



Prise en charge des patients atteints de troubles psychopathiques en Établissement de Santé Mentale : importance du raisonnement clinique de l’équipe soignante dans leur prise en charge

I.SCHULLER, S. BOURSON, S. CAHEN, S. COLLANGE, F. DAVID, M. DELAHAIE, J-L. DENIS LAVENTURE, M-C. GRENNERAT, M. JARRY, V. MARTIN, J-M. MORVAN, M. PARIS, L. POVEDA. Groupe recherche en soins en psychiatrie. Centre Hospitalier de Montfavet. Avignon. France.

Contact : isabelle.schuller@ch-montfavet.fr ou sylvie.bourson@ch-montfavet.fr

Contexte

Bien que ne représentant qu’un faible pourcentage des prises en charge dans notre hôpital (7,6 %)(données DIM 2015), les patients atteints de troubles psychopathiques posent toujours problème aux équipes dans les unités de soins. Nous nous sommes posé la question de savoir pourquoi et ce qui pourrait être mis en place pour améliorer cela.

Protocole exploratoire

Consultation de la littérature

Mots clés : représentations sociales/équipe soignante/psychopathie/prise en charge/crise atemporelle/unité fermée.

Exploration empirique (pré-enquête)

population cible : CDS/IDE/AS/PSYCHIATRES (54 entretiens dans 5 unités accueil crise fermées et 2 UMD sur 1 EPSM)

entretiens semi-dirigés (questions ouvertes)

analyse de contenu

croisement des données

Résultats de l’exploration empirique :

L’équipe qui prend en charge ce type de patients est confrontée à un paradoxe entre conduite antisociale et réponse institutionnelle. Ce paradoxe se caractérise par la recherche systématique d’une relation duelle avec le soignant alors que ce dernier s’inscrit structurellement dans une dynamique d’équipe requérant une logique collective.

Ainsi n’existe-t-il pas de conditions spécifiques formalisant la prise en charge des troubles psychopathiques. Seules les lois de 1990, 2011 et 2013 sur les soins sans consentement et des recommandations HAS par rapport à la privation de liberté existent. La réponse institutionnelle ne cadre que la dimension prescriptive des soins. L’équipe soignante doit composer entre le symptôme psychopathique (non intégration des règles et de la loi) et la réponse institutionnelle qui pose le cadre.

Enseignement exploratoire

Il n’existe pas de conditions spécifiques formalisant la prise en charge des troubles psychopathiques. L’équipe est confrontée à un paradoxe entre conduite antisociale et réponse institutionnelle où le soignant s’inscrit structurellement dans une dynamique d’équipe requérant une logique collective alors que la recherche systématique d’une relation duelle avec le soignant est opérée par le patient psychopathe.

➤ mise en tension de ces deux logiques.

Nous décidons d’orienter notre recherche sur ce paradoxe et la mise en tension de ces deux logiques.

Objectif principal :

Mesurer l’impact de la clinique des troubles psychopathiques sur la dynamique de l’équipe soignante.

Objectifs secondaires :

- Caractériser l’impact de l’absence d’une prise en charge spécifique et formalisée des troubles psychopathiques sur la dynamique d’équipe, notamment en termes de prédominance des logiques individuelles sur la logique collective.

- Mesurer la place du raisonnement clinique dans l’élaboration d’un projet de soin individualisé.

Question de recherche et hypothèses :

Quel est l’impact de la clinique des troubles psychopathiques sur la dynamique de l’équipe soignante ?

- Comment l’équipe soignante s’accommode-t-elle de ce paradoxe ?

- Quelles logiques dominent les pratiques des différents membres de l’équipe soignante ?

1^{ère} Hypothèse :

En l’absence de formalisation de prise en charge spécifique des troubles psychopathiques, la dynamique d’équipe est mise à mal et inopérante : l’interaction positive et coordonnée n’est pas partagée entre tous les membres d’une même équipe, les accommodations du paradoxe sont dépendantes des individualités qui composent l’équipe. Les logiques dominant les pratiques des différents membres de l’équipe divergent, rendant aléatoire l’efficacité et l’efficacité du projet de soins pour ces personnes.

2^{ème} Hypothèse :

Une dynamique d’équipe favorisant la mobilisation du raisonnement clinique permettrait de concevoir et de conduire un projet de soins dans un contexte de pluri professionnalité, partant de la clinique du patient et de son projet individuel.

Type de recherche :

Recherche observationnelle multicentrique qualitative (relevant des sciences humaines et sociales : non soumise aux recours aux instances éthiques requises par la Loi Jardé)

Plan méthodologique

Protocole de recherche :

Construction du modèle d’analyse : Cadre théorique de référence : extraction des éléments significatifs (revue scientifique de littérature) à partir des 4 concepts centraux

Élaboration des guides d’entretien et grille d’analyse des entretiens à partir des éléments significatifs (analyse de contenu par thème et par catégorie professionnelle)

1 Choix des populations

Infirmiers : 30

Critères d’inclusion : 12 mois minimum d’exercice en psychiatrie adulte

Aides-soignantes : 6

Critères d’inclusion : 12 mois minimum d’exercice en psychiatrie adulte

Cadre de santé de l’UF : 6

Critères d’inclusion : 12 mois minimum d’exercice en psychiatrie adulte

Nombre total d’entretiens : 42

2 Choix des UF : 6

1 UMD, 1 CMP, 1 Admissions, 1USIP, 1 Centre d’accueil permanent

Critères d’inclusion : patients porteurs de troubles psychopathiques

3 Choix des outils

Entretiens semi-dirigés

4 Choix des méthodes d’analyse

Analyse de contenu

Analyse thématique et analyse catégorielle

Concepts centraux

1 - Troubles psychopathiques / 2 - Raisonnement clinique / 2 – 1 Projet de soins/ 3 - Dynamique de groupe/4 - Paradoxe

Trois auteurs de référence minimum par concept,

Principaux auteurs :

1 : M. Hanus

2 : T. Psiuk

2 – 1 : J. Boutinet

3 : D, Anzieu

4 : P. Watzlawick

État de l’avancée de l’étude

Investigation :

Recueil de données en voie de finalisation : difficultés d’obtenir les RV dans l’un des centres d’enquête (2 UF/6)

1^{ère} phase d’exploitation des données recueillies pour les autres UF : analyse descriptive

Travail à poursuivre : Recueil de données dans les 2 UF en cours/Finaliser l’analyse descriptive

2^{ème} phase d’exploitation des données : analyse explicative/Croisement de tous les résultats

Vérification des hypothèses/Discussion/perspectives/Conclusion de l’étude

Diffusion des résultats : Retour institutionnel/Article de recherche publiable dans une revue scientifique (indexation dans une banque de données scientifique)/Communication orale dans des journées dédiées à la recherche paramédicale