

**Prise en charge
pluridisciplinaire à l'Unité de
Crise**

**Diane Helsing
Kris Van Gerwen**

A. Présentation du service :

- **1. Introduction**
 - **L'approche pluridisciplinaire est le cadre qui garantit le travail de mise au point diagnostique et d'orientation thérapeutique ;**
 - **Le travail d'équipe est garant de qualité ;**
 - **Travail en trio, les observations de chaque membre soutient le processus diagnostique.**

A.Présentation du service :

2. Origine des centres de crise.

- Création en 1992 :
- Réalité économique
 - Objectif de diminuer la durée des hospitalisations psychiatriques ;
 - Parer au manque de lits d'hospitalisation.

A.Présentation du service :

3. Référents théoriques

- Lindemann
- Kaplan
- CTB de Genève (Dr Andréoli)
- Service d'urgence de l'UCL (Dr Declercq)

Kaplan :

- Déséquilibre et désorganisation temporaire ;
- Nécessité d'adaptation d'un individu et de son environnement ;
- Quand les mécanismes d'adaptation sont insuffisants la période de rééquilibration prendra plus de temps ;
- Vécu de tension, confusion et désarroi ;
- Augmentation de l'angoisse ;
- Symptômes –internalisés ou externalisés ;
- Ouverture vers le changement ou chronification.

Lindemann :

- Étude sur les catastrophes dans les années après guerre
- Certains événements sont générateurs de tension émotionnelle et de stress pour tous
- seules les personnes vulnérables vont développer un état de crise du fait de leurs expériences antérieures et de leur faible capacité à mettre en place les mécanismes d'adaptation.

Andreoli :

- Début des années 60 aux USA tentative de désinstitutionnalisation du soin psychique ;
- CTB créés dans les années '80 :
 - Souci économique
 - Souci clinique

Andreoli :

- Clinique basée sur les concepts suivants :
 - La crise est un phénomène de résistance à des changements existentiels ;
 - Résistance à laquelle participe l'individu et son entourage ;
 - Dans ce contexte la demande de soins hospitaliers correspond surtout à un rejet du patient par l'entourage.

Andreoli :

- L'objectif de l'intervention de crise consiste à
 - améliorer l'alliance « patient – entourage » ;
 - considérer le développement de la crise comme un processus d'interaction.

Declercq :

- Redéfinition de la prise en charge psychiatrique :
- Symptomatologie diversifiée et mouvante ;
- Augmentation des demandes de prise en charge aux urgences ;
- Dépassement de l'analyse du seul symptôme
- Ecoute et réflexion aux urgences ;
- Recadrer la demande initiale.

B. Organisation du soin :

1. Nature du travail

- Admission brève de personnes en situation de crise présentant une décompensation psychique modérée ;**
- Théorie de la souffrance psychique et du soin à lui apporter :**
 - Valeur du symptôme renvoie à un conflit psychodynamique sous-jacent.**

B. Organisation du soin :

1. Nature du travail :

- **Mise au point diagnostique bio-psycho-sociale:**
 - **Importance de pouvoir évaluer correctement dans le chaos**
- **Tissage d'un premier lien thérapeutique**
- **Orientation vers une prise en charge en ambulatoire**
- **Case-management**

B. Organisation du soin :

2. Cadre de travail:

- Trio thérapeutique + travailleur social**
- Plusieurs travaillent à propos d'un même patient**
- L'équipe est le lieu où va pouvoir se déployer le scénario du patient**
- Travail à plusieurs à l'élaboration**

B. Organisation du soin :

- Bernard Penot:
 - Travail à plusieurs en institution soignant
 - Non jugement du vécu subjectif des membres de l'équipe
 - Reconnaître ce qui se passe à fin de le rendre appropriable pour le patient.

B. Organisation du soin :

- Équipe utilise comme ressource de travail de crise
- Nécessité d'un climat de sécurité et d'un climat de confiance.

B. Organisation du soin :

- Bernard Voizot:
 - Travail d'équipe comme mise en commun des figurations qui traduisent la problématique du sujet

B. Organisation du soin :

- François Feder:
 - La cohésion suffisante du groupe soignant autour d'une théorie partagée permet un véritable processus thérapeutique

B. Organisation du soin :

Prise en charge en quatre phases

- Clarification ;
- Structuration ;
- Orientation ;
- Follow up.

Pourquoi le travail à 3 ?

- Beaucoup de patients ont des troubles de personnalité avec grande immaturité ;
- Il faut alterner soutien, renarcissisation et interprétations déstabilisantes ;
- Les personnalités et cadres théoriques variés de l'équipe vont interagir de manière complémentaire ;
- L'accrochage sera influencé par leur manière d'interagir avec leurs proches.

Pourquoi le travail à 3 ?

- Meilleure gestion du transfert et du contre-transfert :
- Forum de discussion :
Mise en commun de différents regards sur le fonctionnement et l'élaboration du patient.
- Situations lourdes :
 - Besoin de soutien aussi pour les intervenants. Le trio et l'équipe constituent un lieu de débriefing.
 - Prise de décisions élaborées et multifocales

C. Modèle de soin spécifique au nursing.

- Modèle de base Nursing intégré (Koene en Grypdonck) ;
- Nursing de référence = approfondissement du modèle utilisé dans les autres unités.

Rôle du personnel infirmier :

- Infirmier de référence
 - soin global, individualisé, partenaire de contact privilégié
 - Organisation du séjour ;
 - Co-thérapeute ;
- Infirmier du groupe de patients ;
- Infirmier d'unité ;
- Infirmier de garde.

Rôle du personnel infirmier :

- **Particularités de l'unité de crise**
 - La vie dans l'unité proche du patient (unité de 6 lits) ;
 - Le nursing participe aux entretiens avec le psychiatre et la psychologue ;
 - Le nursing est garant d'amener le vécu des patients en salle auprès de l'équipe ;
 - Le travail aux urgences en binôme avec le psychiatre.

Contribution au cadre thérapeutique

- **Accueil chaleureux et empathique :**
 - Explications, attitude de non-jugement et d'acceptation, offre d'espoir ;
 - Mise en avant-plan du bien-être ;
 - Rassurant.

Contribution au cadre thérapeutique

- **Disponibilité, proximité et pro-activité ;**
- **Engagement et lien de la part du nursing ;**
- **Place à côté du patient :**
 - **permet d'influencer le vécu ;**
- **Offrir un cadre sécurisant :**
 - **Gestion du groupe.**

Interaction multidisciplinaire :

- **Le nursing est porteur de l'histoire du patient dans l'unité ;**
- **Faire le lien entre ce qui se passe dans la vie en salle et ce que le patient rapporte en entretien ;**
- **Différence entre ce que le patient pense faire, et ce qui peut être observé ;**
- **Contribution au diagnostic via l'observation, la visite, la famille, les contacts informels.**

Moyens de communication :

- **Discussion dans le trio thérapeutique;**
- **Les réunions pluridisciplinaires journalières ;**
- **Les réunions institutionnelles hebdomadaires**
- **L'accueil des demandes en réflexion avec toute l'équipe.**

Conclusion :

- **La philosophie commune et le travail pluridisciplinaire dynamisent et enrichissent toute l'équipe ;**
- **Nos points forts:**
 - **L'accueil chaleureux ;**
 - **Créer le lien et aider dans la réflexion par rapport aux situations ;**
 - **Présence.**

Conclusion :

Il se déploie une synergie entre :

- Le cadre offert ;
- Le lieu, le travail de verbalisation et le travail avec l'entourage ;
- La complémentarité des disciplines ;
- L'articulation avec la verbalisation du vécu de l'équipe ;

Ceci amène au relancement d'un processus de mentalisation.

**MERCI POUR VOTRE
ATTENTION.**