

De l'utilité de soutenir les compétences relationnelles des soignants pour traiter les patients difficiles en EMS¹

Anne-Lise Tesarik², Annie Neveu³, Joëlle Crier⁴

Nous relatons ici les réflexions faites par un généraliste et deux infirmières sur l'intervention d'un psychiatre dans l'établissement médicosocial (EMS) où nous travaillons, interventions faites à la demande d'équipes soignantes débordées face à la décompensation et aux troubles du comportement de résidents borderline devenus dépendants physiquement. Le psychiatre appelé a d'emblée refusé le rôle du consultant qui examine le patient, pose un diagnostic et propose un traitement. Il a pris l'initiative de centrer son intervention sur le soutien et la formation de l'équipe soignante, utilisant les problèmes posés par le patient concerné comme base de cette formation. Pour ce faire, il a réuni pour un ou plusieurs colloques toute l'équipe soignante de l'étage concerné, y compris le médecin généraliste. Son but: permettre à chacun d'exprimer ses difficultés pour, dans un deuxième temps, élaborer des outils relationnels communs. Le résultat a dépassé nos espérances, permettant de souder l'équipe dans une attitude thérapeutique efficace.

Wir berichten hier von den Überlegungen eines praktischen Arztes und zweier Krankenschwestern zur Intervention eines Psychiaters in einem Pflegeheim, in dem wir arbeiten. Die Intervention erfolgte auf Anfrage des überlasteten Pflorgeteams angesichts der Dekompensation und der Verhaltensstörungen von inzwischen physisch abhängigen Borderline-Patienten. Der angefragte Psychiater lehnte es von Anfang an ab, nur die Rolle desjenigen zu übernehmen, der den Patienten untersucht, eine Diagnose erstellt und dann eine Behandlung vorschlägt. Kernpunkt seiner Intervention war die Unterstützung und Schulung des Pflegepersonals unter Einbeziehung der vom Patienten gestellten Problematik. Dazu lud er das gesamte Team der betroffenen Etage (inkl. praktischer Arzt) zu einem oder mehreren Gesprächen. Ziel: Jeder sollte die Möglichkeit erhalten, seine Schwierigkeiten zu äußern, um dann in einem zweiten Schritt entsprechende gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Das Ergebnis hat unsere Erwartungen übertroffen und dazu geführt, das Team in einem effizienten Therapieansatz zusammenzuschweißen.

Dans notre expérience, les équipes soignantes des EMS ont de très grandes ressources pour prendre en charge et assumer les difficultés de la prise en charge des patients souffrant de démence. Les qualités maternantes spontanées des soignant/es, leur capacité d'observation et leur créativité font merveille. Nous pensons, par exemple, à cette patiente qui, dans ses déambulations incessantes, finissait à chaque fois dans la chambre occupée par une autre résidente, au fond du couloir. La solution: un découpage dans du carton ondulé à la forme et grandeur d'une jolie chaise, collé contre la porte. Arrivée devant cette «chaise», la patiente faisait demi-tour.

Ces mêmes équipes restent très démunies en face des patients présentant un trouble du comportement d'autre origine (borderline, psychotique chronique ou trouble du caractère) entrés en EMS parce que devenus dépendants ou développant une démence. Voici trois situations où nous avons dû faire appel à notre psychiatre consultant:

Mme N. est une dame volontaire, facilement cassante si l'on ne respecte pas ses décisions, qui n'a pas posé de grands problèmes tant qu'elle a pu faire sa vie de manière autonome. C'est sa manière de refuser obstinément, en traitant d'incapable toute personne qui tente de la soigner, le traitement difficile d'ulcérations étendues des membres inférieurs qui va rapidement décompenser l'équipe. «On pourrait accepter son refus de traitement, mais pas cette

1 Avec nos remerciements au Dr Pierre Deblaise, psychiatre FMH.

2 Spécialiste en médecine générale FMH, formation complémentaire en médecine psychosociale.

3 Infirmière clinicienne.

4 Infirmière.

image négative qu'elle nous renvoie, cette impossibilité de parler raisonnablement.» Elle éveille des sentiments de colère chez les soignants qui se sentent dénigrés.

Le tournant de la prise en charge s'est fait lors de la préparation de son retour à l'EMS, après un séjour de quelques semaines à l'hôpital pour traitement de ses ulcères. Nous l'avons visitée, une infirmière et moi, pour lui proposer un contrat. Elle l'a clairement refusé. Mais elle avait eu peur qu'on ne la reprenne plus. Notre «vous êtes la bienvenue dans la maison à condition que vous vous montriez capable d'en respecter les règles» a porté. L'équipe soignante, dans un premier temps très réservée et inquiète de devoir tenir les règles définies, a rapidement été convaincue par le changement manifeste du comportement de Mme N., ceci d'autant plus qu'il s'agissait d'une personne en fait très reconnaissante et humble lorsque le contact se passait bien. Par ailleurs, c'est surtout les infirmières diplômées qui étaient impliquées, dans un contexte très naturellement professionnel.

Mme T. est une demoiselle qui a vécu fièrement sa vie indépendante. Sa dépendance actuelle, suite à un accident vasculaire cérébral qui l'a rendue hémiplegique, lui est insupportable. Elle n'est jamais contente, réduisant les soignants à l'impuissance avec des demandes répétitives et inadéquates d'aller à selle et d'être nettoyée.

Face à l'épuisement total de l'équipe: «On en vient à s'en occuper comme d'un objet, en évitant tout contact humain!», nous organisons une hospitalisation en milieu psychiatrique. Et nous profitons de ce moment de répit pour mettre au point une grille extrêmement rigide de toute la prise en charge. Toute exception doit être décidée à deux et notifiée dans un carnet d'observation.

Ces mesures sont acceptées avec un peu d'angoisse (comment rester soi-même dans un cadre aussi rigide, est-ce compatible avec l'idéal relationnel de soignant, ose-t-on vraiment débrancher la sonnette ...) mais sans grandes difficultés, avec l'impression qu'on n'a pas le choix: tout plutôt que revivre l'enfer des semaines précédentes.

Et, à nouveau, d'emblée un résultat impressionnant, y compris la reprise d'interactions relationnelles gratifiantes avec cette patiente.

Mme R. est une patiente souffrant de multiples problèmes physiques – avec des douleurs et une angoisse difficiles à calmer – pour laquelle on ressent de la compassion. Il s'agit d'emblée d'une prise en charge difficile: elle joue avec l'affectivité des soignants, les

manipulant les uns contre les autres sans qu'ils ne s'en rendent compte. On ne peut plus travailler de manière rationnelle ni avec la patiente, ni avec les soignants.

Lors des premiers colloques se dessine très vite un cli-vage entre les infirmier/es, conscients de l'importance d'adopter une attitude thérapeutique cohérente commune, et les aides-soignantes qui ne peuvent y adhérer. Au point qu'à la deuxième réunion, la majorité des aides-soignantes sont absentes.

Il faudra un troisième colloque pour entendre leur difficulté: comment établir une relation personnalisée dans un cadre qui définit de manière rigide la réponse à donner aux demandes de la patiente et les attitudes à adopter face à son comportement?

Il a fallu, dans un premier temps, rendre sensibles les aides-soignantes au fait que, face à l'angoisse, au besoin affectif impossible à combler de cette patiente, une attitude maternelle était inefficace. Seule une attitude thérapeutique commune, respectée de tous les intervenants, peut casser la spirale de l'angoisse et permettre, pour autant que le soignant s'y investisse selon sa sensibilité, une relation vivante et satisfaisante.

Ces expériences valident notre idée de base *d'orienter la prise en charge de patients présentant des troubles du comportement en se décentrant du patient à problème pour investir dans le soutien et la formation relationnelle de l'équipe soignante*. Créer un espace de parole où puissent émerger et s'exprimer les émotions et les croyances des soignants permet de souder l'équipe dans une attitude thérapeutique commune, posant un cadre solide et des limites claires au patient. Dans ce travail, les soignants prennent conscience de l'importance de leur attitude relationnelle dans la manifestation des troubles du comportement du patient et, partant de là, de leurs possibilités d'intervenir efficacement par une attitude thérapeutique d'équipe. Il s'agit d'un traitement efficace et valorisant pour l'équipe (y compris le médecin), lui permettant d'acquérir des compétences utiles dans toutes les situations relationnelles difficiles à venir. Un point important de ce travail est la prise de conscience par les soignants que la professionnalisation de la relation (le passage d'une relation spontanée, maternante, à une relation thérapeutique, selon une modalité réfléchie en équipe), loin de dépersonnaliser la relation, permet, en prenant conscience du parasitage qu'introduit la partie pathologique du patient, de s'investir avec plaisir dans une relation chaleureuse, mettant en valeur la partie saine du patient.

Dr Anne-Lise Tesarik
Spécialiste en médecine générale FMH
24, Bd des Pérolles
1700 Fribourg