

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
du Syndicat Inter Hospitalier du Pays d'Aix

	<p><i>La liaison psychiatrie-soins généraux, la formation comme facteur favorisant ?</i></p>

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
du Diplôme d'Etat d'Infirmier

ALBERTI Thierry
Juin 2004
Promotion 35 (2001/2004)

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
du Syndicat Inter Hospitalier du Pays d'Aix

	<p><i>La liaison psychiatrie-soins généraux, la formation comme facteur favorisant ?</i></p>

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES
du Diplôme d'Etat d'Infirmier

ALBERTI Thierry
Juin 2004
Promotion 35 (2001/2004)

SOMMAIRE

INTRODUCTION	Page 1
1) PROBLEMATIQUE PRATIQUE	Page 3
1.1) Evolution de la formation et actes professionnels.....	Page 3
1.2) La notion de polyvalence et d'infirmier polyvalent.....	Page 4
1.2.1) Polyvalence (n.f.).....	Page 4
1.2.2) Polyvalent (Adj.)	Page 4
1.2.2.1) Dans le domaine Général.....	Page 4
1.2.2.2) Spécifique à la profession d'infirmier.....	Page 4
1.3) L'infirmier ; une discipline dans une équipe.....	Page 5
1.3.1) Discipline (n.f.).....	Page 5
1.3.2) Pluridisciplinarité (n.f.).....	Page 6
1.3.3) Interdisciplinarité (n.f.).....	Page 6
1.3.4) Transdisciplinarité (n.f.).....	Page 6
1.4) La compétence.....	Page 7
1.5) L'échange de compétence.....	Page 7
1.6) La psychiatrie de liaison.....	Page 8
1.6.1) Les demandes d'intervention de liaison.....	Page 9
1.6.2) Les motifs de demande.....	Page 9
1.6.3) L'infirmier de liaison.....	Page 9
1.6.4) La liaison : facteurs facilitants ou entravants.....	Page 10
1.7) Synthèse et question de problématique théorique.....	Page 11
2) PROBLEMATIQUE THEORIQUE	Page 12
2.1) Concept de systèmes ouverts.....	Page 12
2.2) Concept de changement.....	Page 13
2.2.1) La théorie des groupes.....	Page 13
2.2.1.1) Un groupe a des propriétés en commun.....	Page 13
2.2.1.2) Un groupe maintient l'invariance du résultat.....	Page 13
2.2.1.3) Pour chaque groupe existe un élément symétrique ou inverse.....	Page 13
2.2.1.4) Un groupe possède un élément neutre.....	Page 13
2.2.2) La théorie des types logiques.....	Page 14

2.2.3) Mise en lien avec la recherche.....	Page 14
2.2.3.1) Eclairage à l'aide de la théorie des groupes	Page 14
2.2.3.2) Eclairage à l'aide de la théorie des types logiques.....	Page 14
2.3) Concept de cohésion.....	Page 16
2.3.1 La cohésion humaine	Page 16
2.3.2 La cohésion technique	Page 16
2.4) Question de recherche.....	Page 17
3) CHOIX DE LA METHODE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE...	Page 19
3.1) La méthode.....	Page 19
3.1.1 La méthode systémique.....	Page 19
3.1.2 La méthode expérimentale.....	Page 19
3.1.3 La méthode clinique.....	Page 19
3.1.4 La méthode différentielle.....	Page 20
3.2) Les variables.....	Page 20
3.2.1 Les variables intergroupes.....	Page 20
3.2.2 Les variables intra individuelles (VIa)	Page 20
3.2.3 Les variables inter individuelles (VIr).....	Page 20
3.3) Outil de recherche	Page 20
3.4) La population cible.....	Page 21
3.4.1) Les services.....	Page 21
3.4.2) Les infirmiers.....	Page 21
3.5) Analyse des données.....	Page 21
3.5.1 Les variables intra-individuelles.....	Page 21
3.5.2 Les variables inter-individuelles.....	Page 21
CONCLUSION	Page 22
BIBLIOGRAPHIE	Page 23
ANNEXES	Page 24
Annexe 1 : Facteurs limitants ou entravants la formulation d'une demande de consultation de liaison.....	Page 24
Annexe 2 : Entretien avec "Liliane".....	Page 25
Annexe 3 : Questionnaire.....	Page 29
Annexe 4 : Cotation des données intra individuelles.....	Page 33

	INTRODUCTION

Ma formation va prendre fin et je vais pouvoir intégrer un service de soins. Durant ces trois années, j'ai bénéficié d'une formation théorique et suis passé par de nombreux stages qui m'ont permis d'appréhender les différentes facettes de la profession d'infirmier. J'ai été souvent confronté à la souffrance physique et/ou psychologique des patients, qui peut parfois être particulièrement intense. Si intense que dans certains cas, l'intervention extérieure d'équipes mobiles peut être sollicitée. Durant mes différents stages j'ai pu croiser deux types d'équipes de ce genre, l'équipe de liaison de l'unité douleur et celle du Centre d'Accueil Permanent pour 48h (C.A.P. 48).

Cependant j'ai pu constater que ces équipes étaient parfois appelées tardivement, voir pas du tout. Pour illustrer ce fait, voici deux exemples :

- Un relatif à l'unité douleur :

« Mme "M" âgée de 78 ans, dialysée avec une artériopathie entraînant une nécrose du gros orteil. Cette personne était très algique et particulièrement lors des soins (des morceaux de peau nécrosée tombaient lors des soins, l'os était à nu), elle gémissait toute la journée. Sa prise en charge au niveau de la douleur était difficile du fait de sa dialyse (mauvaise élimination de la morphine entraînant des surdosages médicamenteux). L'équipe médicale prise en tenaille par la famille sur le devenir de Mme "M" (l'arrêt des dialyses signifiant sa mort) n'a pas sollicité l'unité douleur pour avis durant mon mois de stage. »

- Un autre concernant l'intervention du C.A.P. 48 :

« Madame "N" âgée de 85 ans, s'est cassée le col du fémur et arrive dans le service où ne pouvant être opérée rapidement elle est mise en traction. Cette personne a très rapidement montré des signes de tristesse, elle pleurait beaucoup, ne supportait pas son état et son humeur était dépressive. Il a été très rapidement pointé par l'équipe que madame "N" présentait un syndrome dépressif. Toutefois, plus de deux semaines se sont écoulées avant que l'équipe du C.A.P. 48 ne soit sollicitée. Durant ce laps de temps aucune prise en charge psychologique et/ou médicamenteuse ne lui a été proposée. Mais paradoxalement dans le même stage j'ai pu constater une sollicitation extrêmement rapide du C.A.P. 48 pour la prise en charge d'un couple de vacancier accidenté de la route. »

Durant mes stages, lors de ses interventions dans les services j'ai eu l'occasion de rencontrer à de nombreuses reprises l'infirmière de liaison du C.A.P.48. A la suite de nos différents échanges, j'ai désiré faire un stage dans ce service, ce que j'ai pu concrétiser en fin de 2^{ème} année. Lors de celui-ci, j'ai appréhendé l'urgence psychiatrique qui est une prise en charge bien spécifique, mais je n'ai pu suivre l'infirmière de liaison dans son travail. Ce stage a été déterminant dans le choix de mon devenir professionnel et j'y retourne deux mois

pour mon stage professionnel. C'est donc vers la psychiatrie que j'oriente mon projet professionnel et c'est pourquoi, tout naturellement mon travail de fin d'études s'articule autour de la psychiatrie et plus particulièrement de la psychiatrie de liaison.

S'il est clair que la coopération entre psychiatrie et soins généraux va dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients et de leur individualité. Dans les faits, il semble exister de nombreux facteurs entravants cet échange de compétence (les exemples précédents en sont une illustration). Mon thème de recherche tourne autour des éléments intervenants dans la demande ou non d'intervention de l'équipe de liaison et particulièrement de l'infirmier de liaison. Ce d'autant plus que depuis 1995, la différenciation entre infirmier diplômé d'Etat et infirmier de secteur psychiatrique n'existe plus avec la sortie des premiers infirmiers bénéficiant du diplôme d'Etat commun.

	1) PROBLEMATIQUE PRATIQUE

Lors de mon entretien avec "Liliane"¹, infirmière de liaison au cap 48, celle-ci insiste sur le fait que l'arrivée dans les services d'infirmiers diplômés après 1995 a modifié ses interventions. Elle précise qu'« elles ne sont pas dans le rejet comme on a pu le voir "A ça c'est psy, non !" ». Il me semble intéressant d'éclairer cette remarque sur la place de la psychiatrie en envisageant rapidement l'évolution de la formation des infirmiers (DE et ISP) et sa répercussion dans la rédaction des actes professionnels.

1.1) Evolution de la formation et actes professionnels

La formation d'infirmier est axée sur la prise en charge globale du patient aussi bien au niveau physique que psychique. Toutefois, ce n'est que depuis le 23 mars 1992 que la formation d'infirmier devient polyvalente. Avant cette date coexistaient deux formations bien distinctes conduisant : au diplôme d'état d'infirmier² (IDE) (créé en 1922) et au diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique³ (ISP) (réglementé en 1955).

En 1979 (arrêté du 16/2/73 modifié) mise en place d'un programme comprenant une 1^{ère} année commune aux élèves IDE et ISP consacrée à "l'étude de l'homme sain" mais c'est l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme de formation des études en soins infirmiers qui établit un programme qui fusionne les soins généraux et la psychiatrie en faisant apparaître la notion de « polyvalence » dans le programme.

En ce qui concerne l'exercice de la profession, le décret du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier mentionne « l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispense soit sur prescription médicale, soit dans le cadre de leur rôle propre », rien en ce qui concerne la personnalité ou l'aspect psychologique de la personne. Depuis la mise en place du diplôme commun, deux décrets relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier se sont succédés. Le premier, datant du 15 mars 1993 introduit, dans ses Art. 3 et 4, sept actes relevant de la psychiatrie. Il faudra attendre le décret du 11 février 2002 pour que l'aspect psychologique soit intégré de manière plus globale. Il fait apparaître dans son Art. 2 la notion de prise en charge de la détresse psychique et surtout dans son Art. 5 où les actes accomplis « dans le domaine de la santé mentale » sont clairement identifiés. Pour finir la reconnaissance de l'urgence psychologique est introduite dans son Art. 13.

¹ Entretien semi-directif réalisé afin d'étayer ma problématique d'une expérience de terrain. "Liliane" est un pseudonyme donné pour respecter son anonymat.

² Ce diplôme permet de travailler aussi bien en soins généraux qu'en psychiatrie.

³ Ce diplôme ne permet d'exercer qu'en psychiatrie.

Cette présentation rapide de l'évolution des textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession d'infirmier montre que l'introduction des notions de psychisme et de psychiatrie s'est opérée lentement mais sûrement depuis 10 ans. Ce "nouveau" DE a vu la mise en évidence d'une nouvelle caractéristique : la polyvalence dans la formation.

1.2) La notion de polyvalence et d'infirmier polyvalent.

1.2.1) Polyvalence⁴ (n.f.) :

Suivant le domaine auquel on applique ce terme, il peut revêtir plusieurs définitions⁵. Je ne retiendrai ici que l'acception issue du cadre de la formation et du perfectionnement du personnel :

➔ Caractéristique de certaines fonctions qui permet qu'un individu puisse en assumer plusieurs de façon satisfaisante. (Office de la langue française 1987)

Si la polyvalence qualifie une fonction, le terme polyvalent est centré sur la personne.

1.2.2) Polyvalent (Adj.) :

1.2.2.1) Dans le domaine Général⁴

➔ Qualifie une personne qui est à l'aise dans plusieurs disciplines ou douée de talents variés. (Office de la langue française 2002)

1.2.2.2) Spécifique à la profession d'infirmier⁶

Induite par le programme des études, fixée par l'arrêté du 23 mars 1992, complétée par l'arrêté du 28 septembre 2001 :

➔ La polyvalence de l'infirmier y est définie comme l'aptitude « à dispenser des soins infirmiers **prenant en compte l'ensemble des problèmes posés par une atteinte fonctionnelle et une détresse physique ou psychologique ...** »

Cette dernière définition s'inscrit dans une vision holistique de la personne. J'entends ici le terme « holiste » dans le sens étymologique que propose Gérard Fourez⁷ (2001), professeur des facultés universitaires de Namur : « terme qui renvoie à deux mots anglais,

⁴ <http://www.granddictionnaire.com>

⁵ Dans le domaine de la gestion (mouvement de personnel)⁴

➔ Aptitude, pour le personnel d'un même service par exemple, d'accomplir d'autres travaux que ceux qu'il doit accomplir normalement. (Office de la langue française 1984)

Dans le domaine de la gestion (gestion des ressources humaines)⁴

➔ Capacité d'un groupe d'employés d'occuper individuellement plusieurs postes distincts exigeant des qualifications différentes. (Office de la langue française 1987)

⁶ F.N.E.S.I., *Guide de l'étudiant en soins infirmiers*, édition F.N.E.S.I., 2003, page 22.

⁷ Fourez G., *Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité*, Revue Recherche en soins infirmiers - N°66- Septembre 2001, page 20.

l'un (whole) renvoyant à la globalité, l'autre (holy) au caractère sacré de tout ce qui est singulier. » Il est à noter que l'OMS en 1997 dans la déclaration de Vienne a inscrit dans les principes fondamentaux des hôpitaux promoteurs de la santé l'approche holistique. Elle avait déjà été introduite dans la charte d'Ottawa dès 1986 sur la promotion de la santé comme un des « éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé ». J'aime à penser que l'évolution de la formation des infirmiers est une conséquence de cette vision plus holistique au niveau mondial. Pour finir, je citerai Gérard Fourez⁸ (2001) qui pose la question de savoir si l'approche holistique « ne se caractérise pas par un refus implicite de faire son deuil d'une connaissance absolue » et l'oppose à l'approche interdisciplinaire qui « cherche à construire sur mesure une perspective appropriée à la singularité de la situation ». Ce questionnement intervient dans le cadre d'une étude des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité. Cette opposition me permet de faire un parallèle entre ces deux notions et de compléter ma proposition initiale supposant que le diplôme d'état permet à l'infirmier d'avoir une vision plus holistique de la personne (dans son individualité) mais également une approche plus interdisciplinaire de la prise en charge (je m'appuie pour le dire sur mon expérience actuelle d'étudiant en soins infirmiers).

L'approche interdisciplinaire n'est cependant pas la seule façon de travailler en équipe.

1.3) L'infirmier : une discipline dans une équipe

Pour bien différencier les interactions de l'infirmier dans une équipe, je vais définir successivement les notions de discipline, de pluridisciplinarité, de transdisciplinarité et d'interdisciplinarité⁹.

1.3.1) Discipline¹⁰ (n.f.) :

➔ C'est une branche du savoir pouvant faire l'objet d'un enseignement.

(Office de la langue française 1998)

➔ Domaine de connaissances dans un programme d'étude.

(Office de la langue française 1991)

⁸ Fourez G. , *Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité*, Revue Recherche en soins infirmiers - N°66- Septembre 2001, page 20.

⁹ Il existe aussi le terme de multidisciplinarité¹³ « C'est lorsque l'équipe adopte la juxtaposition de différents savoirs et l'utilisation parallèle de plusieurs disciplines, sans qu'il y ait de relations établies entre elles. » Mais il ne peut être employé ici dans le cadre d'une équipe soignante.

¹⁰ <http://www.granddictionnaire.com>

La note émanant de l'office de la langue française (1998)¹¹ aide à donner du sens au terme de discipline dans le cadre de la fonction d'infirmier. En effet, durant sa formation, l'infirmier a validé des modules de pneumologie, de cardiologie, ... mais ici cardiologie a le sens de matière alors que pour le médecin il revêt le sens de discipline¹². On ne peut donc pas dire que deux infirmiers travaillant dans des services différents exercent des disciplines différentes. Ils exercent la même profession dans le cadre d'une discipline polyvalente définie par l'arrêté du 29 mars 1992 relatif au programme de formation des études en soins infirmiers.

1.3.2) Pluridisciplinarité¹³ (n.f.) :

➔ C'est lorsque l'équipe adopte l'utilisation combinée de différentes disciplines, en vue d'une meilleure efficacité.

1.3.3) Interdisciplinarité¹³ (n.f.) :

➔ C'est lorsque l'équipe met en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour prendre en charge des patients à problèmes multiples. L'interdisciplinarité augmente l'efficacité et permet une synergie dans l'équipe.

1.3.4) Transdisciplinarité¹³ (n.f.) :

➔ C'est lorsque les interactions entre les différentes disciplines sont tellement fondamentales et devenues nécessaires qu'elles aboutissent à l'identification d'une nouvelle discipline (par ex., la gérontologie sociale, la psychologie communautaire, la psychosociologie, etc.) (Voyer, 2000)

De nombreux articles ont évoqué l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire ou pluridisciplinaire notamment Brigitte Gosso¹⁴ (1997), cadre de santé, qui a mené une recherche sur la complémentarité entre infirmier DE et infirmière de secteur psychiatrique.

¹¹ Note de l'office de la langue française¹⁰ : Le français, l'histoire, la géographie, la physique sont des disciplines. La tranche de chaque discipline que l'élève inscrit à son programme d'une année est une matière : l'histoire est une discipline ; l'histoire de troisième année est une matière.(1998)

¹² En structure hospitalière les médecins sont tous spécialisés dans une discipline. La formation d'un cardiologue est différente de celle d'un dermatologue. Toutefois, la tendance actuelle est à la spécialisation des infirmiers comme le suggère le rapport Berland (2003) concernant le transfert de tâches et de compétences. On peut noter que le conseil national de l'ordre des médecins dans son rapport sur la « délégation et transfert de compétences » (2004) le résume à une délégation de tâche.

¹³ Voyer P., *L'interdisciplinarité, un défi à relever*, The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, Mai 2000, pages 39.

¹⁴ Gosso B., *Quand psy et DE se rencontrent, le malade est gagnant*, Revue Objectif Soins, Novembre 1997 - N°58, page 26.

Elle conclut, que par delà les difficultés d'intégration, « Avec cette double reconnaissance et le respect mutuel des compétences, on peut aboutir à un travail en complémentarité avec des échanges et des mises en commun d'expériences. » et poursuit en précisant que « Cette complémentarité des compétences met les infirmières en position d'aide vis-à-vis des autres, au bénéfice du patient et de son entourage. Le malade est reconnu comme un tout dans son individualité ». Comment qualifier cette interaction professionnelle ? Brigitte Gosso¹⁵ (1997) dans son propos parle de « reconnaissance des compétences » entre l'infirmier diplômé d'Etat et l'infirmier de secteur psychiatrique. Il me semble intéressant de préciser cette notion de compétence.

1.4) La compétence

Afin de définir la compétence, je vous propose la définition exposée dans le rapport de mission du professeur Matillon¹⁶ sur les modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé.

➔ « La notion de compétence est définie, de manière générale en première intention,..., comme "la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation"(Medef 1998, LeBoterf 1996, Zarifiant 2000) »

« Dans tous les cas, la notion de compétence intègre deux dimensions l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel. Elle pose d'une part la question de la gestion et de la reconnaissance des savoirs requis par la situation de travail, et d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels. »

On peut donc dire que la compétence s'acquiert au fil d'une multitude d'interactions individuelles et environnementales. Elle ne peut se réduire à l'obtention d'un diplôme d'Etat ce qui légitime les échanges de compétence entre infirmiers.

1.5) L'échange de compétence

Au vu des différentes définitions exposées au troisième et quatrième chapitres, il s'avère impossible de qualifier en un mot la coopération entre des infirmières de services différents. Une terminologie spécifique pourrait présenter de multiples intérêts. D'une part

¹⁵ Gosso B., *Quand psy et DE se rencontrent, le malade est gagnant*, Revue Objectif Soins, Novembre 1997 - N°58, page 24-26.

¹⁶ Matillon Y., *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*, Rapport de mission, Août 2003.

elle limiterait le sentiment d'échec et d'incompétence défini par SM Consoli¹⁷(1998) comme « facteur limitant »¹⁸ la demande de consultation de liaison, d'autre part, elle renforcerait la notion d'appartenance à la profession d'infirmier, discipline soignante forte de ses multiples compétences.

Je prends le risque de proposer le néologisme "d'intercompétencialité". Découlant de la notion d'interdisciplinarité et de compétence. Il pourrait être défini comme ceci :

Intercompétencialité :

➔ C'est lorsque l'équipe met en relation d'échanges et de travail des personnes d'une même discipline dont les compétences sont différentes en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour prendre en charge des patients à problèmes multiples.

Cet échange de compétence est au cœur des interventions des équipes de liaison. C'est pourquoi, après avoir abordé l'évolution de la formation d'infirmier et travaillé le type de relation existant entre deux infirmiers, je vais maintenant recentrer ma problématique sur la psychiatrie de liaison intervenant dans les services généraux.

1.6) La psychiatrie de liaison

La psychiatrie de liaison est apparue aux Etats-Unis il y a environ une soixantaine d'années. En France l'arrivée de la psychiatrie de liaison date des années 70 avec la réintégration de certains services de psychiatrie à l'hôpital général. SM Consoli¹⁹ (1998) analyse cela comme un élément non négligeable du « rapprochement de la médecine et de la psychiatrie qui, pendant des années, sinon des siècles, avaient travaillé d'une manière relativement parallèle et clivée. » Ce point est important car l'infirmier de liaison évolue toujours plus ou moins dans cette dualité et ce malgré la présence croissante des nouveaux diplômés.

Mais en quoi consiste la psychiatrie de liaison concrètement ?

Pour répondre à cette question, je définirai successivement les principaux services faisant intervenir l'équipe de liaison, les principaux motifs d'intervention et la fonction de l'infirmier de liaison. J'aborderai aussi les facteurs facilitants ou entravants la demande d'une consultation.

¹⁷ Consoli SM, *Psychiatrie à l'hôpital général*, Encycl Méd Chir (Elsevier,Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10,1998, page 3.

¹⁸ Cette notion est détaillée page 9 au sous chapitre 1.6.4) La liaison ; facteurs facilitant ou entravant.

¹⁹ Consoli SM, *Psychiatrie à l'hôpital général*, Encycl Méd Chir (Elsevier,Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10,1998, page 3.

1.6.1) Les demandes d'intervention de liaison

V. Daoud Le Boite, E. Guillibert²⁰ (2000) ont répertorié les différentes études évaluant la demande.

Il en ressort une similitude dans les inégalités des demandes parmi les différents services (Médecine →40 à 60%, chirurgie →15 à 25%). Ils analysent ces disparités d'un côté par « le type de population accueillie, et à la pathologie prise en charge dans le service » et de l'autre par l'équipe soignante « elle est influencée par des facteurs personnels et institutionnels et va évoluer en fonction des relations et des expériences partagées entre équipe de liaison et équipe du service ». C'est sur ce dernier point que se centre mon travail.

1.6.2) Les motifs de demande

V. Daoud Le Boite, E. Guillibert²¹ (2000) ont également analysé les différentes études sur les motifs de demande de consultation. Il en ressort que les situations « rencontrées dépassent largement le champ de la psychiatrie classique » 25% des interventions ne sont liées à aucune « affection psychiatrique manifeste ». Je ne me lancerai pas ici dans un listing exhaustif des pathologies rencontrées mais voici les trois plus fréquemment rapportées ; (28 à 58%) de syndromes dépressifs, (35 à 43%) de tentatives de suicides et (8 à 28%) de syndromes mentaux d'origine organique ou dit différemment « de réactions ou de difficultés psychiatriques liées à une affection de nature essentiellement physique. »²²

1.6.3) L'infirmier de liaison

Yvette Collet²³ définit sa fonction comme suit : « Elle participe à l'évaluation de la situation clinique, parfois seule en première intention avant d'en référer à un psychiatre, le plus souvent en binôme avec un psychiatre. Elle participe à l'orientation du patient, au soutien auprès des patients hospitalisés sur des périodes longues. Elle participe aux échanges avec les autres soignants du service accueillant ...comme la prise en charge psychiatrique, par des entretiens réguliers pendant l'hospitalisation,...pour soutenir l'équipe lorsque celle ci se trouve en difficulté avec un patient. »

²⁰ Daoud Le Boite V., Guillibert E., *Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 46.

²¹ Daoud Le Boite V., Guillibert E., *Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 47.

²² Lépée M., *Repenser la psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 33.

²³ Collet Y., *Equipe de secteur psychiatrique mobile pluri-disciplinaire de psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 32.

"Liliane" souligne le fait que pour les patients régulièrement hospitalisés en psychiatrie, avoir un lien avec un infirmier de psychiatrie les rassure lors de leur séjour en soins généraux et précise que « ça rassure aussi l'équipe soignante. »

1.6.4) La liaison : facteurs facilitants ou entravants

La grande difficulté de la liaison comme le souligne SM Consoli (1998), c'est « l'émergence puis la formulation de la demande »²⁴. L'immense majorité des demandes sont issues des équipes soignantes et ce même si l'information de l'existence de l'équipe de liaison a été correctement faite aux patients^{25, 25}. Les échanges avec l'équipe somaticienne sont donc déterminants pour favoriser la demande d'intervention. SM Consoli (1998) a dressé un tableau synthétisant les facteurs facilitateurs et les facteurs limitants²⁶. Ces facteurs (qu'ils soient facilitateurs ou limitants) peuvent émaner soit du soignant, de l'équipe qui fait la demande ou de l'équipe de liaison. Il est à noter que **le patient n'apparaît pas comme facteur limitant**.

Je vais détailler ici les facteurs entravants la demande d'intervention. Peuvent être considérés comme facteurs limitants : Les convictions personnelles sur l'intérêt d'une approche psychiatrique (je pense que ce facteur est un élément de compréhension du cas de Mme "N" qui contrairement au jeune couple accidenté et manifestement choqué n'a bénéficié que tardivement de l'intervention de la liaison), la banalisation des troubles identifiés comme normaux (Je vois là un axe de compréhension du cas de Mme "D" où il transparaissait une fatalité face à cette douleur qui ne semblait pouvoir céder que dans la mort).

On trouve aussi d'autres facteurs limitants comme une approche essentiellement technique des soins ou encore le vécu de l'intervention de la liaison comme une incompétence partielle.

Une mauvaise circulation de l'information concernant le patient et sa famille peut également ralentir la décision de faire intervenir l'équipe de liaison. D'un autre côté, un manque de disponibilité, de rapidité de l'équipe de liaison ou des critiques antérieures sur la pertinence de la demande émanant des équipes somaticiennes est également un facteur limitant.

²⁴ Consoli SM, *Psychiatrie à l'hôpital général*, Encycl Méd Chir (Elsevier,Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10,1998, page 3.

²⁵ D'une façon générale, comme le souligne Mme Lépée²³ (2000) directrice de la DRASS de Picardie « La psychiatrie de liaison n'est pas suffisamment connue dans ses réalisations, ses techniques et encore moins ses résultats tout à fait appréciable » ce qui ne doit pas favoriser l'information aux patients.

²⁶ Mis en annexe.

Pour résumer, on peut dire que la plus grande partie des facteurs limitants découle du « rôle opératoire »²⁷ des membres de l'équipe. Devillard O. (2000) détermine ce rôle comme découlant d'un comportement issu « des préférences, des qualités sociales et des attitudes du à des sentiments et opinions »²⁷.

1.7) Synthèse et question de problématique théorique

Je viens en quelques pages d'évoquer l'évolution de la formation des infirmiers, de donner une approche des notions de polyvalence, de discipline, de compétence et enfin de présenter la psychiatrie de liaison. On peut se demander où se trouve le patient dans tout cela ? Je réponds : partout.

Car à l'instar d'un soin technique, comme la pose d'un cathéter, où la phase de préparation du site²⁸ est un préalable indispensable à son exécution, la demande d'intervention est un préalable indispensable à l'intervention de la liaison. Donc, comprendre et limiter les éléments relationnels et interactionnels qui limitent l'intervention de la liaison est une façon d'agir directement sur la prise en charge du patient.

A l'issue de cette problématique, il me paraît intéressant d'approfondir la question suivante : « **La présence, dans les services de soins généraux, d'infirmiers ayant le diplôme d'état commun est-elle un facteur favorisant la demande de consultation de l'équipe de liaison ?** ».

²⁷ Devillard O., *La dynamique des équipes*, Editions d'organisation, 2000, page 40.

²⁸ « Le site de perfusion doit être rigoureusement nettoyé avec une solution antiseptique avant la ponction de la veine. » Source www.anaes.fr.

	2) PROBLEMATIQUE THEORIQUE

En préambule, je reprendrai Watzlawick P.²⁹ (1978) ,citant Einstein, qui rappelle que « C'est la théorie qui décide de ce que nous sommes en mesure d'observer » et de continuer en précisant « que dans les relations humaines la "théorie" est elle même le produit de la ponctuation³⁰ ».

Considérant cela, je pose mon questionnement de fin de problématique pratique sous l'angle des interactions humaines et de la communication.

Même si les interactions se font au niveau interindividuel (d'infirmier à infirmier par exemple), chaque individualité s'inscrit dans un système donné. J'entends par système un « ensemble d'éléments en interactions dans la poursuite d'une ou de plusieurs finalités spécifiques. » Malarewicz J.A.³¹. (2000). Je vais donc théoriser sur le système dans lequel va s'inscrire l'intervention de la liaison. L'approche systémique³² qui « recompose l'ensemble des relations significatives qui relie des éléments en interaction. »³³ est la plus appropriée.

2.1) Concept de systèmes ouverts

Ma présentation de l'approche systémique se veut volontairement synthétique et succincte.

Les propriétés des systèmes ouverts³⁴ se caractérisent par les principes de totalité, de rétroaction et d'équifinalité.

Le principe de totalité

Les liens unissant les éléments d'un système font que toute modification d'un des éléments aura une incidence sur les autres éléments et sur le système entier.

Le principe de rétroaction « feedback »

C'est le principe de circularité des interactions par opposition aux processus linéaires. Le système est « source de ses propres modifications »³⁵

Le principe d'équifinalité

Cela revient à dire qu'une condition initiale peut avoir plusieurs finalités et qu'inversement plusieurs conditions initiales peuvent aboutir au même résultat final.

²⁹ Watzlawick P., *La réalité de la réalité*, Editions du Seuil « Points Essais », 1978, page 68.

³⁰ Ici dans le sens de « point de vue ». Watzlawick P.²⁹ (1978) défend la thèse « qu'il n'existe pas de réalité absolue, mais seulement des conceptions subjectives et souvent contradictoires de la réalité »

³¹ Malarewicz J.A., *Systémique et entreprise*, Editions Village Mondial, 2000, p 19.

³² C'est à l'école de Palo Alto que l'on doit l'adaptation de l'approche systémique aux relations humaines.

³³ Marc E., Picard D., *L'école de Palo Alto*, Editions Retz, 1984, p 19.

³⁴ Système en interaction avec son environnement, son milieu.

³⁵ Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D., *Une logique de la communication*, Editions du Seuil « Points Essais », 1972, p 127.

2.2) Concept de changement

Pour définir ce concept de changement, Watzlawick³⁶ (1975) utilise et interprète de façon analogique les théories mathématiques des groupes et des types logiques. Il identifie deux niveaux de changement. Un changement interne au groupe défini par la théorie des groupes (appelé **changement 1**) et un changement issu des types logiques fournissant un modèle pour examiner la relation entre un membre et son groupe (appelé **changement 2**).

2.2.1) La théorie des groupes

Elle définit les groupes comme un ensemble se composant d'éléments ayant différentes propriétés régissant les différents changements se produisant à l'intérieur du groupe sans le modifier lui-même. A l'intérieur de ce groupe interagissent d'autres groupes (sous groupe) se subdivisant eux-même en sous groupe qui à chaque fois deviennent des éléments de l'ensemble.

2.2.1.1) Un groupe a des propriétés en commun

Un dénominateur commun avec comme contrainte que la combinaison des différents éléments donne également un élément du groupe. Ceci permet une « multitude de changement à l'intérieur du groupe » tout en empêchant les membres du groupe de sortir du groupe.

2.2.1.2) Un groupe maintient l'invariance du résultat

La place des éléments du groupe n'interfère pas dans l'intangibilité du résultat.

2.2.1.3) Pour chaque groupe existe un élément symétrique ou inverse.

Cela s'illustre par la maxime « plus ça change, plus c'est la même chose »(p24). On peut parfaitement passer d'un extrême à l'autre sans pour autant changer les choses.

2.2.1.4) Un groupe possède un élément neutre

C'est un élément qui maintient l'identité d'un autre élément lorsqu'ils interagissent. Je prendrai l'exemple proposé par Watzlawick(1975) « Si la totalité des sons formait un groupe, son élément neutre serait le silence. »

³⁶ Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., *Changements : Paradoxes et psychothérapie*, Editions du Seuil « Points Essais », 1975.

2.2.2) La théorie des types logiques

L'axiome essentiel de cette théorie est que « ce qui comprend tous les membres d'une collection ne peut être membre de la collection » autrement dit, l'équipe est constituée de personnes mais l'équipe n'est pas une personne ce qui introduit la "hiérarchie des niveaux".

Ces deux notions nous mènent d'une part au fait que les niveaux logiques doivent être scrupuleusement séparés si l'on ne veut pas tomber dans la confusion, et d'autre part à ce que le passage d'un niveau au niveau supérieur comporte un changement, changement qui permet de sortir du système. Ces deux théories sont complémentaires.

Avant d'aller plus loin, je vais tenter de replacer ces éléments théoriques dans le cadre de mon travail.

2.2.3) Mise en lien avec la recherche

2.2.3.1) Eclairage à l'aide de la théorie des groupes

Un service de soins peut être considéré comme un groupe. Dans cette illustration, l'équipe soignante forme les éléments de ce groupe. Je vais essayer d'illustrer les différentes propriétés définies ci-dessus.

- Ils ont au moins un *dénominateur commun* qui est la prise en charge du patient.
- Outre les aspects pratiques, chacun des membres de l'équipe peut intervenir de façon *indifférenciée* le résultat sera toujours la prise en charge du patient.
- En ce qui concerne l'*élément neutre* je le comprends ici comme le départ du patient³⁷.
- Si je pars du principe que l'élément neutre est le résultat de la composition **d'élément symétrique ou inverse**, je vois dans ce cas une symétrie³⁸ entre une prise en charge axée sur la technique et une prise en charge axée sur le relationnel. En composant leurs deux actions on obtient le départ du patient.

2.2.3.2) Eclairage à l'aide de la théorie des types logiques

A ce niveau, intervient la place de la liaison dans le service. Je m'intéresserai plus particulièrement au groupe des infirmiers du service de soins. Il est intéressant d'aborder la demande de liaison dans le cadre de cette théorie.

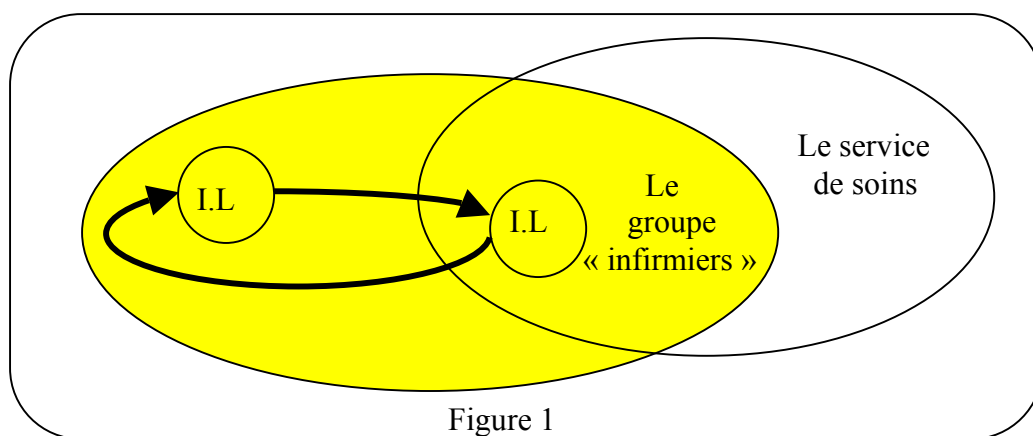
³⁷ Qu'il soit guérit, décédé ou dans tout autre état entre ses deux extrêmes.

³⁸ Je ne retiendrais ici que le terme « symétrie », le terme « inverse » me semblant source de confusion lors de la lecture dans ce cas précis.

L'infirmier de liaison, « comme tout intervenant au contact d'un système, ne peut éviter de se trouver à la fois observateur de ce système ainsi qu'acteur dans ce système. »³⁹ L'infirmier de liaison peut être considéré comme faisant partie ou non du groupe "infirmiers" du service au moment de ses interventions. On a donc, soit :

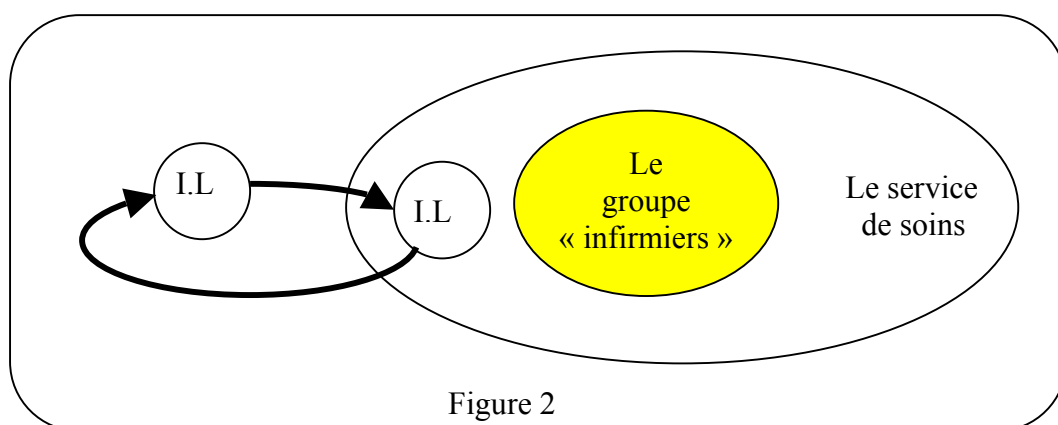
- **L'infirmier de liaison est considéré comme faisant parti du groupe infirmier.**

Dans ce cas, le sous-groupe "infirmiers" (ici en jaune) inclut l'infirmier de liaison (I.L) on peut émettre l'hypothèse que même s'il n'appartient pas au système "service de soins" son intervention sera facilitée car au niveau du groupe "infirmiers" cette intervention procèdera du **changement 1** (cf : 2.1.1.1) et du **changement 2**(cf : 2.1.1.2) pour le système "service de soins" (figure 1).



- **L'infirmier de liaison n'est pas considéré comme faisant partie du groupe infirmier.**

Là, le sous-groupe "infirmiers" n'inclut pas l'infirmier de liaison (I.L) cette configuration semble moins favorable à son intervention si l'on pose que son intervention procède d'un **changement 2** pour le système "service de soins" comme pour le groupe "infirmiers"(figure 2).



³⁹ Malarewicz J.A., *Systémique et entreprise*, Editions Village Mondial, 2000, p 99.

Maintenant, il me semble intéressant d'approfondir le concept de groupe sous l'angle de la cohésion afin de préciser la place de l'infirmier de liaison dans le groupe "infirmiers".

2.3) Concept de cohésion

O. Devillard⁴⁰ (2000) développe ce concept dans son ouvrage sur la dynamique des équipes. Citant Festinger et Schachter, il le définit comme le résultat « des forces d'attraction exercées par le groupe à l'égard de ses membres et tendant à le faire résister aux forces de désintégration ». Elle peut s'envisager à deux niveaux, « la cohésion humaine et la cohésion technique. La première constitue le socle de la deuxième ».

2.3.1 La cohésion humaine

Elle dépend de trois facteurs :

- Du lien groupal qui peut se caractériser par l'attractivité, la densité des réseaux, la structure de l'équipe et l'intérêt commun.
- Des pratiques cohésives avec les styles de commandement et le compagnonnage.
- De la cohérence du tous.

Dans le cadre de ce travail je développerai le compagnonnage qui me permettra d'identifier des attitudes utilisables pour la suite de ma recherche.

Le compagnonnage

Il se caractérise par des attitudes spécifiques comme les échanges, les signes de reconnaissance, de satisfaction, même s'ils sont très ténus, ils créent du lien. On peut l'opposer à l'ignorance, à l'indifférence. Il porte les notions de coopération et d'interdépendance. Sans cela le groupe est affaibli par les enjeux individuels. O. Devillard précise que le compagnonnage est « **conditionné par la connaissance des capacités de celui à qui on passe le relais ...** ». C'est un élément qui appuie l'hypothèse que la formation polyvalente facilite l'intégration de l'infirmier de liaison au groupe infirmier. Cela me permet d'élargir mon questionnement initial et d'envisager toutes formations ou expériences permettant d'appréhender les "capacités" de l'infirmier de liaison.

2.3.2 La cohésion technique

Sans règle commune il n'y a pas d'équipe. La cohésion technique participe de celle-ci, elle s'appuie sur des savoir-faire que décrit O. Devillard⁴⁰ (2000). Il identifie la préparation

⁴⁰ Devillard O., *La dynamique des équipes*, Editions d'organisation, 2000, pages 71-116.

et l'anticipation, la coresponsabilité, le sens de l'équipe qui s'articule autour de la prise d'initiative, du droit de regard sur l'action des autres et sur la suppléance. Mais aussi l'évaluation (ce qui a été fait, comment et les résultats permettant les modifications), l'intention collective et le rythme.

Comme pour la cohésion humaine je ne détaillerai ici que la notion de rythme qui me semble ici la plus pertinente. En effet, comme le précise O. Devillard (2000) « **le temps est contractuel et fonctionne selon un rythme commun à tous, il n'est pas envisageable que certains aient un rythme soutenu alors que d'autres se contentent d'une cadence amortie** ». Pour rapporter cet élément à mon sujet, il est marquant qu'outre la technicité⁴¹, la différence profonde entre la prise en charge psychique et la prise en charge somatique du patient est la différence de rythme.

A cette notion de rythme s'ajoute celle de culture des catégories socio-professionnelles. F. Bernoux (1985) s'appuyant sur les travaux de R. Sainsaulieu identifie indépendamment des cultures d'entreprise des sous cultures issues de « la position hiérarchique, des **situations de travail** et de **l'organisation technique** de la production »⁴². Ces éléments incluant la notion de rythme éclairent un peu plus le fait que les infirmiers objectivent leurs appartenances à un groupe à la discipline médicale dans laquelle ils exercent. Mon dernier stage en chirurgie semble illustrer ce fait, les infirmières y travaillant se sentent beaucoup plus proche des autres infirmières de chirurgie que des infirmières de médecine ou de psychiatrie.

Au terme de cette approche théorique il apparaît que l'infirmier de liaison du CAP 48 ne peut être considéré comme faisant partie du groupe "infirmiers" du moins au niveau de groupe "Service de soins". Toutefois les notions de cohésion et de culture permettent de mieux appréhender les facteurs limitants l'intervention de la liaison. La « connaissance de la capacité », de « situations de travail et de l'organisation » sont des éléments opératoires influant sur l'intervention de l'équipe de liaison.

2.4) Question de recherche

Fort de ces éléments voici ma question de recherche : **Dans quelles mesures, la formation des infirmiers en services généraux a un effet sur la demande d'intervention de l'équipe de liaison dans leurs services ?**

⁴¹ J'entends par technique l'aspect " gestuel et matériel " du soin, il est entendu que la prise en charge psychique des patients nécessite également l'utilisation de technique spécifique.

⁴² Bernoux P., La sociologie des organisations, Editions du Seuil - Essais, 1985, pages 183.

Les termes de la question de recherche :

« **Dans quelles mesures, la formation des infirmiers des services généraux** », j'entends ici toutes formations permettant d'appréhender les problèmes psychiques des patients et de pouvoir les mettre en lien⁴³ avec l'intervention de l'équipe de liaison. Que ce soit la formation initiale ou toutes autres formations et expériences professionnelles dans ce domaine.

« **a un effet sur la demande d'intervention de l'équipe de liaison dans leurs services** », j'ai parfaitement conscience que l'infirmier n'est qu'un des acteurs permettant l'intervention de l'équipe de liaison. C'est pourquoi, ma recherche va s'axer sur la demande initiale faite par l'infirmier à son équipe, de faire intervenir l'équipe de liaison. Ici "effet" revêt le sens de "facteurs limitants ou favorisants" l'intervention de l'équipe de liaison.

⁴³ En lien avec les capacités et les « situations de travail et de l'organisation » de l'équipe de liaison.

	3) CHOIX DE LA METHODE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE

3.1 Choix de la méthode.

Afin de choisir la méthode de recherche la plus adaptée, je vais envisager différentes méthodes éclairées en cela par les écrits de C. Eymard (1998, 2003).

3.1.1 La méthode systémique

Le fait que ma problématique théorique soit accès sur l'approche systémique aurait pu me diriger vers une méthode de recherche systémique. Néanmoins, c'est plus l'impact des facteurs individuels du groupe "infirmiers" qui m'intéresse que la compréhension du phénomène de façon globale en tenant compte des autres constituants du système "service de soins" (ex : groupe "aides soignants").

3.1.2 La méthode expérimentale

« La méthode expérimentale se caractérise par l'expérimentation d'une ou plusieurs variables observables déduites d'une hypothèse de départ »⁴⁴ Dans ce cas, la recherche serait de produire une loi générale définissant par exemple que le "nouveau" diplôme d'Etat faciliterait l'intervention de la liaison en intégrant de fait l'infirmier de liaison au groupe "infirmiers". Le but de mon travail n'est pas de déterminer une généralité mais d'appréhender des phénomènes individuels.

3.1.2 La méthode clinique

Cette méthode centre la recherche sur le récit, l'aspect singulier du sujet. C. Eymard (2003) précise, qu'elle cherche « à définir un cas clinique qui sorte des attendus théoriques »⁴⁵ et qu'elle « ne peut être centrée sur une relation de cause à effet. »⁴³. Cette approche méthodologique ne correspond pas à ma recherche.

3.1.3 La méthode différentielle

Elle « s'intéresse aux différences individuelles. »⁴⁴ permettant d'étudier les variations intervenant dans un même groupe expérimental en construisant des « catégorisations de sujets en fonction de variables individuelles »⁴⁴. Ma recherche questionne les variations intervenant dans un même groupe « les infirmiers des services généraux » en fonction de variables individuelles « la formation » permettant des catégorisations à l'intérieur du groupe. Elle semble la plus adaptée à mon travail tel que je l'ai formulé.

⁴⁴ Eymard C., *La recherche en soins infirmiers : quelles méthodes ?*, Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement – N°28 – 4^{ème} trimestre 1998 page 8 à 15.

⁴⁵ Eymard C., *Initiation à la recherche en soins et santé*, éditions Lamarre, 2003, page 25 à 95.

3.2 Les variables⁴⁶

3.2.1 Les variables intergroupes⁴⁷

Actuellement, peuvent travailler en service de soins des infirmiers ayant obtenu trois types de diplôme. Cet élément va me servir à déterminer 3 variables intergroupe :

G1= Diplôme d'Etat avant 1995

G2= Diplôme d'Etat après 1995

G3= Diplôme de secteur psychiatrique

3.2.2 Les variables intra individuelles⁴⁸ (VIa) (*Question 1*)

Elles me permettront de faire un lien entre la formation et l'expérience de chaque infirmier et les réponses qui découleront des questionnaires.

3.2.3 Les variables inter individuelles⁴⁹ (VIr)

VIr 1 Expérience de sollicitation de la liaison du CAP (*Question 2*)

Cette variable permet d'évaluer la proportion d'infirmiers ayant déjà sollicité l'équipe du CAP 48 et d'apporter ainsi un éclairage supplémentaire aux réponses issues des questionnaires.

VIr 2 Sollicitation (*Question 3*)

Cette variable devra permettre de lire par priorité les manifestations cliniques déclenchant l'intervention du CAP 48.

VIr 3 VIr 4 Facteurs limitants et perception (*Question 4*)

Ces deux variables permettront d'identifier les facteurs limitant (VIr 3, item 2,3,4,5,8,10) et d'évaluer la perception des missions du CAP (VIr 4, item 1,6,7,9)

3.3 Outil de recherche

Dans le cadre d'une méthode différentielle **j'ai choisi le questionnaire⁵⁰** qui me permettra de recueillir un grand nombre d'informations sur une large population, me permettant ainsi d'analyser les différentes données avec l'outil mathématique.

Ce questionnaire doit me permettre d'identifier d'une part les variables intra-individuelles et d'autre part les variables inter-individuelles. Pour cela, Le questionnaire se scinde en deux parties. Une première partie (*Question 1*) pour les variables intra-individuelles avec des questions fermées et à choix multiples. D'une deuxième partie pour

⁴⁶ Pour ce point, je me suis largement inspiré du mémoire de maîtrise de science de l'éducation de Mme Véronique MURATI « Etudiants infirmiers et multiréférentialité en travail » 1997-1998.

⁴⁷ Variable différenciant des groupes

⁴⁸ « Variation propre à chaque individu »

⁴⁹ « Variable observé sur un ensemble d'individus de façon telle que chacun des individus puissent être affecté à l'une des valeurs possibles de la variable »

⁵⁰ Mise en annexe.

les variables inter-individuelles (*Question 2 à 4*) avec des questions à choix multiples et deux questions ouvertes permettant la libre expression des infirmiers (*Question 2 et 5*). Ce questionnaire a été testé en service de chirurgie.

3.4 La population cible

3.4.1 Les services

Ma recherche se fera dans les services de médecine et de chirurgie. En seront exclus, le service de chirurgie urologie qui m'a permis de valider mon questionnaire et le service d'hématologie qui a dans ses effectifs un infirmier psychiatrique à temps complet.

Les services d'urgence, de réanimation et de maternité/gynécologique ont des accords spécifiques avec le C.A.P. 48 qui rendent impossibles leur intégration dans ma recherche.

Dans un souci de faisabilité je ne retiendrai que 8 services, 5 en médecine et 3 en chirurgie. Le choix s'est fait par tirage au sort parmi tous les services rentrant dans le cadre de ma recherche. Soit un total de 80 questionnaires distribués, en voici le détail :

Les services de médecine :

- Gastro-entérologie (8 Q)
- Cardiologie (18 Q)
- Neurologie (10 Q)
- Pneumologie (10 Q)
- Diabétologie / Néphrologie (7 Q)

Les services de chirurgie :

- Générale et digestive (8 Q)
- Traumatologie (2 services) (19 Q)

3.4.2 Les infirmiers

Le questionnaire s'adressera aux infirmiers et infirmières de jours des services sélectionnés. L'équipe de nuit n'est pas concernée car dans la structure de soins où va se faire ma recherche l'équipe de liaison est présente de 9h à 17h.

3.5 Analyse des données

3.5.1 Les variables intra-individuelles

La cotation de ces variables⁵¹ me permettra de déterminer des groupes catégoriels à l'intérieur des groupes définis suivant le type de diplôme d'Etat obtenu. Le score total minimum est égal à **0** et le total maximum est égal à **19**.

3.5.2 Les variables inter-individuelles

Pour les questions 2 et 4, afin de pouvoir établir des comparaisons chaque variable individuelle a la même cotation. Pour la question 3 faisant intervenir un ordre de préférence le choix 1=3, le choix 2=2 et le choix 3=1.

⁵¹ Mise en annexe.

	CONCLUSION

Maintenant reste à lancer la recherche proprement dite, il sera très intéressant de voir combien d'infirmiers répondront à ce questionnaire. L'analyse des résultats me permettra d'évaluer la pertinence des questions et la validité de ma question de recherche.

Quoi qu'il en soit, entre le commencement et la conclusion de ce travail ma vision de la relation entre l'infirmier de liaison et les équipes somaticiennes a beaucoup évolué. Même si ma recherche ne m'a pas encore donné de résultats, les problématiques (pratique et théorique) m'ont permis d'enrichir et de relativiser ma perception de la situation.

Plutôt centrée sur l'infirmier, la problématique pratique a d'une part mis en travail les notions de polyvalence, de discipline, de compétence et a d'autre part identifié les facteurs limitants ou favorisant la liaison.

Centrée sur le groupe "infirmiers", la problématique théorique éclaire les actions individuelles à la lumière des concepts de changement et de cohésion ce qui donne du relief à l'action, somme-toute très simple mais si complexe à la fois, de solliciter l'équipe de liaison.

Ce cheminement m'a mené à une vision beaucoup plus large englobant les différents types de formations et en y intégrant les expériences professionnelles dans le domaine de la psychiatrie et surtout à percevoir la complexité et la diversité des facteurs régissant la relation entre les infirmiers de soins généraux et l'équipe de liaison.

	BIBLIOGRAPHIE

Livres et revues

- Bernoux P., La sociologie des organisations, Editions du Seuil - Essais, 1985.
- Collet Y., *Equipe de secteur psychiatrique mobile pluri-disciplinaire de psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 32.
- Consoli SM, *Psychiatrie à l'hôpital général*, Encycl Méd Chir (Elsevier,Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10,1998, 11P.
- Daoud Le Boite V., Guilibert E., *Intérêt de l'évaluation en psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 45-53.
- Devillard O., *La dynamique des équipes*, Editions d'organisation, 2000.
- Eymard C., *La recherche en soins infirmiers : quelles méthodes ?*, Revue Soins Formation Pédagogie Encadrement – N°28 – 4^{ème} trimestre 1998.
- Eymard C., *Initiation à la recherche en soins et santé*, éditions Lamarre, 2003.
- F.N.E.S.I., *Guide de l'étudiant en soins infirmiers*, édition F.N.E.S.I., 2003
- Fourez G. , *Des représentations aux concepts disciplinaires et à l'interdisciplinarité*, Revue Recherche en soins infirmiers - N°66- Septembre 2001, page 16-22.
- Gasseau M-F., *L'équipe et l'interdisciplinarité*, Revue Soins psychiatrie, N°198 - 1998, page 6-10.
- Gosso B., *Quand psy et DE se rencontrent, le malade est gagnant*, Revue Objectif Soins, Novembre 1997 - N°58, page 24-26.
- Lépée M., *Repenser la psychiatrie de liaison*, Revue Nervure, Tome XIII - N°6 - Septembre 2000, page 33-36.
- Malarewicz J.A., *Systémique et entreprise*, Editions Village Mondial, 2000.
- Marc E., Picard D., *L'école de Palo Alto*, Editions Retz, 1984.
- V. MURATI, *Etudiants infirmiers et multiréférentialité en travail*, mémoire de maîtrise de science de l'éducation, 1997-1998.
- Voyer P., *L'interdisciplinarité, un défi à relever*, The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne, Mai 2000, pages 39-44.
- Watzlawick P., *La réalité de la réalité*, Editions du Seuil « Points Essais », 1978.
- Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D.D., *Une logique de la communication*, Editions du Seuil « Points Essais », 1972.
- Watzlawick P., Weakland J., Fisch R., *Changements : Paradoxes et psychothérapie*, Editions du Seuil « Points Essais », 1975.

Sites internet

- <http://www.chez.com/brunofortin/sme1020/1.html>
- <http://www.granddictionnaire.com/>
- <http://www.ulb.ac.be/assoc/hps-vienne.htm/>

Textes législatifs

- Annexe de l'arrêté du 23 mars 1992, complétée par l'arrêté du 28 septembre 2001, relatif au programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier.
- Arrêté du 16/2/73 modifié relatif au programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique.
- Décret no 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret no 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
- Décret no 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

	ANNEXES

Tableau II. – Facteurs facilitant ou entravant la formulation d'une demande de consultation de liaison.

Facteurs facilitateurs	Facteurs limitants
<ul style="list-style-type: none"> - Conviction personnelle, chez certains médecins du service, de l'intérêt d'une approche psychosociale de leurs patients. - Bonne circulation de l'information entre les infirmières ou aides-soignantes, parfois plus sensibles à la détresse des patients, et les médecins du même service. - Surcharge de travail d'une équipe, se traduisant par une moindre disponibilité relationnelle ou par une baisse de tolérance aux troubles du comportement des patients. - Qualité des expériences antérieures de liaison psychiatrique au sein du même service. - Disponibilité et rapidité d'intervention de l'équipe de liaison. - Personnalisation des liens avec un psychiatre ou un psychologue consultant. - Symptômes bruyants (délire, propos suicidaires, violence). - Antécédents psychiatriques connus ou patient en cours de traitement par des psychotropes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Habitude de collaborer avec un correspondant extérieur à l'hôpital. - Équipe médicale et infirmière d'un service ayant ou ayant acquis la compétence psychologique et relationnelle nécessaire à une prise en charge globale du malade. - Service privilégiant une approche essentiellement technique des problèmes de santé. - Recours au psychiatre vécu comme le témoignage d'un échec médical ou d'une incompréhension partielle. - Identification des soignants au patient souffrant et banalisation des troubles, imputés à une « réaction » normale à la maladie. - Dysfonctionnement institutionnel et absence de partage, en équipe, des informations directes ou indirectes (famille, visites) recueillies tout au long des 24 heures. - Manque de pragmatisme ou de clarté dans les propos tenus ou dans les comptes-rendus rédigés par les psychiatres ou psychologues de liaison. - Réserves ou critiques émises, lors d'une intervention antérieure, par un psychiatre de liaison, quant à la pertinence d'une demande de consultation.

Source : Consoli SM, *Psychiatrie à l'hôpital général*, Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-958-A-10, 1998, page 3.

Entretien réalisé avec « Liliane »

TA : « Qu'est ce qui motive l'appel à l'infirmière de liaison ? »

L : « D'abord il y a toujours l'intervention de liaison avant le psychiatre de liaison. C'est une demande de consultation, consultation qui est toujours honorée par un médecin. Je passe avant en principe, le médecin doit voir le patient. C'est une demande en général qui émane du médecin du service, la réponse doit venir d'un autre médecin. C'est de médecin à médecin. Mais comme les médecins ne travaillent pas seuls, le médecin somaticien a son équipe infirmière et le médecin psychiatre a aussi, travaille en binôme avec une infirmière d'où mon intervention avant auprès des infirmières du service, auprès du médecin aussi, parce que le médecin n'est pas toujours disponible pour voir le psychiatre pour parler de vive voix du patient bien qu'il rédige toujours la demande par écrit, on exige qu'il y ait une demande écrite. Pour prendre connaissance du patient avant l'arrivée du psychiatre aussi, pour lui présenter la consultation parce qu'une consultation psychiatrique c'est quand même pas anodin, c'est pas une consultation avec un dermato. Quelqu'un qui, par exemple, en service de chirurgie pour une intervention sur un tibia voit arriver le psychiatre ça n'a aucun sens. »

TA : « Il est prévenu... »

L : « Alors, nos exigences en liaison : que le médecin dise au patient qu'il est inquiet sur son moral et qu'on travaille ensemble, qu'il travaille avec une équipe de psychiatrie et qu'il aimerait qu'il y ait une évaluation, que nous l'aidons. Mais qu'il ne se décharge pas. Il faut que le patient perçoive que le chirurgien ne se décharge pas. Qu'il prend conscience de ses difficultés actuelles, d'ordre moral, de sa thymie par exemple et qu'il nous appelle. Dans une prise en charge globale.

Le patient sait qu'il va recevoir une consultation de la part du médecin, moi je vois, je vais demander au médecin, à l'infirmière et bien souvent je vais voir le patient avant le vrai entretien pour me présenter, voir ce qu'il pense de recevoir un psychiatre. Nous présenter et présenter la consultation psy pour qu'il se prépare à nous recevoir. Déjà il est au niveau émotionnel, il est déjà dans une autre phase. Voir aussi, ce qui est important, c'est sur le plan pratique si on peut le recevoir seul, si ce sont des chambres à deux, peut-il se déplacer ? a-t-il d'autres consultations ? Alors comment organiser la consultation, ça c'est très très important, dans les meilleures conditions possibles. Parfois on demande à son voisin, des fois je demande si son voisin aura une radio de telle heure à telle heure pour qu'on puisse aller dans la chambre. C'est très important que l'entretien se fasse dans les meilleures conditions. De

plus en plus dans les services on a droit à une pièce. C'est récent. Les aides soignants, les ASH, les aides soignants, les médecins, les infirmières s'organisent pour nous mettre dans une pièce ou une chambre seule, si le patient peut se déplacer, il y a une mobilisation très importante actuellement, c'est assez récent, une pièce à nous. Donc ils perçoivent que l'entretien c'est quand même pas une consultation banale et que c'est le respect de ce qui peut se dire pendant un entretien. C'est très important de la part de l'équipe et pour le respect du patient. Lorsque l'on est en entretien souvent on nous dit : "mettez la présence puisqu'on va pas vous déranger". Lorsqu'on a une pièce dans certain service ils ont mis "en entretien, ne pas déranger". Ça, c'est un respect des entretiens psychiatriques qui n'avait pas lieu, ce n'était pas dans leur mode de voir les choses. »

TA : « Il y a combien de temps que se font les entretiens de liaison ? »

L : « En liaison cela se fait depuis le début de la psychiatrie aux urgences y a quand même une quinzaine d'années. C'étaient des consultations psy, on allait ponctuellement, il n'y avait pas de suivi, c'était quand le malade était un peu trop bruyant, quand il y avait des désordres. Alors que maintenant c'est plus une prise en charge globale, lorsqu'il y a une thymie dépressive tout de suite on va nous appeler. Il y a une meilleure évaluation. Avant c'était plus psychiatrie pure, les consultations c'était un délirant ... c'était de façon très ponctuelle ... »

TA : « Et est ce que le fait qu'il y ait des infirmiers qui aient le nouveau diplôme ça a changé... »

L : « Oui ! Beaucoup. Moi je trouve qu'au niveau de la sensibilité de la prise en charge du patient. Elle est dans une dynamique de travail qui ne lui laisse pas le temps de s'asseoir . Le patient sait à qui il s'adresse, l'infirmière qui fait des soins c'est pas la même infirmière qui s'assoie ...l'infirmière psychiatrique. Mais elles ont une très grande sensibilité elles perçoivent peut être des choses que les anciennes infirmières ne percevaient pas. Et ça au niveau de la liaison ça joue. Ca porte ses fruits actuellement. Les nouvelles diplômées là... oui, oui, oui, d'abord elle ne sont pas dans le rejet comme a pu le voir "A ça c'est psy, non !" c'est aussi de leurs compétences mais elles disent bien qu'elles n'ont pas le temps, puis voilà chacun sa spécificité à un moment donné. Elles sont très ouvertes. »

TA : « Et est ce qu'après cet entretien donc avec le médecin, il peut se mettre en place des prises en charge spécifiquement infirmière dans le service ? »

L : « Oui ! Parfois. Tout ce qui est, des patients où le diagnostic est posé. L'exemple d'un patient qui est hospitalisé à Montperrin qui vient pour des problèmes somatiques sur l'hôpital général il n'est pas nécessaire qu'il soit vu par un psychiatre vu qu'il est déjà pris en charge par un psychiatre. Alors là mon travail c'est de me renseigner auprès de l'équipe de

Montperrin qui me donne des renseignements sur son état mental que je peux transmettre à l'équipe qui le prend en charge sur la plan somatique, ça c'est très important. Déjà qu'elle le connaisse que si il est délirant qu'elle sache un petit peu pourquoi ...et pourquoi le patient a un tel traitement, moi je fais le lien vraiment entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique pour une meilleure prise en charge. Il y en a quand même beaucoup qui viennent de Montperrin. »

TA : « Ce n'est pas qu'un lien théorique en fait, c'est aussi un lien pratico-pratique. »

L : « un lien pratico-pratique et le fait aussi que je me présente au patient en lui disant que je suis de Montperrin, ça le rassure quelque part, ...bien qu'il ne me connaisse pas physiquement mais je fais partie de l'équipe Montperrin. Ils entendent très bien ça les patients. De suite ils savent que si il y a un problème ils vont dire tout ...même d'ordre pratique, "j'ai pas de pantoufle" il y a un interlocuteur de Montperrin qui est là. Ca rassure aussi l'équipe soignante qui a peur de mal faire, de pas savoir faire, même si en général elles savent très bien faire. Et quand tu présentes le patient, tu dédramatises toujours. »

TA : « Mais quelle place a l'infirmière de liaison quand elle arrive dans une équipe ? »

L : « Alors, je pense qu'il faut du temps, pour se faire admettre dans l'équipe. C'est vraiment au bout de 2 ans que je vois que je suis reconnue en tant qu'infirmière en psychiatrie mais faisant partie aussi de leur équipe. Je suis là, je peux intervenir à tout moment. Il faut que je sois disponible sans être indispensable. C'est très très nuancé. Je peux être là si elles m'appellent et qu'elles sont en difficulté. Parfois elles n'en parlent pas aux médecins. "Est ce que tu pourrais venir voir on a un patient là,..." Le fait d'en parler déjà elles sont rassurées...elle peuvent déposer ça à quelqu'un qui a ma neutralité. Je ne suis pas le cadre infirmier, je ne suis pas le médecin, je ne suis pas même pas le médecin psychiatre je suis à la fois leur collègue mais un peu extérieure. »

TA : « C'est le tiers en fait.»

L : « C'est le tiers, je suis vraiment en position de tiers. C'est une histoire de confiance aussi. Il ne faut pas faire à leur place aussi, il faut entendre leurs difficultés mais parfois je n'est pas de réponse à donner, elles le savent. Il ne faut pas céder à la toute puissance. C'est le risque, on n'est pas zorro.»

TA : « Donc ça c'est la place dans l'équipe et puis la place entre le patient et l'infirmière comment cela peut s'articuler ? »

L : « Bien se présenter, qui je suis au patient, pourquoi j'interviens. Je dis au patient "mes collègues infirmières sont inquiètes, elles s'interrogent..." Restituer aussi la demande au patient clairement, "Hier soir elles ont trouvé que vous étiez triste..." bien le situer sinon le

patient ne va pas comprendre, pourquoi je viens, est ce qu'elles n'ont pas envie de s'occuper de lui, il ne faut pas qu'il se sente rejeter. »

TA : « Est-ce que cette notion de rejet est verbalisée ? »

L : « Oui, alors c'est repris. »

TA : « Alors quand c'est verbalisé et que c'est repris c'est le patient qui se sent rejeté ou ça peut être une sensation de rejet de la part de l'équipe qui ne peut plus s'occuper du patient. »

L : « Les deux et parfois il y a une lassitude des deux côtés. Ça peut être la famille qui intervient, y a une multitude de facteurs. C'est quand même à moi de voir qu'est ce qui se passe. »

TA : « Là est le tiers, c'est un avantage »

L : « C'est un avantage. C'est facile de prendre du recul, de ne pas se faire envahir par les problèmes de l'équipe, ça peut être des malentendus entre le médecin et l'équipe, il y a beaucoup de choses qui se jouent... entre les familles de patients, le patient, l'équipe infirmière, l'équipe médicale... c'est souvent quelque chose qui ne fonctionne pas entre eux. »

TA : « Là c'est la notion de lien vraiment... »

L : « Toute la subtilité de la liaison c'est là. Bien percevoir qu'est ce qui s'est passé. Je ne vais pas dire clairement explicitement à l'équipe : c'est là que cela déconne, je vais juste les amener à réfléchir un petit peu, mais ne pas être dans le savoir, dans le pouvoir de régler toute les choses et il y aussi beaucoup de choses qui nous échappent que l'on ne nous dit pas certainement. Respecter beaucoup le travail infirmier qui peut être fait. »

Problème de matériel arrêt de l'enregistrement.

L : « L'équipe somaticienne aime bien connaître la personne et à chaque fois que je change de psychiatre il y a un mouvement de recul, elles n'ont pas confiance. Il faut connaître pour avoir confiance, pour elles c'est ça. Et souvent elles s'adressent à moi et ne s'adressent pas au psychiatre lorsqu'elles ne le connaissent pas. On y va quand même sur la pointe des pieds dans les services. Rien n'est acquis. D'une part parce que dans les services il y a un changement d'interne tous les 6 mois, tous les 6 mois il faut refaire une présentation. Il y a eu beaucoup de changement ces derniers temps au niveau des équipes infirmières. Avec les 35 h il y a eu un bouleversement total. Au niveau disponibilité elles sont de moins en moins disponibles. Par contre, je note qu'il y a de plus en plus de travail technique, on leur demande énormément. Elles m'en font part, parfois elles m'appellent, le côté relationnel avec le patient elles ne le font pas. Pas toutes, mais je dirais 80% des infirmières. »

A l'attention des infirmier(ère)s de jour (matin/après midi)

Actuellement en 3^{ème} année à l'I.F.S.I. d'Aix-en-Provence et dans le cadre de mon travail de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier, je sollicite un peu de votre temps pour répondre à ce questionnaire.

Centré sur la relation entre les services et l'équipe de liaison du CAP 48, il est totalement anonyme et rien dans mon travail ne permettra d'identifier l'hôpital dans lequel ma recherche a été réalisée.

Pour tous renseignements sur le questionnaire vous pouvez me joindre au 0612628920.

Je récupérerai le questionnaire le :

Je vous remercie sincèrement de votre attention et du temps que vous consentirez à ce questionnaire.

Thierry Alberti

QUESTIONNAIRE

Question 1 (Cocher la ou les réponses qui vous conviennent)

Vous êtes :

Une femme âgée de ____ ans / Un homme âgé de ____ ans

Vous êtes affecté :

Au service Au Pool de l'hôpital

Avant d'être infirmier, avez-vous obtenu un autre diplôme (excepté le Baccalauréat) ?

Oui → Précisez :

Non

Avant d'être infirmier, avez-vous travaillé dans des structures de soins

Non

Oui

Si oui :

Service de Médecine Dialyse

Service de Chirurgie Humanitaire

Service de Réanimation Service de Psychiatrie

Service des Urgences Autres

→ précisez :

Date d'obtention de votre diplôme d'état : _____

Type de diplôme :

Diplôme d'état d'infirmier

Diplôme d'infirmier en secteur psychiatrique

Depuis l'obtention de votre diplôme vous avez travaillé en:

Service de Médecine Dialyse

Service de Chirurgie Humanitaire

Service de Réanimation Service de Psychiatrie

Service des Urgences Autres

→ précisez :

Depuis l'obtention de votre diplôme avez-vous suivi des formations ?

Non

Oui O, dans quel domaine ?

➤

➤

➤

Question 2 (Cocher la réponse qui vous correspond)

- Lorsqu'un patient présente des troubles psychiques (anxiété, dépression, psychose,...) vous est-il déjà arrivé de proposer l'intervention de la liaison du CAP 48 à l'équipe du service ?

Oui

Non

→ Si "Non" pourquoi :

Question 3 (Classer trois de ces propositions de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant le plus important)

Vous estimez avoir besoin de l'intervention de l'équipe de liaison **si le patient** :

- Manifeste un état dépressif []
 - Manifeste une forte anxiété []
 - A des troubles du comportement []
 - Manifeste de l'agressivité []
 - Refuse les soins []
 - Autres []
- Précisez :

Question 4

(Pour chacune des propositions présentées ci-dessous, indiquez votre degré d'accord, en choisissant entre 6 possibilités :

1 : totalement en désaccord

2 : plutôt en désaccord

3 : légèrement en désaccord

4 : légèrement d'accord

5 : plutôt d'accord

6 : totalement d'accord)

Item	Énoncé	Totalement en désaccord ←-----→ Totalement d'accord					
		1	2	3	4	5	6
1	Je sollicite l'intervention de l'équipe de liaison du CAP 48 dans des cas très aigus.						
2	Je ressens l'appel au CAP 48, comme un échec dans ma prise en charge.						
3	Les soins techniques et la gestion du service laissent peu de temps à la prise en charge psychologique des patients.						
4	En service c'est la pathologie somatique qui prime sur l'aspect psychique de la prise en charge.						
5	Il est normal de présenter un état anxieux voir anxio-dépressif lors d'une hospitalisation.						
6	C'est la prescription d'un traitement adapté qui motive la sollicitation de l'équipe de liaison du CAP 48.						
7	L'annonce d'un diagnostic très grave nécessite l'intervention du CAP 48.						
8	Les comptes rendus de l'équipe de liaison ne m'aident pas dans ma prise charge du patient.						
9	J'ai du mal à évaluer quand solliciter la liaison du CAP 48 en dehors des manifestations aiguës.						
10	L'équipe de liaison du CAP 48 me renvoie régulièrement qu'elle est sollicité pour des cas injustifiés.						

Question 5 :

Qu'avez-vous envie d'écrire après ces différentes questions :

Cotation des variables intra individuelles

Vous êtes affecté :

Au service **0**

Au Pool de l'hôpital **1**

Avant d'être infirmier, avez-vous obtenus un autre diplôme (excepté le Baccalauréat) ?

Oui Si le diplôme a une approche « psy » **1** dans la cas contraire **0**

Non **0**

Avant d'être infirmier, avez-vous travaillé dans des structures de soins

Non **0**

Si oui :

Service de Médecine

Service de Chirurgie

Service de Réanimation

Service des Urgences

Dialyse **1**

Humanitaire **2**

Service de Psychiatrie **3**

Autre → Si approche « psy » **1** dans la cas contraire **0**

coté **1** ,si 2 choix ou plus si non **0**

coté **0** si <2

Depuis l'obtention de votre diplôme vous avez travaillé en:

Service de Médecine

Service de Chirurgie

Service de Réanimation

Service des Urgences

Dialyse **1**

Humanitaire **2**

Service de Psychiatrie **3**

Autre → Si approche « psy » **1** dans la cas contraire **0**

coté **1** ,si 2 choix ou plus si non **0**

coté **0** si < 2

Depuis l'obtention de votre diplôme avez-vous suivi des formations ?

Non **0**

Oui → Si approche « psy » **1** dans la cas contraire **0**

Les patients hospitalisés en soins généraux peuvent présenter des troubles psychiques et avoir besoin de l'intervention de l'équipe de liaison du CAP 48. Toutefois, cette intervention ne peut intervenir qu'après sollicitation des équipes somaticiennes.

La problématique pratique identifie entre autres des facteurs limitants ou favorisant cette intervention.

La problématique théorique axée sur les notions de systémique et de cohésion permet d'établir un lien possible entre la formation dans le domaine de la psychiatrie et la démarche de solliciter l'équipe de liaison.

Ce qui m'a mené à poser la question de recherche suivante :

« Dans quelles mesures, la formation des infirmiers en services généraux a un effet sur la demande d'intervention de l'équipe de liaison dans leurs services. »

Pour ce faire, j'ai utilisé la méthode différentielle avec comme outil le questionnaire.