les admissions par un soignant «réfèrent accueil»**

- Les soignants des deux unités approuvent cette proposition.
- Aux [Sillons 1](#), les soignants évoquent la difficulté d'attribuer cette tâche à une seule personne. La charge de travail due aux nombreuses entrées étant importante. La proposition d'un infirmier détaché serait tout à fait possible s'ils bénéficiaient d'un poste infirmier supplémentaire.

- Au **Lison**, les soignants réagissent positivement à cette proposition, la jugeant très intéressante pour des unités d'admission. Cependant, elle ne semble pas transposable à leur pratique. En effet, les entrées sont moins nombreuses et ne peuvent justifier le détachement d'un soignant.

### 3. Les transmissions

#### a) La participation du patient en tant qu'acteur

- Aux **Sillons 1**, l'idée semble d'emblée intéressante et réalisable. Les infirmiers soulignent que ceci permettrait de reprendre avec le patient les étapes franchies dans le processus de soin. Ainsi, il s'impliquerait davantage, s'approprierait son parcours et prendrait pleinement part à la suite de sa prise en soins.

- Au **Lison**, cette proposition semble plus difficilement applicable aux vues des spécificités de la population accueillie. Elle pourrait donc être réalisable mais que pour quelques uns.

#### a) La création d'un outil

- Dans les deux unités, de tels outils sont disponibles.
- Au **Lison**, les infirmiers nous informent que chaque année, une journée est organisée pour qu'ils puissent visiter divers foyers et échanger avec les éducateurs.

#### b) Le maniement de l'outil informatique.



- Cette proposition retient l'attention des professionnels des deux équipes, elle permettrait un gain de temps : le travail fait à l'arrivée pourra servir lors du départ. Ainsi, ceci pourrait encourager une rédaction plus complète de l'anamnèse mais aussi maintenir une mise à jour des habitudes de vie.

#### **4. La position de la hiérarchie**

Me Dunoyer, IRUS des Sillons 1, note que la création d'un poste «infirmier responsable d'accueil», ne semble pas réalisable économiquement. Cependant, elle remarque que les entrées se font généralement à partir de 11 h jusqu'au soir. L'idée chemine qu'un soignant à mi-temps puisse exercer sur la période des entrées de 11 h à 15 h.

## 5. Notre ressenti

Nos propositions ont été accueillies par les équipes. Nous sommes satisfaites et réconfortées dans l'intérêt qu'elles ont porté à notre réflexion. La lecture des différentes réponses donne l'impression que nos propositions correspondent à leurs besoins même si elles ne sont pas toujours réalisables aux vues des spécificités de la population accueillie. Par contre, les soignants se sont montrés très sensibles lorsque nous avons abordés leurs émotions. Nous avons apprécié les échanges autour de nos suggestions. Nous constatons que chacun réfléchit à ce qu'il serait possible de mettre en place et adhère ainsi à notre projet commun.

## CONCLUSION

Par ce travail, nous nous sommes questionnées autour des actions infirmières qui accompagnent le transfert d'un patient souffrant d'affections psychiatriques. Nous avons cherché à savoir si ces dernières permettaient des soins qui tiennent compte de la dimension psychique.

Nous avons relevé l'importance du rôle infirmier lors d'un changement de lieu de soin. Ainsi, nous avons identifié les pratiques et les ressentis des professionnels de santé mais aussi des patients à travers le regard des soignants. Ils ont exprimé leurs besoins autour du travail d'accueil et de la fin de la relation. Ils relèvent la nécessité de recueillir des informations écrites et orales pertinentes sur :

- les précédentes prises en soins,
- l'état psychique actuel,
- les habitudes de vie du patient.

Ces informations sont indispensables à l'accueil comme au départ du patient. L'anticipation de ces étapes sera bénéfique pour la suite de l'hospitalisation et pourra diminuer l'émergence de sentiments, comme l'abandon et la rupture, évoqués par la personne soignée au moment de la séparation.

Le questionnaire a permis de dresser un état des lieux des pratiques soignantes des unités du Lison et des Sillons 1, de les repérer, de les observer et de les qualifier.

Certains résultats étaient attendus :

- la programmation des mouvements (accueil, transfert ou sortie) permet au soignant de se rendre disponible.
- les professionnels s'appuient sur leur savoir-faire mais aussi sur leur savoir-être.
- Les soignants sont attachés à la notion de « référence ».

Par contre, d'autres réponses sont plus surprenantes :

- les besoins et les pratiques des infirmiers sont similaires malgré des différences liées à la spécificité de la population accueillie.
- il n'existe pas d'écarts notables dans l'exercice des soignants quelle que soit leur expérience.

Toutefois, le questionnaire a ses limites :

- Cet outil ne permet pas une observation qualitative précise du travail effectué. Il ne traduit pas les subtilités de soins de chaque professionnel.
- La formulation des items de l'enquête a parfois pu manquer de clarté et être source d'ambiguïté.

Le temps et les moyens mis à disposition dans la formation n'autorisent pas un audit plus long. Dans ce cas, nous aurions pu affiner certains résultats ou répondre aux nouvelles interrogations induites par la continuité de notre réflexion. Quelques questions restent en suspens.

Dans la revue de la littérature, nous n'avons pas trouvé d'ouvrage qui aborde le thème du transfert dans son intégralité, mais des écrits ciblés sur les différentes étapes qui le composent.

Les propositions d'amélioration que nous avons formulées ont été bien accueillies et leurs mises en œuvres envisagées.

Tout au long de ce projet, nous avons manifesté un intérêt croissant pour le sujet. Nous avons souhaité travailler dans le sens d'une amélioration et d'une optimisation de nos pratiques quotidiennes. Nous nous sommes investies, soutenues par nos collègues de terrain et notre hiérarchie.

Pour l'avenir, nous espérons pouvoir partager cette expérience, en qualité de personnes ressources. L'objectif étant toujours de prolonger et d'approfondir la réflexion, nous nous tenons à leur entière disposition.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement les personnes intervenues dans l'élaboration de notre travail.

- Les personnes ressources de la clinique de Belle-Idée :

Madame Galli-Carminati, Professeur et Médecin Responsable de l'Unité de Psychiatrie du Développement Mental,

Monsieur Bertschy, Professeur et Médecin Adjoint Agrégé Responsable des Services de Psychiatrie Adulte,

Monsieur Ferrero, Professeur et Médecin Chef des Services de Psychiatrie Adulte,

Monsieur Irion, Professeur et Président de la Commission Centrale d'Ethique de la Recherche sur l'Etre Humain au sein des Hôpitaux Universitaires de Genève,

Madame Balahowcsky, Infirmière Responsable des Soins du Département de Gériatrie,

Madame Vaucher, Infirmière Responsable des Soins du Département de Psychiatrie,

Monsieur Gonzalez, Infirmier Assistant de Gestion du Département de Psychiatrie.

- Tous les collaborateurs des unités de soin Lison et Sillons 1 :

Les Responsables Infirmiers Madame Dunoyer, Madame Ovan et Monsieur Peyruchaud ainsi que toutes les infirmières et infirmiers pour leur accueil, leur intérêt, leur disponibilité et leur participation à notre projet.

- Les chargées de formation du Service de Formations Spécialisées :

Madame Longagna et Madame Rossel pour leur attention donnée et leur persévérance dans la construction et la concrétisation de ce travail.

Nous souhaitons aussi remercier Monsieur Jamet pour son intérêt porté à notre questionnement et pour nous avoir fait parvenir son ouvrage : *«Aspects juridique, théorique, pratique. L'accueil en psychiatrie»*.

Enfin, nous remercions chaleureusement nos conjoints et nos familles pour leur patience, leur compréhension et leur soutien tout au long de ces 15 mois de formation.

***MERCI A TOUTES ET A TOUS.***

## 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/compagh/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.