



**Etude qualitative descriptive sur l'approche collaborative lors d'un processus
d'annonce diagnostic en psychiatrie auprès de personnes souffrant d'un trouble
schizophrénique**

**Directeurs de Mémoire Docteur Aziliz Le Glaz et M. Jérôme Morisset Infirmier en
Pratique Avancée**

Université de Bretagne Occidentale

Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée

Promotion 2021/2023

UE Mémoire (6 ECTS)

Sabina Ramjaun Bagot

Le 23 janvier 2023



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique Avancée

Travaux de fin d'études :

Etude qualitative descriptive sur l'approche collaborative lors d'un processus d'annonce diagnostic en psychiatrie auprès de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratique avancée est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 5 Janvier 2023

Signature de l'étudiant : Ramjaun Bagot Sabina

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

REMERCIEMENTS

A Madame Aziliz le Glaz,

Merci d'avoir co-dirigé ce travail de recherche avec bienveillance, de façon soutenance. Tu as su te rendre disponible même dans les moments difficiles et tes précieux conseils m'ont été très utiles.

A Monsieur Jérôme Morisset,

Un grand merci Jérôme pour ta rigueur, ta bienveillance, ta disponibilité. Tu m'as poussé à m'inscrire dans cette démarche scientifique alors que cela n'a pas été une évidence pour moi.

A l'équipe pédagogique de cette formation,

Je tenais à vous remercier pour les enseignements de qualité qui ont été dispensés et qui m'ont permis de faire ce travail de recherche.

Aux membres du jury, je vous remercie d'avoir accepté d'examiner ce travail.

Pour finir, je tenais à remercier mon conjoint et mes enfants pour leur soutien et leur patience.

Table des matières

1	Introduction.....	6
2	Revue de Littérature.....	8
2.1	« La théorie de l'étiquetage ».....	9
2.2	Le concept d'incertitude.....	9
2.3	L'incapacité cognitive.....	10
2.4	La stigmatisation.....	10
3	Problématique.....	11
4	Cadre théorique et conceptuel.....	13
4.1	Les troubles schizophréniques.....	13
4.1.1	Définition selon Eugène Bleuler.....	13
4.1.2	Les critères diagnostic.....	13
4.1.3	Les particularités du diagnostic.....	14
4.1.4	La complexité du trouble mental.....	15
4.1.5	Complexité du trouble schizophrénique.....	15
4.2	Le diagnostic.....	16
4.2.1	Diagnostic médical.....	16
4.2.2	Diagnostic infirmier.....	16
4.3	Le Processus d'annonce diagnostic.....	16
4.4	La collaboration.....	17
4.4.1	Collaboration Interprofessionnelle.....	17
4.4.2	La pluridisciplinarité.....	18
4.4.3	Collaboration soignant-soignée : approche centrée sur la personne.....	19
4.5	La relation thérapeutique.....	20
5	Méthodologie.....	22
5.1	Recueil de données.....	22
5.2	Critères.....	22
5.3	Entretiens.....	23
6	Résultats.....	24
6.1	L'échantillon.....	24
6.2	Analyse des thématiques.....	24
	Première partie : Le processus d'annonce en psychiatrie.....	25
6.3	Les déterminants à l'annonce diagnostique.....	25
6.4	Les étapes.....	27

6.4.1	Le temps de la préparation	27
6.4.2	Le temps de l'annonce	28
6.4.3	Le temps de l'accompagnement.....	28
6.5	Le moment opportun	29
6.6	Les informations délivrées	30
6.7	La recherche de compréhension.....	31
6.8	La plus-value à l'annonce diagnostique	32
	Deuxième partie : Approche collaborative	33
6.9	L'interprofessionnalité	33
6.10	Approche centrée sur la personne	36
6.10.1	Effets positifs d'une annonce centrée sur la personne	37
6.11	Approche intégrant les familles.....	39
	Troisième partie : une démarche systématisée dans le processus d'annonce diagnostic	40
6.12	Les invariants	40
6.13	Le protocole en psychiatrie	42
	Quatrième partie : les représentations des professionnels soignants	43
6.14	Les freins à l'annonce diagnostic	43
6.15	Auto stigmatisation-stigmatisation.....	45
7	Discussion	47
7.1	Les critères du PAD	47
7.2	Un processus collaboratif et intégratif	49
7.3	Une démarche systématisée et singulière.....	50
7.4	La place de l'IPA dans le PAD	50
8	Conclusion	52
9	Bibliographie.....	
	Liste des Annexes	
	Annexe I/ Tableau des articles retenus	
	Annexe II/ Lettre d'information destinée aux participants	
	Annexe III/ Formulaire de Consentement	
	Annexe IV/ Critère COREQ	
	Annexe V/ Guide d'Entretien	
	Annexe VI/ Caractéristiques des participants à l'étude	
	Annexe VII/ Liste des Codes	
	Annexe VIII/ Tableau des Verbatims	
	Annexe IX/ Exemple d'Entretien Psychiatre	
	Annexe X/ Exemple d'Entretien Infirmier	

1 Introduction

Une jeune femme âgée de 21 ans est hospitalisée pour la 2nde fois en psychiatrie pour des troubles du comportement à type d'agitation psychomotrice et un état délirant associés à des consommations de substances toxiques de type cannabis. Son état psychique se stabilise durant cette hospitalisation et ses parents s'interrogent sur le comportement de leur fille. Ils sollicitent un rendez-vous et sont reçus par le psychiatre et un infirmier d'admission. Durant l'échange avec le médecin, la question du diagnostic et de l'origine des troubles de leur fille sont posés par les parents et la jeune femme. Le diagnostic de trouble schizophrénique est annoncé. L'échange se poursuit mais les parents semblent désarçonnés à la divulgation du diagnostic. La consultation prend fin, les parents ainsi que leur fille quittent le bureau et s'enquiert d'un second avis à Rennes.

Une orientation vers un suivi en Centre Médico Psychologique (CMP) est requise pour cette jeune femme qui ne viendra finalement pas. L'équipe infirmière qui devait la recevoir dans le cadre de son injection retard, se questionne sur la pertinence d'annonce auprès d'une jeune femme de son âge et évoque la crainte de stigmatisation et la perte d'espoir face à un tel diagnostic.

Cette vignette fait émerger plusieurs questionnements concernant la pratique en elle-même de l'annonce, le travail en collaboration, la préparation, la concertation en équipe pluridisciplinaire, la construction d'une alliance thérapeutique dans ce moment, la déconstruction des représentations face à ce trouble. Elle révèle également les difficultés persistantes en matière d'annonce diagnostic et surtout les représentations associées par les professionnels de santé en psychiatrie à cette communication ainsi que celle de la famille. En effet 39% des médecins en France divulguent le diagnostic à leurs patients (M.Villani, 2016). L'étude révèle également les raisons invoquées pour ne pas donner le diagnostic : la volonté de ne pas poser d'étiquette, l'incapacité cognitive supposée des patients à comprendre le diagnostic, l'incertitude du diagnostic, la crainte de stigmatiser, voir que le diagnostic de schizophrénie puisse être destructeur (M.Villani, 2016) (Galinowski, 2011). Il y a également la crainte d'un passage à l'acte hétéro agressif voir d'une tentative de suicide (Moran & al, 2014).

Selon la Pr Anne Danion-Grilliat (pédopsychiatre) « le diagnostic en psychiatrie a longtemps été considéré comme une sanction ce qui rendait difficile voire impossible son annonce ».

Or l'annonce est la première étape de l'information, information du patient rendue obligatoire, il s'agit du droit de la personne et d'un devoir du médecin (Quintrec, 2010). Elle est encadrée par plusieurs textes législatifs « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables » (Article L1111-2 - Code de la santé publique, 2016). La manière de communiquer l'information est encadrée « Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel » (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002). Le consentement dans les soins est recherché « Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » (Article L1111-4 - Code de la santé

publique, 2020). En ce sens, l'information délivrée au patient doit être « loyale, claire et appropriée » (Article R4127-35 - Code de la santé publique, 2012).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a déjà publié plusieurs travaux sur l'accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique, d'une mauvaise nouvelle, ou encore d'un dommage associé aux soins. Il existe des dispositifs spécifiques et des temps dédiés à l'annonce diagnostic en milieu somatique (Institut National du Cancer, 2020) qui permettent la préparation à l'annonce, l'accompagnement infirmier suite à cette annonce et le suivi. Même s'il n'existe pas de dispositif d'annonce pour autant dans le cadre du programme de psychiatrie santé mentale de 2018/2023, un groupe de travail se réunit pour rédiger des recommandations sur ce sujet (Haute Autorité de Santé, 2021).

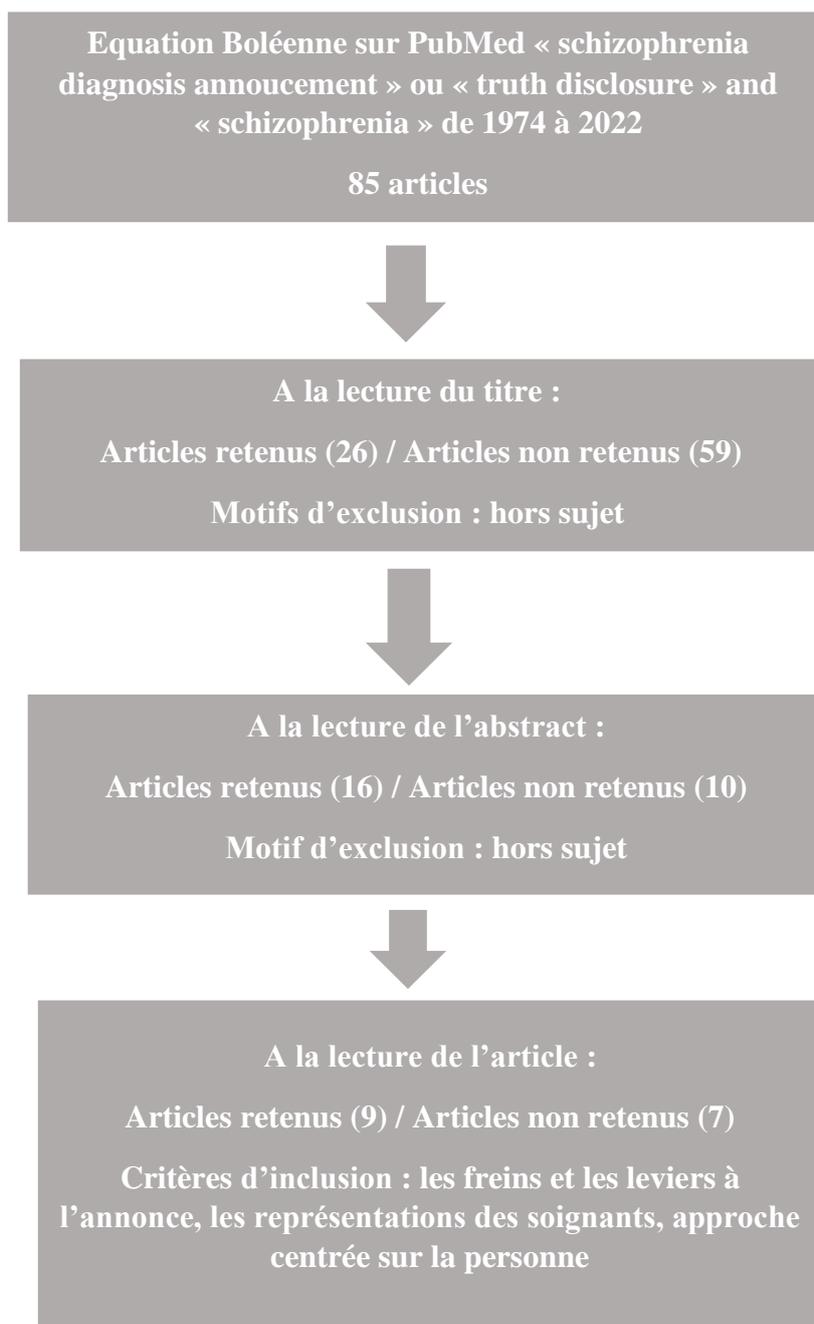
Parmi les principales maladies psychiatriques, la schizophrénie touche environ 1% de la population et est l'une des principales maladies entraînant un nombre important d'années vécues avec un handicap en grande partie en raison du jeune âge auquel elle se déclare (souvent à l'adolescence) du poids élevé des handicaps (fonctionnels et sociaux) et de l'évolution chronique fréquente de la pathologie (Lemey & al, 2021). Par ailleurs, c'est une pathologie qui est la plus stigmatisée, qualifiée de dangereuse, imprévisible, le diagnostic dans l'esprit public est perçu comme une sentence (Ibid).

Au regard des représentations que cette pathologie véhicule, comment est abordé la question de l'annonce diagnostic de personnes atteintes de troubles schizophréniques dans la littérature ?

2 Revue de Littérature

Afin d'orienter notre questionnement, nous proposons un état des lieux de la littérature sur le sujet de l'annonce diagnostic de schizophrénie en France et à l'international. Pour se faire, les termes (MeSH) sélectionnés sont : annonce-annonceur-diagnostic-diagnosis-schizophrénie- schizophrenia- disclosure-truth disclosure-communication dans les bases de données : Cairn, PubMed, Google Scholar.

Diagramme de Flux



Plusieurs thèmes récurrents émergent à la lecture de ces articles, nous proposons de les expliciter ci-après. Il s'agit de :

- La théorie de l'étiquetage
- Le concept d'incertitude
- L'incapacité cognitive
- La stigmatisation

2.1 « La théorie de l'étiquetage »

De nombreux articles évoquent les difficultés psychologiques pour un médecin de poser un diagnostic (Seeman, 2010). Ils mettent en exergue les freins à la « divulgation » du diagnostic de schizophrénie, notamment qu'une étiquette négative impose « un fardeau iatrogène » à la personne étiquetée (Bracken & Thomas, 2000). Le diagnostic peut être compris comme « une étiquette pernicieuse ». Le caractère nuisible avec le risque d'intégrité moral sont cités plusieurs fois et le principe de non malfaisance est opposé à l'annonce diagnostique selon (Outram, et al., 2015) (Seeman, 2010) (Mittal & al, 2015). Certains participants à l'étude du Dr Horn (2007) « estiment que le processus de diagnostic les rabaissait et portait atteinte à leur intégrité. Ils se sentaient stigmatisés ». Selon le chercheur, le diagnostic intègrerait le caractère identitaire de la personne au lieu de caractériser la maladie dont elle souffre. Le diagnostic contribuerait à alimenter la stigmatisation et la discrimination (Rose & Thornicroft, 2010).

Le processus diagnostique a-t-il la fonction d'attribuer une étiquette pour les usagers ou est-ce un processus de négociation, d'échange possible sur le vécu de la personne ? Une des conséquences relevées, dans une autre étude, est le traumatisme provoqué par cette annonce, la crainte de stigmatiser et de mettre en péril l'espoir de se rétablir (Outram, et al., 2015). Le Dr R. Clafferty (2018) soutient qu'un diagnostic est une partie essentielle du traitement, et par ailleurs peut déterminer la suite de l'accompagnement dans l'acceptation totale ou partielle du traitement, dans la recherche d'aide.

Une étude qualitative auprès de psychiatre exerçant en Israël (Moran & al, 2014) fait émerger la question du partage des connaissances et des informations sur la schizophrénie ainsi que l'accompagnement des psychiatres pour gérer leurs préoccupations personnelles et professionnelles.

2.2 Le concept d'incertitude

Le mot incertitude peut s'entendre de deux manières (Ceccaldi, 2013) :

- Dans un registre objectif, il désigne le caractère de ce qui n'est pas assuré, imprévisible, mal connu. Il concerne alors avant tout le domaine de la connaissance, théorique ou pratique, dont il souligne la limite (l'inconnaissable) et pointe le manque (l'inconnu).
- Dans un registre subjectif, il décrit l'état d'une personne qui doute, et qui redoute, renvoyant du même coup à des affects comme l'angoisse, l'inquiétude, la crainte.

L'incertitude des psychiatres en matière diagnostique réside dans le fait qu'il s'établit sur des signes cliniques sans qu'aucun examen paraclinique vienne corroborer ou infirmer l'opinion clinique. Par ailleurs, l'étiopathogénie de cette maladie reste complexe malgré les avancées de la neuroscience.

De plus la validité du concept de schizophrénie est requestionnée ainsi que le bénéfice/risque par rapport au pronostic (Seeman, 2010).

2.3 L'incapacité cognitive

Tous les auteurs évoquent la difficulté de compréhension, l'incapacité cognitive et plus particulièrement une altération de la conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie. Les psychiatres ont tendance à transmettre des informations aux membres de la famille plus souvent qu'aux patients eux-mêmes du fait d'une incapacité à gérer les informations relatives à leur propre santé (Moran & al, 2014).

Une étude menée par Xavier Amador (1994) révèle les difficultés de perception et de la conscience de son trouble plus importante chez les personnes atteintes de schizophrénie que chez les personnes atteintes de trouble bipolaire. Ce serait une raison invoquée par les psychiatres pour ne pas transmettre les informations diagnostic aux patients et à leurs familles (Uçok & al, 2004). Ils ne pourraient pas comprendre le sens du mot schizophrénie par défaut d'apprentissage.

2.4 La stigmatisation

Des études menées dans des pays de cultures différentes comme l'Espagne, Oman et le Canada ont montré que les étudiants en médecine, les infirmières et les autres professionnels de la santé mentale partagent les mêmes croyances que les non soignants (Uçok & al, 2004). Cette attitude négative va de la sous-estimation des traitements psychosociaux à l'absence d'information des patients et leurs familles sur leurs diagnostics.

- Stigmatisation : « Toute parole ou action visant à transformer le diagnostic du trouble psychique en une marque négative pour la personne » (Daumerie, et al., 2012).
- Discrimination : « Fait de traiter différemment, moins bien ou mieux, une personne par rapport à une autre dans une situation comparable. Restriction ou élargissement des droits d'une personne par rapport à une autre » (Ibid).

Le stigmatisme renvoie à l'écart à la norme : toute personne qui ne correspond pas à ce qu'on attend d'une personne considérée comme « normale » est susceptible d'être stigmatisée.

On voit que l'énonciation du diagnostic de trouble schizophrénique est complexifiée par les représentations sociales qu'elle véhicule. Cela ajoute de la difficulté pour les cliniciens à nommer un diagnostic au risque de voir rompre la relation qu'ils ont mis du temps à tisser avec la personne soignée, la crainte de poser une étiquette et d'empêcher le rétablissement de la personne. Bien que de nombreuses études aient été réalisées à l'international, en France une seule étude montre que 37,8% (Baylé, et al., 1999) des psychiatres français sur 1691 « jugent nécessaire d'annoncer le diagnostic de schizophrénie ».

3 Problématique

A ce jour, il n'existe pas de dispositif d'annonce en psychiatrie. Des stratégies d'annonce ont été envisagées à partir d'un modèle de soin utilisé en oncologie dans les années 2000 par le Dr Buckman (oncologue) et adapté à l'annonce d'une maladie neurologique telle que la sclérose amyotrophique latérale en France. Le modèle SPIKES serait le modèle le plus adapté aux contextes du trouble schizophrénique parce qu'il tient compte de la temporalité, invite à la discussion avec la personne et s'inscrit dans une démarche éthique (M.Villani, 2016). Il comporte six étapes nécessaires afin de se préparer à cette annonce :

- **S** pour « Setting » : fixer l'entretien
- **P** pour « Perception » : évaluer la perception que le patient a de la situation médicale, ce qui équivaut à recueillir son ressenti, sa compréhension et qui peut être un temps d'évaluation de l'insight avant de recevoir l'information
- **I** pour « Invitation » : obtenir le consentement du patient pour entendre le diagnostic
- **K** pour « Knowledge » : fournir le niveau juste d'information, étape où peut s'inscrire la démarche éthique
- **E** pour « Emotions » : répondre de façon empathique aux réactions
- **S** pour « Strategy » : résumer les protocoles liés au traitement et qui peut correspondre à une étape de psychoéducation ou d'éducation thérapeutique

En l'absence de recommandations sur la manière de communiquer sur le diagnostic de schizophrénie, une chercheuse canadienne (Seeman, 2010) propose l'utilisation de ce modèle qui semble adéquat à ce type de pathologie. Elle précise que cette démarche doit s'orienter vers l'avenir et doit engager « le patient dans un processus de recherche active et collaborative d'information », ce que l'on pourrait comprendre par soutenir la capacité d'agir. En résumé, il s'agit de s'inscrire dans une approche centrée sur la personne.

Par ailleurs, un groupe de travail mené en Australie (Levin, et al., 2011) a participé à l'amélioration des compétences cliniques des professionnels de santé par le biais de formations dédiées aux techniques de communication diagnostique. Ils ont mis au point un modèle « ComPsych » inspiré du modèle en oncologie basé sur des jeux de rôle. L'impact de ce programme a montré une augmentation de la confiance des médecins en matière de communication et d'évocation du pronostic.

Ce modèle se rapproche nettement des recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (2000) mais s'en distingue sur la question de la personne en charge de l'annonce et le moment opportun. Si nous nous centrons sur la pratique des professionnels en établissement de santé mental, comment le partage des savoirs se réalise dans le processus d'annonce diagnostique.

L'annonce du diagnostic illustre la conflictualité éthique entre dire comme l'impose la loi « perspective déontologique » et dire en prenant en compte l'individu à qui cette vérité s'adresse « perspective téléologique » (Danion-Grilliat A., 2011). Il ne s'agit pas que d'un acte de nomination mais également un acte de transmission au patient qui le reçoit. En effet, la communication de l'information médicale est une forme de partage du savoir qui tend à diminuer le caractère asymétrique de la relation patient-soignant. Est-ce que les difficultés à considérer la personne atteinte de schizophrénie comme un partenaire de soin se situent dans les réticences connues des praticiens à annoncer ce diagnostic en particulier. Le PAD peut-il être

un levier pour mobiliser les ressources de la personne et l'impliquer dans son parcours psychique, son parcours de soin ?

Cela interroge sur les freins, les leviers ainsi que les bénéfices qui conduisent à l'annonce diagnostic en psychiatrie, mais aussi les forces et les savoirs qui sont mobilisés pour favoriser le rétablissement en s'inscrivant dans une approche centrée sur la personne. Par ailleurs nous l'avons vu à travers la revue de littérature, les études retenues abordent les difficultés d'annonce d'un diagnostic propre à la schizophrénie. Pour autant, les preuves issues de ses études ne se traduisent pas toujours en implémentation de bonnes pratiques (Bauer & al, 2015). Cela nous amène à cette question de recherche :

En quoi une collaboration en équipe pluridisciplinaire dans un processus d'annonce diagnostic favoriserait la co-construction d'une relation thérapeutique avec une personne souffrant d'un trouble schizophrénique ?

4 Cadre théorique et conceptuel

Afin d'éclairer nos travaux, nous proposons quelques précisions sur certains concepts en lien avec la problématique.

4.1 Les troubles schizophréniques

Le concept de schizophrénie n'a guère plus d'un siècle ; il est né sous le vocable de démence précoce entre 1896 et 1899 avec les cinquièmes et sixièmes éditions du traité du psychiatre allemand Emil Kraepelin, et a été confirmé en 1911 avec le traité du psychiatre suisse Eugen Bleuler (D'Amato & al, 2012).

4.1.1 Définition selon Eugène Bleuler

Bleuler (1857-1939) a proposé le terme de schizophrénie le 24 avril 1908 lors d'une conférence au congrès de l'association allemande de psychiatrie à Berlin. Il proposa le mot schizophrénie (du grec *schizen* : fendre, et *phren* : initialement diaphragme puis âme ou esprit) pour insister sur une caractéristique psychologique fondamentale du « groupe » des schizophrénies : la rupture ou scission au sein du fonctionnement psychique. Le terme de schizophrénie s'est progressivement imposé à la place de celui de démence précoce (Kraepelin), qui avait une connotation péjorative. Bleuler considérait que l'évolution et l'état final de la schizophrénie étaient variables et s'attachait plutôt à définir un ensemble de symptômes « fondamentaux » propres à la schizophrénie. Les symptômes fondamentaux reflètent la désintégration de la vie psychique et la perte d'unité de la personnalité (D'Amato & al, 2012). Bleuler a beaucoup influencé la définition de la schizophrénie aux Etats-Unis, à l'époque de la deuxième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM).

4.1.2 Les critères diagnostic

Selon la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM 5) « Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie correspondent à un ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, et aucun symptôme n'est pathognomonique du trouble. Le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et symptômes eux-mêmes associés à une altération du fonctionnement professionnel ou du fonctionnement social. Les personnes souffrant du trouble varient considérablement au regard de la plupart des caractéristiques car la schizophrénie est un syndrome cliniquement hétérogène ».

Les différents critères permettant le diagnostic :

- Critère A. Symptômes caractéristiques : présence de 2 ou plus des manifestations suivantes pendant au moins 1 mois (ou moins en cas de traitement) :
 - Hallucinations,
 - Idées délirantes,
 - Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence),
 - Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique,

- Symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, aboulie).
- Critère B. Dysfonctionnement social.
- Critère C. Durée > 6 mois (dont critère A > 1 mois)
- Critère D. Pas de trouble de l'humeur, ni de trouble schizo-affectif.
- Critère E. Pas d'affection médicale générale ni effet iatrogène
- Critère F. Pas de trouble envahissant du développement.

Les symptômes délirants sont nommés symptômes « positifs » dans le sens de « productifs ». Ils sont présents durant la maladie. Les symptômes dit « négatifs » sont présents durant les périodes transitoires. Cette fluctuation entre les symptômes peut donner naissance à une psychose chronique, même si cette évolution n'est pas systématique.

Cela montre le caractère évolutif de cette pathologie, sa complexité par ces différentes formes cliniques et une étiopathogénie diverse sans qu'aucune cause unique ne soit retenue. Mais comment procède-t-on en psychiatrie pour parvenir à ce diagnostic ?

4.1.3 Les particularités du diagnostic

Les réticences citées dans les études ci-dessus et la complexité peuvent s'expliquer par la particularité de la psychiatrie dans la réalisation de l'examen clinique.

En effet la psychiatrie est une discipline qui repose sur des critères cliniques et sur l'élimination d'une étiologie médicale. Il n'existe pas à ce jour de marqueur de la schizophrénie (Seeman, 2010). Un professionnel de santé qui pose un diagnostic doit se fier à la description faite par la personne de son ressenti et de ses pensées et en plus observer son comportement. Il est souvent estimé que c'est le patient lui-même qui est le mieux placé pour déterminer le diagnostic psychiatrique qui correspond à son problème, grâce aux informations, discussions, échanges d'égal à égal qu'il peut avoir avec les professionnels « comme en médecine physique, l'examen d'un patient en psychiatrie vise à recueillir des signes cliniques dans le but d'établir un diagnostic, d'évaluer le pronostic et d'orienter une thérapeutique. Mais ici, la sémiologie est largement dominée par le matériel verbal ... » (Nonnotte, 2017). Il se différencie de l'examen médical qui « cherche à identifier les caractéristiques générales de la maladie plus que la singularité du patient » (Nonnotte, 2017).

L'examen clinique en psychiatrie prend du temps, le temps pour la personne soignée de prendre la parole, le temps des silences, le temps des questions. L'intérêt de cet entretien est de recueillir le maximum d'informations et de laisser la personne parler spontanément de ce qui la préoccupe. Ainsi s'installe une relation de personne à personne, une relation transférentielle. La distinction avec la médecine organique s'attache au fait que le diagnostic psychiatrique va concerner l'identité de la personne, sa subjectivité, sa capacité de penser et de ressentir. Ce dernier désigne la personne dans toute sa complexité.

Par ailleurs les objectifs du diagnostic sont d'aider les professionnels de la santé à communiquer entre eux et de déterminer quelles thérapeutiques prescrire. Pour autant rien n'empêche de traiter au préalable sans que le diagnostic ne soit déterminé.

Nous avons évoqué la particularité du diagnostic en psychiatrie et les critères diagnostic selon le DSM 5. On parle de trouble mais comment faire la distinction entre le trouble et le fonctionnement psychique de la personne, ce qui fait ce qu'il est.

4.1.4 La complexité du trouble mental

La conception du trouble mental se divise en deux grandes orientations : la maladie d'une part pouvant être considérée comme venant du dehors de la subjectivité, étrangère même si elle le perturbe et d'autre part comme une partie intégrante de la structure même de la subjectivité.

- Le modèle maladie extérieure à la personne
- Le modèle intégré à la subjectivité

Définition selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNTRL) de la subjectivité, au niveau philosophique « Qualité (inconsciente ou intérieure) de ce qui appartient seulement au sujet pensant ». Au niveau psychologique « Qui relève de l'expérience interne, qui ne concerne que le seul sujet pensant. »

L'expérience schizophrénique peut être considéré comme une façon d'aborder le monde et d'être au monde. La souffrance intériorisée parfois peut se manifester de manière plus bruyante. La difficulté qui se pose est de distinguer la personne de la maladie. Néanmoins, il est question lors d'une décompensation d'un avant et d'un après avec une évolution dans le temps.

4.1.5 Complexité du trouble schizophrénique

La schizophrénie s'installe progressivement.

Le cours évolutif de la pathologie est caractérisé par différentes phases : la phase pré morbide qui va de la naissance du patient à l'apparition des premiers signes ; la phase prodromique au cours de laquelle apparaissent les premiers symptômes peu spécifiques, ces symptômes augmentant progressivement en intensité et en spécificité au cours de la phase qui précède les symptômes psychotiques francs ; la phase psychotique avec les premiers signes psychotiques avérés qui déterminent le premier épisode de psychose. Lors de la phase active de la schizophrénie on constate une multitude de symptômes très variables (syndromes positifs : idées délirantes et hallucinations ; syndromes négatifs : retrait social et déficits cognitifs ; syndrome de désorganisation : trouble du contact). Il s'agit d'une maladie complexe dont la physiopathologie reste peu connue. Le modèle explicatif dominant actuellement, est le modèle de diathèse-stress qui combine deux facteurs : la vulnérabilité intrinsèque et le stress provenant d'expériences vécues (Lemey & al, 2021).

Nous avons vu la complexité diagnostic et évolutive, attardons-nous sur le déficit cognitif qui entre en jeu dans le traitement de l'information et qui va avoir un impact sur le consentement, l'adhésion aux soins. Les termes « déni » et « insight » sont issus du vocabulaire psychanalytique même si l'insight a été repris par les cognitivistes. L'anosognosie renvoie à un déficit neurologique (Friard, 2012). La notion de déni des troubles a évolué vers l'altération de la conscience avec un faible ou une pauvreté de l'insight. Selon le Dr M.L Bourgeois (neuropsychiatre) l'insight est corrélé avec l'alliance thérapeutique, l'observance médicamenteuse, l'évolution et le pronostic des troubles psychiatriques. On pourrait le définir comme la capacité d'introspection, le degré de conscience et de compréhension que la personne a de sa maladie.

Nous voyons que le trouble psychotique et le trouble schizophrénique qui nous intéresse ici pose le problème de la variabilité de la symptomatologie des diverses formes cliniques et de la difficulté à repérer le début de l'affection. Par ailleurs, la jeunesse des malades et l'intrication de cette pathologie avec les liens familiaux rendent difficile l'établissement d'un diagnostic précoce et précis. En prenant en compte tous ces paramètres comment engager une relation, prendre soin une personne dans le déni ou avec un faible insight ? comment faire alliance ?

4.2 Le diagnostic

Pour commencer, intéressons-nous à la terminologie générale et voyons ensuite ses particularités dans les domaines qui nous intéressent. Selon la CNTRL « il s'agit d'une conclusion, généralement prospective, faisant suite à l'examen analytique d'une situation souvent jugée critique ou complexe ».

4.2.1 Diagnostic médical

Selon l'académie nationale de médecine le diagnostic « permet de reconnaître une maladie pour en assurer une prise en charge appropriée. Il est l'élément essentiel de la décision médicale et relève de la responsabilité du médecin. Le concept remonte aux origines de la médecine, la rationalité de la démarche diagnostique s'est enrichie au cours des deux derniers siècles des apports de la science. Le schéma selon lequel le diagnostic est issu du recueil et de la hiérarchisation des symptômes et des signes cliniques, confirmé et précisé par les examens complémentaires doit être un principe fondamental. L'élaboration du diagnostic bénéficie de nombreuses innovations. Elles concernent les moyens techniques disponibles (biologie, imagerie) et les nouvelles méthodes pour tirer parti des données (statistiques, algorithme). La mise en œuvre du diagnostic doit tenir compte de l'évolution de la société : le malade et son entourage demandent à être considérés comme des partenaires. L'information du malade, même si elle doit être nuancée en fonction des circonstances, est une obligation » (Godeau & Couturier, 2006).

4.2.2 Diagnostic infirmier

Selon la définition de l'association nord-américaine des diagnostics infirmiers (NANDA) « le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique, sur les réactions aux problèmes de santé présents et potentiels, au processus de vie d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base, pour choisir les interactions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmière est responsable » (Billier-Reckel, Dumont, & Fima, 1994). Le jugement clinique correspond selon les auteurs à l'habileté de l'infirmier à recueillir les données, les interpréter et les grouper. Par ailleurs, cela requiert des capacités intellectuelles de raisonnement par déduction, induction, la conceptualisation, et le jugement.

4.3 Le Processus d'annonce diagnostic

Selon l'usage général, le diagnostic en médecine est considéré comme « le temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint » (Larousse). Le processus d'annonce d'un diagnostic ne peut se réduire au simple moment de l'annonce verbale du diagnostic. Ce processus s'étale dans le temps, allant des premiers examens cliniques au choix de la prise en charge. Ce décours temporel sera plus ou moins long suivant les affections et les modes de prises en charge. Tout au long du processus, différentes nouvelles sont annoncées au patient et ses proches. En effet, la transmission du nom de la

maladie est accompagnée d'autres annonces comme par exemple, celles relatives au pronostic, aux effets secondaires ou l'impact psychosocial de la maladie. L'annonce du diagnostic et les annonces qui l'entourent sont mieux connues dans la littérature sous le terme de « d'annonce de mauvaises nouvelles » (breaking bad news). La notion de mauvaise nouvelle se définit comme étant une nouvelle qui va changer radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir (Buckman, 1984). Bien que l'impact de cette mauvaise nouvelle puisse être différent d'une personne à l'autre (Baile, et al., 2000). Le résultat implique toutefois que les perspectives du patient et de ses proches seront transformées irrévocablement (Greening, 2008). Ce rapport considère l'annonce d'un diagnostic comme un processus qui va changer radicalement et négativement l'idée que se fait le patient de son avenir. Le rapport tient compte des différentes annonces qui se déroulent tout au long de ce processus.

La conceptualisation de la prise en charge des patients a également connu des évolutions majeures lors de ces dernières décennies. Le modèle biomédical a fait place à un modèle biopsychosocial qui tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. Ces renversements épistémologiques ont entraîné des modifications de la prise en charge des patients. En effet, l'approche globale du patient a permis de développer une prise en charge collaborative où le patient est invité à participer aux décisions ainsi qu'une prise en charge pluridisciplinaire où d'autres professionnels que le médecin sont impliqués dans le processus d'annonce. Les prises en charge collaborative permettent de considérer à la fois le point de vue du patient et le point de vue des équipes soignantes. Ces prises en charge globales, collaboratives et pluridisciplinaires sont devenues synonymes de qualité des soins.

4.4 La collaboration

Voyons désormais quelle collaboration est possible dans ce processus d'annonce diagnostic et pour cela attardons nous sur la définition de cette collaboration. Selon la CNTRL la collaboration est « la participation à l'élaboration d'une œuvre commune ». De façon générale, il s'agirait des visions, des cultures, des stratégies réunies dans un réseau pour mettre en place des projets communs dans le cadre d'un processus d'intégration impliquant l'existence de représentations et de valeurs partagées par différents acteurs (Paillard, 2018).

La collaboration désigne une action où des individus travaillent à deux ou plusieurs dans un but commun. Le travail d'équipe consiste à travailler ensemble au sein d'un même service. Chaque individu a un poste, une fonction, et des compétences qu'il peut mettre en œuvre dans un travail collectif.

Cette collaboration est l'occasion de la rencontre des savoirs (médical, empirique, expérientiel) et met en évidence les compétences de chacun dans une œuvre commune.

4.4.1 Collaboration Interprofessionnelle

L'interprofessionnalité se définit comme « le développement d'une pratique cohésive entre des professionnels de différentes disciplines. C'est le processus par lequel chaque professionnel réfléchit et développe des manières d'agir qui favorisent une réponse intégrative et partagée aux besoins du client/famille/communauté » (Gonzalez-Martinez & Bulliard, 2018).

L'organisation mondiale de la santé invitait à développer l'interprofessionnalité pour répondre aux besoins futurs en soins de la population (WHO & OMS, 1988). Depuis, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, la complexification des situations de soins (au niveau physique, psychique et psychosocial), le raccourcissement des séjours hospitaliers, ainsi que les pressions financières ont rendu encore plus nécessaires les collaborations interprofessionnelles aux niveaux intra- et interinstitutionnel. L'enjeu est d'offrir des soins de qualité, assurant la sécurité des patients, tout en utilisant les ressources à disposition de la manière la plus pertinente et la plus efficiente possible.

Nous centrons notre propos sur la collaboration avec la profession infirmière. En raison de la position singulière de cette profession au sein de l'histoire de la prise en charge psychiatrique, en référence à Jean Baptiste Pussin (1745-1811), et de la nécessaire complémentarité qu'elle a pu et qu'elle doit, encore plus aujourd'hui, mettre en place avec le corps médical psychiatrique (Letourneau, 2010).

En 2016, devant l'augmentation du nombre de patients atteints de pathologies chroniques, la fonction d'infirmiers en pratique avancée (IPA) est créée en France par loi de modernisation du système de santé (Article 119 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Légifrance, s.d.). Les premiers décrets d'application sont promulgués en 2018, et la mention psychiatrie santé mentale est ajoutée en 2019. Les missions décrites dans les textes législatifs s'appuient sur la description des IPA d'Hamric dans son ouvrage : *Advanced practice nursing : an integrative approach* (Tracy & O'Grady, 2016). Elle met en évidence six compétences au niveau de : la pratique clinique, la coordination des soins, la promotion et la prévention de la santé, la consultation et l'éducation, le leadership et enfin la recherche et le développement de la pratique. L'exercice de l'IPA s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire et ne peut être isolé, par ailleurs la collaboration avec le médecin est contractualisée sous forme d'un protocole d'organisation qui va définir les modalités du suivi à travers le référentiel d'activité de l'IPA, les modalités de communication avec le médecin et de ré adressage si décompensation de l'état clinique de la personne soignée. L'émergence de ce nouveau métier celui d'infirmier en pratique avancée vient prendre une place dans ce système « médio » entre le médecin et l'infirmier auprès de la personne soignée.

4.4.2 La pluridisciplinarité

Concerne plusieurs disciplines, champs de recherche ou lieux comportant plusieurs services exerçant une discipline distincte. Une équipe soignante est pluridisciplinaire si elle concerne le médecin, l'infirmier, le psychologue, l'assistant social ... (Paillard, 2018).

La discipline est l'ensemble des règles et des influences au moyen desquelles on peut gouverner les esprits et former les caractères. Etymologiquement, il a un sens étendu et désigne à la fois le fait d'apprendre et la manière d'apprendre

Le travail pluridisciplinaire englobe la co-présence de plusieurs disciplines qui peuvent répondre à un besoin. La complémentarité des disciplines permet d'apporter des regards différents sur une problématique commune. Cette notion renvoi également à la notion de la multidisciplinarité. Il s'agit de deux termes similaires.

La multidisciplinarité est un concept qui fait appel à deux disciplines, rassemblant diverses sciences dans un thème commun. Par la suite se fait une sorte d'ordonnancement des actions, où les professionnels se distribuent les tâches selon leurs convenances, pour parvenir à des

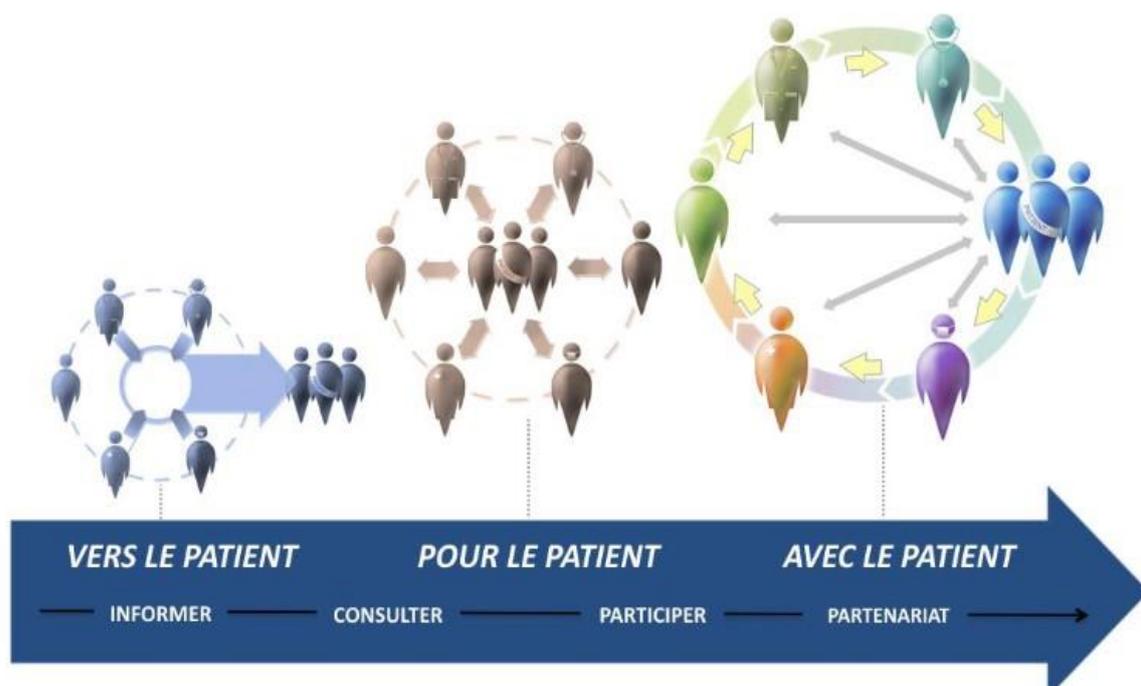
finalités communes. Les professionnels sont donc complémentaires puisqu'ils sont spécialistes dans leurs concepts, leurs méthodes et leurs points de vue. Le but est de rassembler les idées de chacun pour une action commune, afin de parvenir à résoudre des problématiques diverses (Sherbrooke).

Cette mise en commun est au service de la personne soignée en vue de construire un lien de confiance, de faire alliance et en vue d'une construction partagée de cette relation thérapeutique.

4.4.3 Collaboration soignant-soignée : approche centrée sur la personne

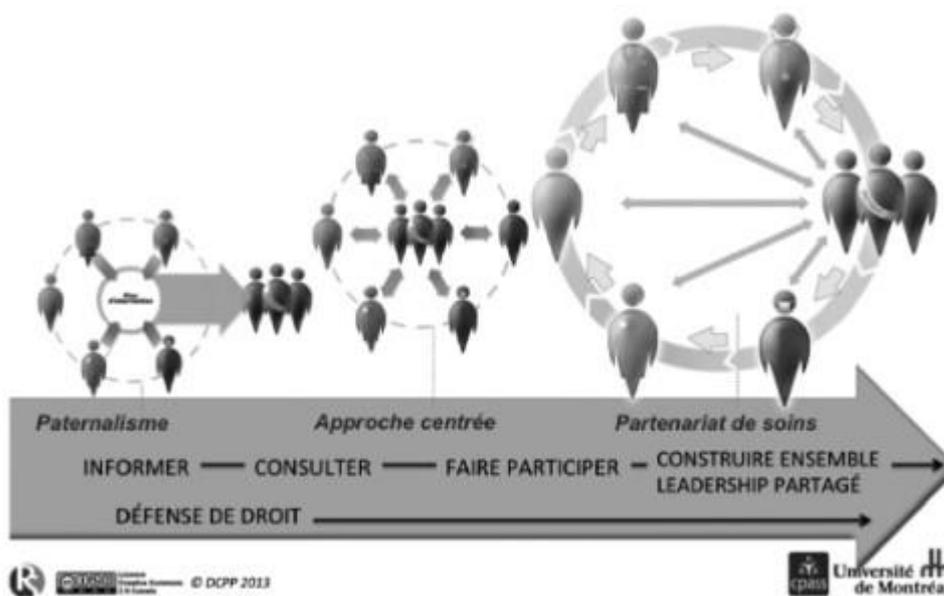
Afin de comprendre le fondement des soins centrés sur la personne, il faut regarder comment ce mouvement est né vers le milieu du XX^{ème} siècle en réponse au paternalisme médical. Les nombreuses découvertes scientifiques à tous les niveaux de la médecine (médicament, biologie, chirurgical ...) ont vu croître l'espérance de vie. Cela a fait émerger l'idée d'une vie sans maladie résultat d'une médecine experte ayant réponse à tout (Flora & Al, 2016). Dans une approche paternaliste, le rôle du médecin est central, il décide du diagnostic et des soins afférents, il gère l'équipe de soins en fonction des objectifs qu'il fixe et pousse les soins vers le patient. Cette approche a connu son apogée dans les années 80. Pour autant cette médecine experte a dû mal à gérer la dimension psychosociale. Les soins centrés sur la personne se sont développés avec la nécessité d'une approche plus holistique du soin, moins unilatérale, qui va donner davantage de légitimité et d'espace d'action à d'autres disciplines de la santé afin de comprendre et répondre aux besoins des patients de façon plus globale. Les professionnels soignants décident en fonction des besoins bio-psycho-sociaux du patient, et le considèrent comme une personne à part entière. Par ailleurs son rôle a évolué comme le montre la figure ci-dessous.

Figure 1 : Evolution du rôle du patient (Flora & Al, 2015).



A travers les soins centrés sur la personne, on personnalise les soins en prenant en compte les valeurs et le vécu de la personne. Les professionnels soignants intègrent systématiquement dans leurs pratiques quotidiennes la participation active de leurs patients et des proches, notamment dans l'élaboration de leurs plans de soins et services. Pour autant la perspective du partenariat de soins franchit un pas de plus en considérant le patient comme un acteur de soins à part entière et en proposant de ce fait une relation de soins axée principalement sur la coopération, la co-construction et la valorisation des savoirs expérientiels de tous les partenaires comme l'indique la figure ci-dessous du modèle de patient partenaire (Modèle Montréal).

Figure 2 : modèle « patient partenaire » (Flora & Al, 2015).



4.5 La relation thérapeutique

Pour finir sur la définition des concepts, nous allons définir la relation thérapeutique selon la littérature. Pour (Salamin & al, 2009) il s'agit d'un lien de type collaboratif et affectif unissant un patient et son thérapeute. Selon le dictionnaire des concepts infirmiers, elle est définie « d'un commun accord, focalisée sur les réactions et les intérêts émotifs, cognitifs et comportementaux de la personne soignée » (Paillard, 2018). Il s'agit d'aider l'individu à prendre conscience de ses difficultés pour l'accompagner dans son processus de changement. Le soignant prend en compte la singularité de la personne soignée dans le cadre d'entretiens non directifs pour écouter son histoire. La relation thérapeutique est décrite comme une relation asymétrique entre un patient souffrant et le professionnel soignant selon (Paillard, 2018). Quant à l'alliance thérapeutique, elle est basée sur la théorie de l'alliance de Bordin (1979) elle n'a pas valeur à être curative, mais un appui possible pour le patient afin qu'il adhère au suivi et

poursuive son traitement. C'est un processus en mouvement, qui peut comporter des moments de ruptures et des moments de réparation. Elle est fixée par la rencontre, en lien avec la demande, elle se concentre sur un objectif partagé entre le patient et le professionnel soignant en l'occurrence la diminution de la souffrance. L'alliance thérapeutique met en œuvre des éléments technique et relationnel. Son enjeu consiste à créer progressivement, un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide. Pour Jacques Chalifour, « ce lien permet de bâtir, au cours des rencontres, des échanges constructifs afin que la personne soignée s'investisse dans son traitement et termine par accepter de ne plus se réfugier derrière des mécanismes de défense, mais d'explorer les potentiels avec l'aide du soignant. »

La notion d'alliance reste un carrefour incontournable dans la relation patient-professionnel qui est profondément humaine quel que soit le niveau de technicité que la société tend à augmenter de nos jours. Elle est un point incontournable pour le professionnel tentant de saisir la dynamique psychique d'un sujet ainsi qu'adapter ses propres interventions et elle reste liée à des facteurs formels qui intéressent aussi le pronostic médical.

5 Méthodologie

L'objectif principal de cette recherche est de recueillir les critères qui entrent en jeu dans le processus d'annonce ainsi que les représentations qui les sous-tendent. Nous allons tenter d'explorer et décrire les expériences de professionnels qui participent à l'annonce diagnostique ainsi que la compréhension des phénomènes qui entrent en jeu dans le partage ou le non partage de cette information. Il s'agit donc d'une recherche qualitative descriptive, répondant aux critères consolidés pour le rapportage qualitatif de recherche (COREQ) (Gedda, 2015).

Secondairement, nous recherchons dans quelle mesure une démarche systématisée permettrait d'impliquer la personne soignée pour en faire un partenaire de soin et quelle place pourrait occuper l'infirmier en pratique avancée dans le processus d'annonce ?

5.1 Recueil de données

Ce travail se base sur le recueil d'expérience des professionnels exerçant en psychiatrie santé mentale : psychiatre et infirmier. Le médecin psychiatre, clinicien établit une relation thérapeutique, se fait une opinion clinique, pose le diagnostic, prescrit les thérapeutiques en vue de soigner la personne malade. Les soins proposés sont pluridisciplinaires et s'articulent souvent entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier. Le rôle infirmier en psychiatrie a pour mission d'entretenir une relation thérapeutique en s'appuyant sur les concepts d'autonomie, d'aide, d'accompagnement de la personne malade pour améliorer sa qualité de vie, en collaborant avec le médecin, en s'appuyant sur son observation clinique et en travaillant en réseau avec les autres partenaires institutionnels, ambulatoire et les aidants.

5.2 Critères

Le recrutement des participants a été réalisée sur la base du volontariat, en précisant que le sujet portait « sur le processus d'annonce diagnostique auprès d'une personne souffrant d'un trouble schizophrénique ». Un email a été adressé au préalable à chaque directeur des soins et des directions des ressources humaines pour demander l'autorisation de réaliser des entretiens semi dirigés sur leur établissement ou en distanciel. Un email a été adressé à chaque participant contenant le thème du sujet de recherche, le nom de l'enquêteur, la modalité d'échange (entretien individuel avec enregistrement audio) ainsi qu'une fiche d'information et de consentement à signer.

Critères d'inclusions :

- Psychiatres exerçants ou ayant exercé en milieu hospitalier et en extra hospitalier
- Infirmiers exerçant en service hospitalier et ou en Centre Médico Psychologique

Critères d'exclusions :

- Les personnes soignées, postulat de la recherche les représentations des professionnels soignants
- Les infirmiers exerçant sur le même établissement que l'enquêteur afin d'éviter les biais de désirabilité sociale.

5.3 Entretiens

Les entretiens ont été réalisés, de façon individuelle, par un enquêteur de sexe féminin dans six établissements de psychiatrie santé mentale au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Brest Bohars, un établissement public de santé mentale (EPSM) Finistère Sud (Quimper), un psychiatre libéral à Rennes, un psychiatre exerçant à l'EPSM de Sud Bretagne à Caudan, un établissement de santé privé à but lucratif (la Fondation Bon Sauveur à Bégard), une psychiatre retraitée exerçant en tant que psychanalyste à Lorient, à l'EPSM de Saint-Avé, au Centre Hospitalier Georges Mazurelles à la Roche sur Yon. Le Centre Hospitalier de Guillaume Rénier a donné son autorisation pour mener l'enquête dans son établissement mais n'a pas fait suivre les noms des participants.

L'ensemble des participants n'étaient pas connu de l'enquêteur à l'exception de trois psychiatres et d'un infirmier étudiant en pratique avancée. Ses entretiens ont été réalisés du 23 juin au 26 juillet 2022. En début de chaque entretien le consentement de chaque enquêté a été recueilli et une fiche d'information comprenant l'intitulé du sujet leur a été transmise au préalable. Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes.

Au début de chaque entretien des éléments biographiques et démographiques (sexe, âge, expérience professionnelle) ont été recueillis. A la suite de cela, des questions ont été posées en s'appuyant sur un guide d'entretien, testé au préalable auprès d'un psychiatre (Annexe V).

Les entretiens ont été enregistrés sur un support audio après accord des participants puis retranscrits sous forme de verbatim. La codification a été réalisée à l'aide d'un logiciel Maxqda (version 2022) qui a permis de codifier de façon non automatique, de hiérarchiser chaque code et sous code et de faire des recoupements. Cette méthode permet de faire émerger les thématiques les plus représentatives des échanges ou les plus partagées, mais aussi d'obtenir une représentativité du discours basée sur la diversité des perceptions du phénomène étudié tel que recommandé dans les méthodes d'analyses qualitatives scientifiques. L'utilisation du logiciel comporte plusieurs étapes : après une première lecture approfondie des retranscriptions et leur codage par unité de sens, l'enquêteur a procédé à l'identification des codes similaires pour les rassembler en thèmes.

6 Résultats

6.1 L'échantillon

Vingt professionnels soignants ont répondu favorablement à cette recherche et dix-neuf entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données. Un entretien n'a pas eu lieu pour des raisons organisationnelles. Les caractéristiques démographiques des professionnels soignants sont consignées en annexe VI.

L'échantillon comprend neuf psychiatres et dix infirmiers.

Parmi les psychiatres qui ont répondu favorablement à cette recherche, cinq sont des femmes et quatre sont des hommes. L'une des psychiatres interrogés a une activité mixte libéral et en établissement public de santé mentale, une autre psychiatre est à la retraite de la fonction publique hospitalière maintenant une activité en tant que psychanalyste, une autre a une activité qui s'inscrit dans la posture de la réhabilitation psychosociale et un autre a eu une activité en EPSM et exerce désormais en libéral. Ils ont tous eu une expérience dans le travail en collaboration dans une équipe pluridisciplinaire.

Parmi les dix infirmiers participants, trois sont étudiants en pratique avancée deux en master un à la faculté de Nantes et rentrent en mention psychiatrie santé mentale et le troisième en deuxième année de master à l'Université Bretagne Occidentale en mention psychiatrie santé mentale. Une infirmière interrogée est case manager dans une unité qui s'adresse à de jeunes adultes. Les infirmiers ont majoritairement une expérience en milieu hospitalier et exerce pour la grande partie en centre médico psychologique ou en service d'admission.

6.2 Analyse des thématiques

L'analyse thématique a permis de mettre en exergue six thématiques :

- Processus d'annonce
- Critères éthiques de l'annonce
- Représentations en lien avec le trouble schizophrénique
- Travail en collaboration
- Approche centrée sur la personne
- Place de la famille

Les résultats sont organisés en quatre parties. Chaque thème et sous-thème sont illustrés par des verbatims. La première partie reprend les critères qui conduisent au processus d'annonce diagnostic (PAD) ainsi que les étapes. La question du moment opportun pour réaliser l'annonce, va tenter d'être définie, ainsi que les informations délivrées. Dans une deuxième partie, il va être question de l'approche collaborative dans le processus d'annonce diagnostic en interprofessionnel, centrée sur la personne et en intégrant les familles.

Dans une troisième partie, nous retrouverons les points clés d'une démarche systématisée dans le PAD et la place du protocole d'annonce. Pour finir, en quatrième partie, nous aborderons les freins à l'annonce, la place de l'auto stigmatisation la stigmatisation dans le PAD.

Première partie : Le processus d'annonce en psychiatrie

6.3 Les déterminants à l'annonce diagnostique

Il s'agit du postulat de départ qui va encadrer ce processus selon les médecins psychiatres interrogés. Une infirmière l'a abordé lors de la question relative aux échanges en équipe.

Cela regroupe plusieurs éléments dont le premier est médico-légal. Un des médecins psychiatre y fait référence car dans sa pratique il ne conçoit pas qu'on puisse laisser les patients dans le flou, « c'est quelque chose qu'on doit leur dire parce qu'on est obligé médicalement de les informer, on est obligé de les informer du fait qu'ils vont nécessiter d'un traitement durant un temps prolongé 2 ans ou 5 ans ou à vie » (re transcription Psy 5, P. 1). **Un autre critère abordé, est le principe éthique de non malfaisance. Pour s'inscrire dans le principe de non malfaisance il faut que l'annonce soit accompagnée, l'information délivrée doit être claire, adaptée à la personne qui va la recevoir, « ... pour moi, l'information claire, loyale, appropriée elle est nécessaire, obligatoire, elle doit être mesurée et adaptée aux capacités du patient à recevoir l'information mais il ne faut pas que sa bride derrière ce risque que le patient ne soit pas en capacité d'entendre, pour se défilier ».** (re transcription Psy 5, P. 12). **L'infirmière évoque l'intérêt que l'information soit adaptée à la personne qui va la recevoir et au fait qu'elle souhaite ou non avoir des informations, « adaptabilité par rapport à sa demande ou à sa non-demande ? Mais pouvoir entendre en tout cas qu'il puisse être aussi dans une non demande ... »** (re transcription IDE 10, P. 11). **Concernant la demande de la famille d'un diagnostic « le dévoilement du secret médical », ce médecin psychiatre considère qu'elle n'a pas sa place en première intention et cela revient à la personne soignée d'informer ou non sa famille, « voilà déjà c'est le patient qui compte pour le secret médical, c'est vis-à-vis du patient »** (re transcription Psy 8, P. 2). **Alors que dans un service spécifique qui concerne les jeunes sujets de 15 à 30 ans, La présence des parents est sollicitée mais sur l'accord et le consentement de l'intéressé.**

- **Un cadre légal s'impose à tout médecin et vise à ne pas cacher le diagnostic.**
- **Le temps de l'annonce est défini par des règles éthiques. Comme le cadre légal, ces règles s'imposent à tout soignant.**

L'incertitude inhérente au diagnostic de trouble schizophrénique en psychiatrie va faire appel à beaucoup de « prudence » de la part de certains psychiatres dans leur pratique. En effet ce que l'on pourrait qualifier de trouble schizophrénique peut s'avérer être un trouble psychotique bref, ou une pharmacopsychose surtout chez les sujets jeunes, et la question de l'évolution des troubles est posée ? « Pour avoir une certitude d'un diagnostic de maladie chronique qui engage un certain pronostic, je dirais, qu'on est quand même très prudent parce qu'on s'occupe quand même d'une population où la fluctuation symptomatique est importante et on sait que des jeunes adolescents, des jeunes adultes peuvent traverser des moments psychotiques ou des moments dissociatifs anxieux, qui peuvent ressembler à éventuellement un processus dit psychotique, » (re transcription Psy 9, P. 2). **La certitude selon un autre médecin psychiatre repose sur les signes cliniques et les critères diagnostic du DSM 5, de plus ce qui ressort de son témoignage c'est la dimension individuelle « il m'est arrivé de convenir, avec un patient notamment, on n'était pas certain du diagnostic, on sait**

que c'est soit schizophrénie, soit schizo affectif, mais pour l'instant, on n'est pas sûr à 100% et du coup, on travaille avec les 2 diagnostics » (re transcription Psy 2, P. 3), **elle est spécifique au soignant au vu de ses références théoriques et de la façon dont il conçoit la psychopathologie de la schizophrénie. Pour autant, il lui arrive de remettre en question son jugement clinique, et peut hésiter entre deux diagnostics** *« la certitude c'est sur les critères, si les critères venaient à changer ou s'il y a une évolution, une évolution du syndrome ou de la clinique du patient ? Enfin faut pas avoir peur de remettre en question ce qu'on avait pu dire et puis expliquer aux patients aussi »* (re transcription Psy 2, P. 3).

Le médecin psychiatre se décrivant d'obédience psychanalytique, n'a jamais nommé dans sa pratique de diagnostic de schizophrénie du fait de contraintes institutionnelles, *« je ne pouvais pas non plus sur une première hospitalisation m'engageait sur un diagnostic à long terme ... »* (re transcription Psy 1, P. 12). **Par ailleurs, elle considère que cela requiert du temps et son activité en admission ne le lui permettait pas. Concernant le caractère évolutif de ce trouble, elle exprime sa crainte d'enfermer la personne en nommant sa souffrance comme un trouble schizophrénique,** *« je ne suis pas, en tant que psychanalyste, enclin à nommer cette pathologie. Pourquoi ? parce que j'ai vu pendant ma longue carrière quand même qu'il y avait des choses qui pouvaient vraiment bouger, ce n'est pas un diagnostic que, pour certains si on sait qu'ils seront schizophrènes toutes leur vie et qu'ils évolueront vers un monde complètement dévitalisé avec un autisme schizophrénique, enfin, je veux dire un repli sur soi. On le sait, au bout de quelques années, ça »* (re transcription Psy 1, P. 11). **Par ailleurs un des psychiatres met en avant la spécificité de la psychiatrie qui repose essentiellement sur l'examen clinique, il n'y a pas d'examens paracliniques pour certifier un diagnostic en psychiatrie,** *« j'explique bien qu'en psychiatrie on n'a pas de certitude puisque'on n'a pas un examen comme le COVID, on fait un écouvillon »* (re transcription Psy 8, P. 8).

Sur cette première partie, les soignants interrogés soulignent que l'annonce diagnostique doit respecter certains critères : médico légaux (l'obligation d'informer, une information adaptée, claire et loyale), éthiques qui ne doivent pas nuire et ne pas réduire la personne à la maladie, respecter l'autonomie de la personne, prendre en compte la demande de la personne soignée, recueillir son consentement à recevoir cette information. A ce cadre légal et éthique s'ajoute l'incertitude liée à l'évolution de la maladie ou au diagnostic clinique qui peuvent conduire certains soignants à considérer la schizophrénie selon leur référentiel théorique (avec des conséquences immédiates sur l'annonce).

6.4 Les étapes

Si les déterminants vus précédemment sont réunis en vue d'une annonce diagnostique, les psychiatres interrogés soulignent que celle-ci comporte plusieurs étapes. Trois temps ressortent le temps de la préparation, le temps de l'annonce et le temps de l'accompagnement.

6.4.1 Le temps de la préparation

Pour Psy 2, l'annonce diagnostique nécessite au préalable d'avoir été faite auprès de l'équipe, soit de façon informelle, soit au moment du staff, « je prévenais en général qu'on allait faire une annonce diagnostic au patient un peu avant et souvent les échanges sur les symptômes, etc., étaient assez informels. En fait, il n'y avait pas de temps dédiés à ça mais au moment du staff, on prenait le temps de bien annoncer le diagnostic à l'équipe et puis après de pouvoir l'annoncer aux patients » (re transcription Psy 2, P. 5). **Selon IDE 2, ce temps de préparation et de concertation en équipe a lieu lorsque la pathologie est complexe, et il considère que le rôle infirmier est d'apporter son opinion clinique afin de nourrir la réflexion, « Les habitudes de service j'ai l'impression de manière informelle on discute du diagnostic du moment quand il peut être compliqué on va apporter nos éléments pour nourrir un peu le débat sur le moment »** (re transcription IDE 2, P. 3). **Selon l'infirmière, IDE 9 considère sa place en amont de l'annonce, dans la rencontre avec le patient, le rejoindre dans sa souffrance à travers sa façon de nommer les choses, « je suis plutôt dans le temps avant d'annoncer le diagnostic en fait de pouvoir comme ça, s'il y a vraiment un lien thérapeutique qui est instauré et de confiance avec le patient. Je pense plus on reprend avec lui avec les mots qu'il a pu dire ce qu'il a vécu et ce qui a pu le soulager, ce sera plus entendable après. On s'est d'abord rencontré à tel moment »** (re transcription IDE 9, P. 12). **Pour plusieurs psychiatres, ce temps de préparation prend en compte le temps nécessaire au recueil des examens paracliniques (imagerie, biologie), de l'élimination de diagnostics différentiels. Il permet également une évaluation au préalable du vécu du patient avant d'envisager une annonce en tant que telle, « moi souvent je demande au patient s'il a des idées sur ce que sont ses difficultés. Ce qui est important je pense c'est d'avoir un mot pour décrire ce que le patient vit »** (re transcription Psy 3, P. 4). **Par ailleurs, un parallèle est fait avec les maladies non psychiatriques dans l'annonce en médecine pour annoncer une maladie grave, « j'essaye de respecter l'aspect comme pour n'importe quelle annonce diagnostic de pathologie grave et chronique, c'est à dire déjà ne pas faire d'annonce de diagnostic immédiat, parler effectivement d'abord de la symptomatologie, ensuite, parler des traitements et de l'amélioration sous traitement »** (re transcription Psy 8, P. 1).

Les médecins psychiatres prennent exemples sur le temps de préparation en soins médicaux. Ils attendent d'avoir tous les éléments cliniques et paracliniques, recourent leurs hypothèses avant d'envisager une annonce. Ils s'appuient sur le jugement clinique des équipes pluridisciplinaires à travers les réunions d'équipe, ou de façon informelle ainsi que sur le vécu de la personne soignée, son savoir expérientiel. Il n'y a pas de temps dédié à la concertation pluridisciplinaire dans les services interrogés hormis un service spécifique qui s'adresse aux sujets jeunes de 15 à 25 ans.

6.4.2 Le temps de l'annonce

Plusieurs objectifs émergent sur ce temps d'annonce : donner des informations « *c'est vraiment un entretien d'annonce où je donne le diagnostic et je donne comment j'y suis arrivé à mon diagnostic avec les différents éléments* » (re transcription Psy 2, P. 2), **faire accepter le diagnostic et les modalités** « *je me rappelle il avait été dit qu'il ne fallait pas que ça dure plus de 10 minutes parce que les gens n'écoutent plus, et puis il va falloir redire parce qu'ils sont un peu dissociés sur le côté traumatique de l'annonce* » (re transcription Psy 4, P. 6). **Selon les infirmiers interrogés, c'est le médecin psychiatre qui annonce, c'est un fait** « *c'est le médecin qui annonce le diagnostic* » (re transcription IDE 10, P. 1). **Par ailleurs, quand les membres d'une famille viennent à interroger le diagnostic, les infirmiers ne semblent pas à l'aise et se réfère au médecin** « *tu sais nous quand on nous demande de quoi souffre ma fille, mon mari on renvoi généralement, toujours au médecin* » (re transcription IDE 9, P. 6).

6.4.3 Le temps de l'accompagnement

A la différence du temps d'annonce où les réponses étaient majoritairement médicales, le temps d'accompagnement semble refléter le rôle infirmier. Dans le service spécifique dédié à l'accompagnement des sujets jeunes de 15 à 25 ans, Psy 3 travaille en étroite collaboration avec les cases managers, qui reprennent rapidement contact avec la personne soignée pour faire une évaluation de la compréhension, de son vécu suite à l'annonce diagnostique, « *ce qui est certain c'est que dans la semaine ils ont un contact avec le patient pour rediscuter de l'entretien pour savoir ce qu'ils ont compris, comment ils l'ont vécu et en fonction de ce que l'on perçoit lors de la consultation d'annonce, parfois dans la journée, il rappelle le patient pour voir comment ça va, s'ils veulent rediscuter de l'entretien, de ce qui a été dit* » (re transcription Psy 3, P. 6). **Un lien constant est maintenu après l'annonce diagnostique** « *et en fait les "case manager" ont toujours eu un contact dans la semaine pour refaire le point et pour qu'on puisse en reparler en staff* » (re transcription Psy 3, P. 7). **Selon les infirmiers interrogés, la notion de débriefing émerge et elle est définie comme un temps pour verbaliser le ressenti, soutenir, rassurer faisant suite à un événement qu'ils peuvent considérer comme angoissant pour la personne soignée,** « *et puis y a tout le débriefing voilà qu'est-ce que vous en avez pensé ? Est-ce que ce que vous avez des questions par rapport à ce qui s'est dit ? Est-ce que ça a provoqué de l'angoisse est-ce que non pas du tout, au contraire. Est-ce que c'est un soulagement enfin je pense que notre place elle est plus dans l'après* » (re transcription IDE 1, P. 3).

Le processus d'annonce comprend :

- **Le temps de préparation,**
- **Le temps d'annonce,**
- **Le temps d'accompagnement.**

Le temps d'annonce est un enjeu clinique pour le médecin psychiatre qui fait l'annonce dire ou ne pas dire, dire en expliquant comment on arrive à cette conclusion, dire dans un environnement propice où la personne soignée sera en mesure de recevoir l'information, la comprendre et l'intégrer. Peu d'infirmiers s'interrogent sur un rôle éventuel durant ce temps d'annonce. De principe cela relève de la responsabilité médicale. Il y a différents temps pointés par les soignants et ces temps ne se succèdent pas de façon linéaire, définir le moment opportun semble être une des clés.

6.5 Le moment opportun

Selon les psychiatres interrogés, le moment opportun est défini selon différents critères d'une part la stabilité psychique « *le début de stabilité, une amélioration, un début de stabilité* » (re transcription Psy 8, P. 3), **cela correspond à la disponibilité psychique de la personne à recevoir, cela requiert un certain apaisement, une mise à distance des symptômes aigus. D'autres part, cela prend en compte deux faisceaux de temporalité, du côté du praticien dans son évaluation et l'accès à une certitude clinique** « *le moment opportun, je pense qu'il y a 2 choses, il y a la temporalité, enfin du côté du médecin enfin de la médecine, on a un faisceau de convergences qui nous fait dire, là, il nous semble quand même qu'on est dans une schizophrénie, donc déjà pour nous d'avoir un peu la certitude, au moins un faisceau de convergence suffisamment lourd et puissant pour se dire, on va plutôt vers une maladie chronique de cette nature* » (re transcription Psy 9, P. 3), **et du côté de la personne soignée par sa disponibilité psychique** « *l'apaisement, c'est la disponibilité du patient, c'est l'alliance, la relation de confiance qui prend du temps et pour qu'il y ait une relation de confiance, faut qu'on ait été là de manière bienveillante, sans forcer les choses, voilà en respectant le temps que le patient a besoin d'avoir* » (re transcription Psy 6, P. 3). **Le moment opportun correspond au moment où la personne sera en capacité de formuler une demande, de reconnaître qu'il y a une souffrance** « *je pense quand il commence à questionner c'est qu'ils sont prêts à entendre quelque chose quoi,* » (re transcription IDE 10, P. 4). **Par ailleurs, transmettre l'information juste pour respecter l'aspect médico-légal n'a pas de sens pour Psy 6 et elle considère que cela relève du talent que de le poser au bon moment, le moment qui sera déterminant pour la personne soignée, qui lui soit favorable** « *ce n'est pas quelque chose qui fait peur pour moi, pas du tout, c'est simplement le talent, c'est de pouvoir le poser au moment où savoir ça va avoir du sens et ça va être apaisant* » (Re transcription Psy 6, P. 2). **Pour d'autres au contraire, le moment opportun va être très tôt dans le parcours de soin parce que cela est en adéquation avec leurs valeurs professionnelles** « *en général très tôt, parce que j'ai du mal à, enfin je ne conçois pas qu'on puisse accepter une prise en charge, si on ne sait pas pourquoi on est pris en charge ? Ce serait enfin de manière caricaturale, pour moi, ce serait comme ne pas annoncer à un diabétique sans dire pourquoi il a de l'insuline* » (re transcription Psy 2, P. 2). **Selon les infirmiers interrogés, le moment opportun correspond à la période post aigu, où le patient est plus accessible, où le dialogue est renoué, un lien de confiance est tissé et lorsqu'il formule la demande de savoir de quoi il souffre,** « *le moment le plus opportun c'est une fois que la crise est apaisée, qu'il y a eu une abrasion en tout cas des symptômes aigus, la personne est beaucoup plus apaisée, le lien de confiance est tissé et là il y a quelque chose qui se tisse entre le patient et les professionnels de santé* » (re transcription IDE 8, P. 6).

Le moment opportun est défini selon plusieurs critères :

- **La stabilité psychique de la personne soignée qui va favoriser la demande, le questionnement de la personne soignée sur son état de santé psychique**
- **La temporalité du praticien et son évaluation clinique qui se précise**
- **La qualité du lien de confiance**

6.6 Les informations délivrées

Concernant le contenu de l'annonce, il y a la manière d'informer la personne soignée, un des médecins psychiatre interrogés utilise les mots du patient pour transmettre le diagnostic « *il y a des patients qui disent « mes hallucinations » qui utilisent comme ça un des symptômes qui représentent pour eux vraiment leur maladie et parfois quand c'est plus simple j'utilise cela plutôt que de redire schizophrénie mais y a toujours un moment quand même où il y a un terme médical* » (re transcription Psy 3, P. 5). **Les informations concernant le diagnostic peuvent porter sur différents points tels que les symptômes ressentis par la personne, les signes cliniques repérés par le professionnel soignant, le traitement et l'amélioration possible sous traitement** « *...parler effectivement d'abord de la symptomatologie, ensuite, parler des traitements et de l'amélioration sous traitement* » (re transcription Psy 8, P. 1). **Cette information contient également un message d'espoir, la possibilité d'un rétablissement** « *donner en fait un espoir de l'amélioration sur les symptômes ensuite, expliquer qu'il peut y avoir certaines hypothèses, que l'hypothèse privilégiée, c'est une schizophrénie, ou en tout cas dans un premier temps, parler de moment schizophrénique* » (re transcription Psy 8, P. 1), **elle traite de la possibilité de poursuivre son parcours de vie avec des aménagements possibles grâce à un traitement au long cours** « *enfin voilà, qu'il comprenne que portait cette maladie ce n'est pas une fatalité, ce n'est pas quelque chose qu'il doit subir. Il a cette pathologie comme on a une hypertension artérielle. Ça implique un traitement au long cours d'être suivi régulièrement mais avec l'idée qu'avec la maladie, il puisse quand même continuer son parcours de vie* » (re transcription Psy 7, P. 3). **L'information délivrée doit permettre le maintien des compétences de la personne soignée et de mobiliser ses ressources** « *j'essaye de terminer avec les points forts en insistant « vous avez des ressources que vous pouvez utiliser ». L'idée s'est de préserver ces ressources-là.* » (re transcription Psy 4, P. 2).

Par ailleurs les médecins psychiatres favorisent le ressenti et le vécu de la personne, de trouver une entente préalable sur les plaintes du patient et sur les termes médicaux. Une fois cet accord trouvé, ainsi que les éléments cliniques en faveur du trouble ils sont amenés à en parler avec la personne afin de pouvoir aborder ensuite les thérapeutiques, leurs plus-values et les aides possibles pour améliorer la qualité de vie de la personne. L'accent est mis sur la capacité de récupération, sur l'espoir d'une amélioration de la qualité de vie et de la préservation d'une autonomie.

6.7 La recherche de compréhension

Plusieurs stratégies sont mises en place pour s'assurer de la compréhension du patient, menée sous forme d'un échange, un des médecins psychiatre remet une information écrite sur le trouble schizophrénique, « je leur remets un petit document avec ce que c'est que la schizophrénie ? » (re transcription Psy 2, P. 4). **Lors de la restitution, Psy 8 demande au patient de faire une synthèse explicative de ce qu'il a compris** « j'ai l'habitude de faire des TCC donc normalement c'est fin d'entretien début de l'entretien suivant, c'est qu'est-ce que j'ai dit aujourd'hui, qu'est-ce qui vous a intéressé sur quoi vous êtes d'accord ? Pas d'accord les critiques et l'entretien d'après, c'est qu'est-ce que vous avez retenu ? Sur quoi vous êtes d'accord, pas d'accord. Quelles ont été vos recherches ? » (re transcription Psy 8, P. 5). **Il y a néanmoins des surprises notamment avec la situation de Psy 3 qui dans l'illustration d'un cas clinique d'annonce réalise que la patiente décrit bien les manifestations cliniques mais ne peut se résoudre à nommer le trouble de schizophrénie**, « je l'ai vue avec son père et l'on a très clairement parlé de schizophrénie. Je l'ai revue trois semaines après et elle me dit « j'ai compris que j'avais une dépression ». Donc c'est toujours un peu surprenant de savoir ce qu'ils retiennent de ce qu'on dit, alors que je n'ai pas prononcé le mot dépression pendant l'entretien. » (re transcription Psy 3, P. 5). **Cette recherche de compréhension se poursuit à chaque entretien** « après c'est à chaque rendez-vous, je leur redemande à chaque fois, qu'est-ce qu'ils ont compris ? » (re transcription Psy 2, P. 4).

De façon systématique, la recherche de compréhension est requise après chaque restitution de diagnostique ou de suivi. Elle est menée sous forme d'échange avec la personne soignée, ce qui est l'occasion pour elle de partager les éléments qu'elle a retenu, qu'elle a recherché sur internet, qu'elle a comprise, ainsi que ses représentations autour du diagnostic.

6.8 La plus-value à l'annonce diagnostique

D'après les médecins psychiatres interrogés, l'intérêt de faire une annonce diagnostique permet d'aborder la question du traitement et des perspectives possibles pour améliorer la qualité de vie. La plus-value repose surtout sur l'intérêt de mobiliser les compétences de la personne soignée et d'apporter un certain espoir sur l'évolution du trouble. Cela permet d'expliquer les thérapeutiques prescrites et d'ouvrir l'accès à certaines aides, « définir le diagnostic, ça peut permettre de mettre en place des aménagements qui couleront de source, comme l'AAH, d'être dans une prise en charge pluridisciplinaire et de justifier tout un tas de demandes qui vont lui faciliter la vie, son confort de vie et son mode de vie » (re transcription Psy 7, P. 3). **Par ailleurs cela replace la personne soignée en tant qu'actrice de ses soins « dans les situations où on a clairement posé le diagnostic, ça permet aussi d'être dans toute cette éducation là pour que le patient se sente vraiment acteur et pas, et pas à subir un mauvais sort. » (re transcription Psy 7, P. 6).**

Pour résumer, trois psychiatres voient dans l'annonce diagnostique un message porteur d'espoir, de perspectives "sur comment vivre avec ? " et surtout la reconnaissance d'un trouble. On peut entendre dans les propos recueillis auprès des enquêtés l'intérêt de déculpabiliser la personne.

Deuxième partie : Approche collaborative

6.9 L'interprofessionnalité

Dans le PAD, les réponses des médecins psychiatres sont variées. Certains font l'annonce diagnostique en sollicitant la présence infirmière car leur présence est discontinuée dans l'unité d'exercice « *c'était un infirmier pour plusieurs raisons, notamment la cohésion de prise en charge parce que quand on est en intra, le médecin n'est pas autant présent que les infirmiers, mais pas tout le temps et du coup ça a un intérêt.* » (re transcription Psy 2, P. 4), **mais aussi pour qu'il y ait une continuité des soins** « *je trouve que les infirmiers, soient présents au moment de l'annonce pour qu'il y est des transmissions à l'équipe de ce qui a été dit et de la manière dont c'était dit aussi et notamment sur certains des symptômes qui peuvent être plus ou moins bien compris par chacun* » (re transcription Psy 2, P. 4). **Ce travail en collaboration permet d'étayer les hypothèses cliniques quand le patient a un défaut d'insight**, « *dans la démarche plutôt du diagnostic d'avoir l'avis des infirmiers sur pas mal de choses, c'est très aidant. Ne serait-ce que pour les symptômes que le patient ne remarque pas quand l'insight n'est pas très important* » (re transcription Psy 2, P. 5). **Selon Psy 3, dans le PAD chacun apporte sa pierre à l'édifice, chacun vient avec ses compétences, son savoir et cela fait sujet à discussion et à un consensus sur ce qui va être dit et comment les choses vont être nommées. Cette pratique semble se rapprocher de la réunion de concertation pluridisciplinaire**, « *souvent on se met bien d'accord entre nous. Donc en gros entre « Case Manager » et le médecin qui suit toute l'équipe en fait. C'est vraiment une discussion d'équipe à laquelle participe le « case manager » du patient, le médecin du patient mais aussi tous les membres de l'équipe. Et l'on se met bien d'accord sur ce que l'on va dire exactement, quels mots l'on va utiliser quels mots précisément l'on va utiliser* » (re transcription Psy 3, P. 3). **Par ailleurs cette collaboration ne se limite pas au travail au sein de l'équipe de secteur hospitalier, elle prend en compte le psychiatre traitant qui peut exercer en libéral ou dans un centre médico psychologique distinct de l'unité** « *on n'impose pas un cadre au psychiatre avec qui on travaille on se met juste d'accord sur les mots qu'on utilisera comme ça on pourra les reprendre ensuite mais on n'impose pas qu'il y ait les parents systématiquement, que ça se passe en deux temps, chaque psychiatre fait comme il pense que c'est bien* » (re transcription Psy 3, P. 11). **Psy 5 souhaiterait inclure le médecin traitant dans le processus d'annonce diagnostique**, « *l'idéal, ce serait même qu'on fasse un truc en lien avec le généraliste, faire un compte rendu de la consultation d'annonce* » (re transcription Psy 5, P. 14).

Pour les infirmiers interrogés, la question est formulée différemment elle fait référence aux échanges sur le processus d'annonce diagnostique est ce qu'ils ont lieu ? et est ce qu'il y a une collaboration infirmier/psychiatre dans l'annonce diagnostique ? si oui de quelle manière ? et la plus-value d'une collaboration. **Aucun infirmier interrogé, n'a soumis l'idée qu'il puisse avoir un rôle à jouer dans l'annonce en elle-même. Un infirmier (IDE 3) doit puiser dans ses souvenirs afin de savoir s'il y a une réflexion autour du PAD**, « *je n'ai pas le souvenir de se questionner sur des diagnostics, oui, après, sur la façon de l'annoncer, pas forcément* » (re transcription IDE 3, P. 1).

Concernant les échanges autour du PAD, IDE 1 a participé à des échanges diagnostics au cours de réunion clinique et son rôle a été dans l'accompagnement en post annonce, « Euh, je dirais que le plus grand rôle il n'est pas pendant l'entretien, il est après. Bah parce quand le médecin a fini et qu'il quitte l'unité ben nous les infirmiers ont toujours là » (re transcription IDE 1, P. 3). **Cet infirmier considère que tout l'intérêt du travail dans le PAD est dans l'accompagnement. Selon IDE 2, il y a des échanges pluridisciplinaires mais en matière d'annonce c'est le médecin psychiatre qui en a la responsabilité. La compétence infirmière est surtout sollicitée en soutien, pour réassurer la personne soignée, « autour du diagnostic je te dirai oui quand il y a un doute, quand il y a un questionnement sur la structure psychique, tu peux avoir vraiment une discussion très interdisciplinaire entre les psychos, les infirmiers, les médecins même l'équipe sociale peut être associée à la réflexion »** (re transcription IDE 2, P. 2). **L'infirmier se projette en tant qu'infirmier en pratique avancée (IPA) et imagine que l'IPA pourrait avoir un rôle à jouer dans le PAD en ambulatoire dans les centres médico psychologiques, avec pour axe principale la psycho éducation, et sur un temps distancé de l'annonce diagnostique « tu pourrais très bien imaginer un IPA ...sur la reprise d'un suivi en extra hospitalier. Je pense que là il aurait toute sa place sur la psychoéducation sur peut-être reprendre l'annonce diagnostic un peu plus en longueur avec aussi le recul et la maturité du patient face à cette annonce. Mais sur un temps, un 2^{ème} temps quoi le temps de l'extra hospitalier »** (re transcription IDE 2, P. 6). **Selon IDE 5 son rôle est clairement défini, il est centré sur la personne et les représentations de la maladie schizophrénique, son accompagnement va consister à éviter tout risque d'auto stigmatisation, « on va être assez présent dans les suites pour répondre aux questions et voir s'il n'est pas trop impacté par ça, enfin s'il ne se sent pas trop stigmatisé ou quelle représentation il a de de la maladie quoi ? »** (re transcription IDE 5, P. 3). **IDE 6 définit sa fonction comme une fonction de tiers entre le médecin et le patient, « l'infirmier peut faire la jonction entre le discours médical et le ressenti du patient, je pense que l'infirmier peut faire la jonction entre les 2 protagonistes »** (Re transcription IDE 6, P. 5). **Selon IDE 7, la plus-value de la collaboration pluridisciplinaire porte sur l'établissement du diagnostic par un étayage clinique selon ses observations « pour moi dans la collaboration, c'est plus dans le processus de diagnostic de la maladie qu'on a de la collaboration parce qu'on aborde nos éléments cliniques et nos éléments de recueil au quotidien, d'observation »** (Re transcription IDE 7, P. 6).

Selon les médecins psychiatres, la collaboration pluridisciplinaire a lieu dans les unités d'admission, elle permet la continuité des soins, la transmission des informations aux équipes. Par ailleurs elle permet d'échanger et de recueillir des éléments de vie de la personne soignée et de développer leurs hypothèses diagnostiques. Cette collaboration ne se cantonne pas à l'hôpital mais s'étend au psychiatre libéral et au médecin traitant qui devrait être intégré dans le PAD.

La plus-value de l'IPA serait de reprendre à distance le diagnostic avec la personne soignée et de faire de la psycho éducation en centre médico psychologique.

Selon les infirmiers les échanges autour du diagnostic ont lieu en hospitalisation. Les infirmiers considèrent avoir un rôle à jouer surtout dans l'accompagnement de suivi

post annonce pour étayer, soutenir, réassurer mais aussi dans la psycho éducation autour de la pathologie, l'acceptation du traitement. S'ils sont présents durant l'entretien d'annonce, ils considèrent que c'est surtout pour faire tiers, ou comme un appui possible pour le médecin psychiatre dans la délivrance d'information. La majorité estime de ne pas avoir leur place dans l'annonce, mais dans l'établissement du diagnostic à travers leur jugement clinique.

6.10 Approche centrée sur la personne

Cette thématique correspond à la question (Q3) adressée au médecin psychiatre et aux infirmiers. **Pour les psychiatres, les points clés de l'échange avec le patient dans le processus d'annonce sont avant tout de partir du vécu, du ressenti de la personne, qu'est-ce qu'il saisit de ce qu'il vit ? Et de là co construire une relation thérapeutique afin de faire alliance avec la personne soignée, créer un climat de confiance afin de favoriser l'acceptation des soins. Pour Psy 1, il s'agit de partir du vécu de la personne et de qu'elle peut en dire et de le valider** « *elle me dit ben je pense que c'est de l'autisme, comme c'est un diagnostic à la mode je lui ai dit oui, un autisme avec hallucination. Elle a été contente de ce diagnostic, qu'elle avait énoncé elle-même* » (re transcription Psy 1, P. 2). **L'objectif est de favoriser l'insight de la personne et surtout son inventivité malgré la souffrance,** « *permettre aussi aux patients d'inventer avec eux, parce que c'est ça pour moi le travail clinique c'est le transfert, c'est ce qu'on appelle le transfert...c'est construire la clinique et construire la pratique et construire donc inventée quand même la suite avec un patient dans le partenariat avec le psy* » (re transcription Psy 1, P. 6). **Selon Psy 2, cette collaboration avec la personne soignée passe également par un consensus sur le terme, il s'adapte à la personne qu'il reçoit, ils ont convenu d'un commun accord de nommer la souffrance autrement pour que cela soit plus acceptable pour lui,** « *c'est arrivé peu souvent, mais ça arrive ou finalement je fais l'annonce diagnostique d'une schizophrénie et ensuite, on discute de comment on appelle ça entre nous* » (re transcription Psy 2, P. 6). **Pour Psy 3, l'important est de trouver les mots qui vont décrire le vécu du patient, permettre de nommer ce qui est parfois innommable pour la personne soignée, se représenter la souffrance et remettre en langage,** « *moi souvent je demande au patient s'il a des idées sur ce que sont ses difficultés. Ce qui est important je pense c'est d'avoir un mot pour décrire ce que le patient vit* » (re transcription Psy 3, P. 4). **D'après un cas clinique, Psy 2 évoque les stratégies mises en place pour aboutir à une décision partagée sur le terme approprié pour nommer la souffrance de la personne qui avait un vécu négatif du trouble schizophrénique à travers son expérience auprès d'un proche,** « *il savait qu'il avait une schizophrénie, par contre, le mot était plein de sens pour lui parce qu'il avait un ami schizophrène qui s'était suicidé ou quelque chose comme ça, je crois et il et du coup il refusait d'appeler ça une schizophrénie ?* » (Re transcription Psy 2, P. 6).

D'après Psy 7, le point clé à travers l'échange est la co construction afin de s'inscrire dans une démarche intégrative du patient, « *qu'il n'est pas le sentiment qu'on pose quelque chose qui viendrait comme ça de l'extérieur, mais finalement, comme ça vient de lui c'est d'autant plus facile d'intégrer notre jargon à nous, si lui sait de quoi il s'agit derrière et à quoi ça correspond dans ses ressentis* » (re transcription Psy 7, P. 5). **Selon Psy 4, le point final de cet échange est de renforcer les capacités d'agir de la personne et mettre en lumière ses compétences** « *j'essaye de terminer avec les points forts en insistant "vous avez des ressources que vous pouvez utiliser". L'idée s'est de préserver ces ressources-là* » (re transcription Psy 4, P. 2). **Pour Psy 8, cette co construction part d'un échange sur les hypothèses diagnostiques, remettre le patient en position de personne ayant un savoir expérientiel et actrice de ses soins,** « *il y a un truc que je demande tout le temps c'est quelle est votre hypothèse ? Quand il me demande ce que c'est, je fais mon psy de base, c'est à dire, écoutez-moi j'ai des hypothèses, j'aimerais bien connaître les vôtres d'abord et ensuite on construit à partir des hypothèses* » (Re transcription Psy 8, P. 6). **Selon Psy 9, le point clé à l'échange avec la personne soignée et de se rapprocher au plus près de la souffrance de la personne**

et de trouver un consensus sur les mots qui vont définir sa souffrance. L'idée de la co construction même autour de la définition de la souffrance démarre par un descriptif précis de la part du médecin psychiatre, « moi je décris ce qu'il livre et je leur demande s'ils sont d'accord avec ce que je décris » (re transcription Psy 9, P. 2).

Trois infirmiers ont évoqué les points importants de l'échange avec la personne soignée. Pour IDE 1 étudiant en pratique avancée, ils sont de mobiliser les capacités d'insight de la personne, « on pourrait tout à fait imaginer que l'annonce se fasse par entre guillemets un auto-diagnostic en énumérant les observations en les faisant coller à des symptômes et puis dire bon bah ça c'est tous les symptômes de la schizophrénie qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que ça correspond à ce que t'es en train de vivre » (re transcription IDE 1, P. 4).

Pour résumer, les points clés de l'échange avec le patient sont avant tout de s'entretenir avec une personne qui a une expérience de la souffrance, de la maladie et mobiliser sa capacité d'agir afin d'en faire un partenaire de soin.

6.10.1 Effets positifs d'une annonce centrée sur la personne

Selon les médecins psychiatres interrogés, prendre en compte le vécu de la personne, construire un langage commun, l'engagement du ou des professionnels soignants auprès de la personne soignée favorise l'alliance thérapeutique « je crois que ce qui joue là-dessus, ce n'est pas tant l'annonce que ce que l'on propose : "on va vous accompagner de sorte que le premier épisode psychotique ne récidive pas ou de préserver votre insertion sociale ou préserver vos capacités, limiter l'impact de la maladie" ça permet de se projeter sur des mois, des années des perspectives et ça c'est souvent ce qui permet de travailler l'alliance » (re transcription Psy 4, P. 5). **La notion de partage d'expérience vient aussi consolider cette relation et cette alliance thérapeutique** « on partage une expérience lui et moi, il y a de la souffrance, elle s'appelle comme ça, elle pourrait s'appeler autrement et moi à la limite, je m'en fiche de comment elle s'appelle parce que je sais ce qu'est la souffrance et lui aussi, on en parle depuis un moment » (re transcription Psy 6, P. 3). **Cela présuppose une expérience, un savoir propre à la personne soignée que le praticien doit prendre en compte** « il a une expertise sur lui-même, il a un vécu et en aucune manière de le médecin a une position d'aplomb à avoir sur les patients, » (re transcription Psy 6, P. 3). **Le temps pris pour construire cette relation thérapeutique va avoir un effet positif sur l'annonce ensuite** « mettre un mot sur la souffrance, c'est un outil de plus mais ce n'est pas la solution. La solution, elle vient d'abord de la relation qu'on a avec le patient » (re transcription Psy 6, P. 6). **Pour que cela se passe au mieux, il faut que la confiance soit mutuelle, la confiance du praticien en ses compétences, la confiance du praticien envers le patient et que celui-ci soit dans une dynamique permettant cette confiance** « en fait il faut avoir confiance en le patient, il faut que le patient ait confiance en nous » (re transcription Psy 5, P. 13). **Cette confiance ne se décrète pas mais prend du temps à se construire** « c'est un moment qui ne se décrète pas en termes de protocole mais qui se vit dans la relation thérapeutique » (re transcription Psy 6, P. 4). **L'effet sera positif, soulagera la personne et la mise en lumière de perspective favorisera l'acceptation d'un traitement au long cours, d'un accompagnement** « quand on le confirme ce n'est pas une bonne nouvelle mais ça soulage quand même les patients d'avoir un nom de ce qui les met en difficultés, on pourra mieux les accompagner c'est d'ailleurs un argument. Quand on peut nommer ce qui se passe c'est plus

*facile de proposer quelque chose d'adapté » (re transcription Psy 3, P. 11). **La finalité étant d'accompagner la personne dans un maintien de sa qualité de vie et de son autonomie,** « enfin voilà, qu'il comprenne que portait cette maladie ce n'est pas une fatalité, ce n'est pas quelque chose qu'il doit subir. Il a cette pathologie comme on a une hypertension artérielle. Ça implique un traitement au long cours d'être suivi régulièrement mais avec l'idée qu'avec la maladie, il puisse quand même continuer son parcours de vie » (re transcription Psy 7, P. 3). **Le concept de rétablissement est abordé à condition de s'inscrire dans une approche centrée sur la personne** « le rétablissement n'est pas possible si déjà de base on ne sait pas de quoi on doit se rétablir » (re transcription IDE 1, P. 1).*

Les effets positifs attendus d'une annonce centrée sur la personne semblent apportés des avantages à la fois du côté du professionnel soignant et du côté de la personne soignée.

Pour le professionnel soignant :

- **Renforcement de la confiance en ses compétences**

Pour la personne soignée :

- **Soulagement**
- **Espoir, perspective de soins,**
- **Maintien d'une qualité de vie, maintien d'une autonomie**
- **Compétences, savoir expérimentiel**
- **Renforcement de la capacité d'agir**
- **Rétablissement**

Dans la relation :

- **Engagement mutuel**
- **Relation symétrique**
- **Décision partagée**

6.11 Approche intégrant les familles

Pour les médecins psychiatres, ils sont unanimes le travail avec les familles ne peut se soustraire du consentement de la personne soignée qu'il soit mineur ou majeur. Dans les étapes, la personne soignée est d'abord informée de son diagnostic et dans un second temps la famille est reçue, si le patient accepte et s'il est demandeur. Cela se fait en sa présence et cela requiert une préparation au préalable sur les termes de cet échange. Pour Psy 1, il y a un intérêt à les recevoir et recevoir leur demande afin de s'assurer finalement de ce qu'ils veulent savoir ? « *Il faut les voir et les revoir, les parents et voir ce qu'ils veulent vraiment savoir et pourquoi* » (re transcription Psy 1, P. 12). **A travers une situation clinique, Psy 5 évoque la pression de la famille pour que le médecin psychiatre annonce un diagnostic. Il évoque l'ambivalence de la mère qui finalement demande à ce que le médecin la conforte dans son idée de diagnostic, « dites-moi ce que je veux entendre ou ne me dites rien »** (re transcription Psy 5, P. 5).

Selon les infirmiers interrogés, la difficulté rencontrée est au niveau de l'acceptation des troubles par les proches, sont-ils en mesure d'accompagner, d'entendre, quel impact cela peut avoir sur la dynamique familiale ? Rare sont ceux qui ont pu évoquer des situations positives pour les proches rencontrés excepté IDE 5 qui travaille dans un dispositif dédié aux jeunes de 15 à 25 ans. L'intérêt d'intégrer la famille est de faire alliance avec elle et de voir les relations se modifiaient « *Les troubles sont déjà un peu mieux acceptés par la famille y a moins de "bouge-toi, fait des choses, inscris-toi dans..." Enfin, ils vont moins bousculer leur enfant* » (re transcription IDE 5, P. 5). **Par ailleurs, une infirmière évoque l'intérêt d'une formation qui a été mis en place dans l'institution dans laquelle elle exerce pour apporter un soutien aux familles, « BREF tu connais de Lyon... c'est un accueil aux familles. Les familles qui demandent une aide par rapport à un enfant, père, mère puisse être reçu mais pas par le CMP où est suivi le patient »** (re transcription IDE 9, P. 6).

Concernant cette thématique sur l'approche collaborative, elle a été définie sous différents prismes celui de l'interprofessionnalité, l'approche centrée sur la personne avec la notion de patient partenaire et une approche intégrant les familles. Sur ce dernier point on remarque qu'en effet cela ne va pas de soi hormis dans des dispositifs spécifiques interrogés. Penser la place de la famille dans le processus d'annonce nécessite d'être approfondie. L'intérêt d'une formation est soulevé pour accueillir les inquiétudes des membres d'une famille, les accompagner.

Troisième partie : une démarche systématisée dans le processus d'annonce diagnostic

6.12 Les invariants

Cela avait été évoqué par un des médecins psychiatre sur l'idée d'un cadre, de critères pour aborder le PAD avec le patient. Un cadre qui sécuriserait la pratique des professionnels de santé, qui définirait la place de la personne soignée et qui viendrait questionner le diagnostic, son énonciation et les bénéfices du traitement en cours, « *je trouve que c'est méritoire de penser à réfléchir qu'elle serait les modalités de mise en place d'annonce diagnostic pour des pathologies chroniques que ce soit un trouble bipolaire, que ça soit la schizophrénie, enfin les pathologies psychiatriques sont quand même assez lourdes à gérer. Et je pense que c'est très intéressant de réfléchir à des modalités d'annonce, sur des modalités d'invariants, de modalités d'annonce* » (re transcription Psy 9, P. 7). **Par ailleurs, cela rassurerait le praticien,** « *c'est beaucoup moins angoissant si on a quelque chose à quoi se référer pour tout le monde* » (re transcription Psy 9, P. 7). **De plus, Psy 5 évoque l'idée d'une démarche standardisée et individualisée dans le PAD,** « *on a besoin d'éléments, de trucs standardisés, reproductibles qu'on puisse déconstruire à l'aune de l'évidence de base médecine. Je pense qu'individualiser, pas une to do list, un protocole ou des grandes lignes d'annonce diagnostic c'est hyper important* » (re transcription Psy 5, P. 13). **Dans le propos de Psy 3, il évoque l'intérêt de se questionner chaque année afin de s'assurer de la concordance de ce qui a été dit initialement et de l'évolution de l'état de santé de la personne,** « *je ne sais pas je me dis qu'il faudrait au moins que tous les ans on se pose la question : « qu'est-ce qu'il a comme maladie finalement ce patient ? » « Qu'est-ce qu'on lui dit ? » mais le cadre il ne doit pas s'arrêter à la consultation d'annonce l'année d'après il faut qu'on se questionne « est ce que, ce qu'on a dit c'est vraiment ce qui se passe ? » Deux ans plus tard est ce qu'il est vraiment schizophrène ce patient* » (re transcription Psy 3, P. 13).

Psy 4 évoque le manque de formation sur l'annonce en psychiatrie, elle prend en exemple son expérience, « *je n'ai jamais appris ça pendant mes études* » (Retranscription Psy 4, P. 6). **Par ailleurs, elle se demande s'il y a une corrélation entre le manque de formation et le manque d'annonce diagnostique en psychiatrie,** « *Il y a encore quelques années on ne donnait pas le diagnostic au patient donc il y aurait peut-être un intérêt à ce qu'on soit formé à nommer le diagnostic au patient encore une fois très adapté* » (re transcription Psy 4, P. 6).

Selon IDE 2, la psycho éducation ne semble pas faire partie de ses habitudes de travail, « *ça ne fait pas partie, je n'ai pas l'impression que ça fasse partie de nos habitudes de travail.* » (Re transcription IDE 2, P. 3). **Il évoque une acculturation à ses techniques qui relèverait selon lui de la réhabilitation psychosociale** « *il n'y a pas cette culture de la psychoéducation et de la réhabilitation.* » (Re transcription DE 2, P. 6).

Il est question, dans cette thématique, de définir un cadre individualisé, systématisé qui sécuriserait la pratique du professionnel dans le PAD. Cela permettrait de maintenir une réflexion sur les thérapeutiques et la clinique en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Par ailleurs, une corrélation est faite entre formation et annonce diagnostique. Probablement que la formation des praticiens à l'annonce faciliterait l'accès au diagnostic des personnes soignées.

Selon un infirmier, il y a une acculturation aux techniques de psycho éducation et d'éducation thérapeutique. Cela serait dédié à la réhabilitation psychosociale.

6.13 Le protocole en psychiatrie

La question a été posée en fin de guide d'entretien sur la connaissance d'un protocole de soin pour annoncer un diagnostic en psychiatrie. Les médecins psychiatres répondent en majorité par la négative. Certains d'entre eux vont faire le parallèle avec les soins médicaux et le dispositif d'annonce en oncologie. La question se poursuit sur la nécessité ou non de protocoliser dans le PAD. L'idée du protocole, parmi les psychiatres interrogés, **ne fait pas consensus**, « ça déshumanise tellement aussi la relation au patient » (re transcription Psy 7, P. 8). **Le propos s'oriente sur la nécessité d'un cadre de soin souple, adaptable à la personne soignée** « je dirais on peut protocoliser le cadre, mais il n'y a pas de temporalité exacte, ça se construit dans le lien thérapeutique » (re transcription Psy 9, P. 5). **Selon Psy 8, cela permettrait de limiter certains écueils dans l'annonce diagnostique**, « un protocole, on peut toujours s'y référer et bon, après on le suit, on ne le suit pas en fonction des situations, on peut le modifier en fonction de ce qu'on a vu, qui ne cadrerait pas avec la rigidité écrite du protocole. Mais je pense que ça, ça peut éliminer un certain nombre de problèmes de cette ordre-là » (re transcription Psy 8, P. 6).

Selon les infirmiers interrogés, le terme protocole a des connotations péjoratives : marche à suivre, check list, « cela empêche de penser », pour IDE 7 le risque de protocoliser et d'aller au-devant de la demande et de ne pas permettre au patient de faire son cheminement « moi je suis fâché avec les mots protocoles, c'est à dire que ça évite d'attendre que le patient soit demandeur du diagnostic » (re transcription IDE 7, P. 11). **Pour autant, quand on l'aborde sous forme de guide, de recommandations de bonnes pratiques, les infirmiers l'accueillent différemment**, « un guide ça me paraît plus facile à mettre en place que le protocole où il y a ce côté un peu cadre, on est dans un cadre strict où il y a des étapes, on ne peut pas échapper aux étapes. Un guide effectivement, ça induit qu'on prend en compte la personne » (re transcription IDE 10, P. 11).

L'idée d'une trame, d'un guide pour accompagner les équipes pluriprofessionnelles dans le PAD semble retenir l'attention. Cela favoriserait les échanges et l'énonciation du diagnostic. Le terme « protocole » ne fait pas l'unanimité car il est connoté péjorativement et renvoie au fait que cette démarche se ferait de façon automatique sans tenir compte de la singularité de la personne soignée.

Quatrième partie : les représentations des professionnels soignants

6.14 Les freins à l'annonce diagnostic

Les freins à l'annonce sont liés à l'orientation des médecins psychiatres dans leurs pratiques cliniques. Pour Psy 1, le signifiant schizophrène est proscrit de son échange avec la personne soignée, elle ne veut pas annoncer ce diagnostic car craint que la personne se l'approprie et dise « je suis ce que vous me dites » « pour moi ce n'est pas ça on est des êtres humains et ce n'est pas parce qu'on a des symptômes schizophréniques qu'on est schizophrène, on a... » (re transcription Psy 1, P. 15) **et que cela vienne empêcher une évolution possible. Son orientation professionnelle l'empêche de le nommer, « moi je suis un psychiatre à l'ancienne quand même, et puis la psychanalyse ne m'encourage pas beaucoup à venir nommer la schizophrénique, simplement »** (re transcription Psy 1, P. 11).

Pour Psy 6 qui exerce en réhabilitation psychosociale, le terme d'annonce la choque, « alors c'est déjà le mot annonce diagnostic qui est gênant, ce n'est pas une annonce, ce n'est pas, ce n'est pas “bon ben voilà, Monsieur, Madame, je vais vous dire ce que vous avez” comme si on annonçait une nouvelle. Il s'agit pas du tout de ça » (re transcription Psy 6, P. 1). **Elle n'a pas coutume dans sa pratique de procéder à des annonces diagnostiques, les personnes qui lui sont orientées sont déjà au fait de leurs pathologies. Elle considère qu'elle n'a pas besoin du diagnostic pour accompagner la personne en souffrance. Elle se montre d'ailleurs assez critique vis-à-vis de cette position que le médecin pourrait savoir mieux que la personne souffrante elle-même. Elle fait référence à une posture paternaliste, « L'annonce diagnostic, ne veut rien dire en tant que telle parce que c'est pas du tout un modèle médical pur »** (Re transcription Psy 6, P. 2). **Elle cultive plutôt une approche co-constructive, avec l'objectif de faire de la personne un partenaire de soin.**

Selon Psy 7, les freins sont au niveau éthique sur le principe d'autonomie. Prendre en compte la personne dans la globalité avec ses ressources, ses compétences et ne pas la considérer uniquement comme un sujet malade, « c'est archi compliqué si on réduit au volet médical parce que c'est médicosocial...Mais c'est avant tout un sujet dont on doit absolument prendre en compte intégralement avec toute son histoire, son parcours de vie » (Re transcription Psy 7, P. 4).

Pour Psy 8, la limite est en effet d'être confrontée à une personne dans le déni de ses troubles, anosognosique. La question du défaut d'insight est un frein à l'annonce. Psy 8 propose de travailler à travers les remédiations cognitives sur le défaut d'insight pour tendre vers un PAD si la personne est disposée à l'entendre, « la limite c'est l'anosognosie, c'est à dire qu'il y a certaines personnes, ils ont une anosognosie tellement importante que de toute façon l'annonce diagnostic elle est : “écoutez-moi, je pense que c'est ça, moi, je ne suis pas d'accord”, voilà. Ça existe aussi et on continue à les suivre quand même mais s'il y a une anosognosie vraiment très importante parce que là c'est la théorie » (Re transcription Psy 8, P. 9).

D'après quatre infirmiers, l'un des freins à l'annonce est l'absence de demande de la personne soignée. Par ailleurs, la question du bénéfice à annoncer le diagnostic se pose. Est-ce que « cela ne risque pas d'enfermer la personne dans une case ? », « on a l'impression que le mot va être dérangeant, c'est mon ressenti, et que de suite donner un

*diagnostic ça peut peut-être vite aussi enfermer dans une case et j'ai l'impression que moi, dans l'expérience que j'ai, il n'y avait pas forcément ce diagnostic qui était posé » (Re transcription IDE 6, P. 2). **Il y a la crainte d'enfermer la personne dans un diagnostic, mais également la crainte que ce patient se sente stigmatiser. L'idée du diagnostic sentence est sous-jacente,** « je pense qu'il faut faire attention, c'est un peu lâcher une bombe. Il faut savoir ce que ça pourrait impacter derrière parce que ça peut être très destructeur. Et cette annonce, elle est vraiment à faire avec des pincettes » (Re transcription IDE 6, P. 6). **Selon IDE 2, l'énonciation du diagnostic de schizophrénie ne semble pas faire sens hormis s'il y a une demande de la personne soignée. Il peut se soustraire de l'annonce diagnostique dans sa pratique du soin** « je n'arrive pas à savoir s'il y a une réelle importance à part la demande du patient à avoir un diagnostic formel en psychiatrie. Autant sur du MCO ça permet de ... ça parle aux gens c'est moins empreint de stigmatisation, c'est sûrement mes représentations. J'aime bien parler des difficultés avec des patients plutôt que leur diagnostic » (Re transcription IDE 2, P. 5).*

Pour conclure sur cette thématique, deux positions se distinguent entre les infirmiers et les médecins psychiatres. Pour les psychiatres qui ont abordé spontanément les freins à l'annonce, il y a la question de confondre identité et pathologie « suis-je malade ou ai-je une maladie ». Par ailleurs, le fait que le médecin psychiatre annonce le met en position de sachant ce que dénonce une des psychiatres. De plus un des freins supplémentaires à l'annonce vient du fait que cliniquement la personne est dans le déni de ses troubles.

Pour les infirmiers qui se sont exprimés sur ce sujet, la crainte repose sur l'annonce qui risquerait de desservir la personne soignée et de la stigmatiser. Le diagnostic de schizophrénie stigmatiserait.

6.15 Auto stigmatisation-stigmatisation

L'appropriation de stéréotype négatif, retient Psy 1 à l'annonce diagnostique de schizophrénie par ailleurs l'idée que la personne puisse s'identifier à d'autres, rend nuisible l'énonciation de ce trouble, « *la psychanalyse m'a fait plutôt prendre un peu de distance avec ce diagnostic, pour certains cela peut être complètement ravageant parce que parfois un des parents est aussi très psychotique, sinon schizophrène ou du moins paranoïaque ou bipolaire comme on dit, mais délirant, et de dire ça, ça précipite le sujet quand même dans les affres de l'identification ravageant à la mère ou au père* » (re transcription Psy 1, P. 4). **Elle considère qu'on ne peut réduire l'être à sa pathologie, cela ne le définit pas** « *je ne dirais jamais vous êtes schizophrène parce que ce n'est pas réductible à l'être* » (re transcription Psy 1, P. 4).

Selon Psy 6, le risque de renforcer la culpabilité de la personne est trop important par rapport au bénéfice de l'annonce, « *ce sont des gens très anxieux en général, qui vont se mettre beaucoup de pression et pour lesquelles ils sont responsables de tout depuis toujours et être malade, ben ça devient, je suis responsable, j'ai fait quelque chose* » (re transcription Psy 6, P. 3).

Les représentations sociétales négatives associées au trouble schizophrénique, semble bridé les soignants dans leur accompagnement dans le PAD et semble expliqué leur crainte à parler de ce diagnostic. Pour IDE 1, il y a un intérêt partagé avec un autre médecin psychiatre à travailler autour des représentations individuelles concernant le trouble schizophrénique, « *La dépression c'est admis par l'ensemble de la société, bon il y a quelques réfractaires mais c'est admis, c'est reconnu comme une maladie, un trouble, première cause d'invalidité dans le monde etc... la schizophrénie ben déjà à cause de de tous les pourvoyeurs de stigmatisation classiques les médias, l'imaginaire collectif, même les arts, le cinéma etc. ça a une connotation particulière. Et annoncer à quelqu'un qu'il est schizophrène sans avoir pris soin de savoir ce que c'était pour lui la schizophrénie ou en tout cas d'avoir un peut dégager le terrain, ça peut être complexe* ». (Re transcription IDE 1, P. 3)

Selon IDE 2, il y a la crainte que ce diagnostic condamne la personne soignée et qu'elle ne puisse pas mobiliser ses capacités à aller de l'avant, « *mes représentations du diagnostic mais j'ai toujours peur qu'il y ait une forte stigmatisation associée à ce diagnostic, que ce soit de l'entourage que ça soit une auto-stigmatisation du patient, que ça soit celle du soignant qui est une fois que c'est marqué au fer rouge sur le dossier ça pourrait être, ça pourrait être plus enlevé* » (Re transcription IDE 2, P. 4). **Selon lui, il y a le risque que la personne s'auto stigmatise et que son entourage familial le stigmatise** « *il faut du temps pour déconstruire avec le patient, faut du temps pour déconstruire avec la famille ce que j'ai l'impression qu'il se l'approprie plus. Le coup de massue il est plus pour les familles que pour les patients, j'ai l'impression* ». (Re transcription IDE 2, P. 7).

Selon cet autre infirmier, il y a les représentations sociétales à travers les médias qui font défaut « *C'est tellement médiatisé quand on t'annonce une schizophrénie, tu vas devenir Hannibal Lecter.* » (Re transcription IDE 8, P. 11).

D'après IDE 6, il s'inquiète d'une stigmatisation dans les soins par les professionnels soignants dans les autres services de médecine « *L'impact, il est dans les 2 sens pour moi, il est moins stigmatisant qu'il était, mais je mets quand même des bémols parce que quand je vois comment ça se passe sur les urgences et les représentations même des collègues qui ont, pourtant, travaillé ou fait des stages en psychiatrie et les représentations de la psychiatrie, enfin ou de la santé mentale, reste toujours quand même très, très stigmatisé par moment quand même* » (Re transcription IDE 7, P. 9).

Les professionnels soignants en psychiatrie sont conscients du risque de stigmatisation et de discrimination de la part des médias qui viennent alimenter les représentations sociétales et individuelles. Ils doivent user d'inventivité pour accompagner la personne et l'entourage familial dans ce PAD et l'accompagnement va reposer sur le travail autour des représentations, déconstruire l'imaginaire et être factuel afin de favoriser l'acceptation et l'espoir d'un rétablissement. Ils doivent faire face aux représentations souvent stigmatisantes de leurs collègues dans les autres services de médecine et doivent composer avec pour pouvoir répondre aux besoins de la personne.

7 Discussion

Une des limites de ce travail est la restriction de l'échantillon qui s'est cantonné à un angle professionnel et n'a pas pris en compte le point de vue des patients. De nombreuses études rapportent le soulagement ressenti des personnes soignées et des réponses apportées à leurs questionnements angoissants suite à l'annonce diagnostique de trouble schizophrénique (Koenig, 2016). Une contrainte rencontrée dans ce travail, a été le recrutement au niveau infirmier. Ils ont été nombreux à s'interroger sur leur légitimité à répondre aux entretiens d'enquête du fait du sujet.

7.1 Les critères du PAD

Concernant les points forts de cette recherche, elle rejoint sur plusieurs thèmes les recommandations de la Haute Autorité en Santé (Haute Autorité de Santé, guide annonce diagnostique psychiatrique, 2022) . Comme il a été rappelé dans les résultats, le PAD est encadré par un cadre légal en référence à la loi du 4 mars 2002 dite « Loi Kouchner » relative aux droits des malades. Elle a fait évoluer la relation entre le médecin et le patient. Ainsi, l'approche paternaliste s'est orientée vers une approche centrée sur la personne en prenant en compte les aspects biopsychosociaux, une approche holistique accompagnant une relation plus horizontale. Cette loi ne conduit pas les professionnels à transmettre systématiquement le diagnostic. Ces critères s'appuient sur des principes éthiques et ils sont fondés, comme le cite les professionnels, sur « le respect » ainsi que l'autonomie de la personne, sa capacité à consentir, sa capacité à décider qui sera un des postulats pour le partage ou non de l'information diagnostique. Ce qui les motive est de « ne pas nuire à la personne » en lui annonçant le diagnostic, ce qui se rapproche du principe éthique de non malfeasance. Cela modifie la relation thérapeutique et amène à considérer la personne malade comme un partenaire de soin (Castel, 2005).

Un des premiers points objectivés dans ce travail concerne les étapes qui vont rythmer le PAD ; même si elles ne sont pas systématisées, elles sont d'usage dans les services dédiés à l'accueil des jeunes de 15 à 25 ans. En effet, les équipes semblent plus enclin à aborder la question symptomatique et diagnostic avec la personne concernée et ses parents, où le travail de collaboration y est implicite. Ce temps de préparation est estimé nécessaire par certains médecins psychiatres afin de rassembler toutes les données cliniques, paracliniques pour se coordonner avec les différents partenaires. Le temps d'annonce quant à lui relève du rôle médical seul ou accompagné en fonction de son lieu d'exercice. Le temps d'accompagnement relève essentiellement du rôle infirmier dans l'analyse des résultats. Il n'y a pas de temps dédié à la concertation pluriprofessionnelle, il n'est pas formalisé comme dans les dispositifs d'annonce en oncologie. L'informel est d'usage dans la pratique de soins psychiatrique (Lanquetin , 2015) cela va permettre, dans le PAD, une mise en forme de la relation en vue d'un travail de construction de liens. Il y aurait un intérêt à systématiser les réunions de concertations pluriprofessionnelles comme en oncologie afin de permettre la formulation et la conduite de stratégies thérapeutiques et minimiser les clivages entre soignants, personne soignée et entourage.

L'annonce diagnostique requiert beaucoup de « prudence » pour les soignants qui s'accordent à dire qu'il n'a pas valeur de pronostic, il est exclusivement clinique comme le précise les recommandations de la HAS. « L'incertitude » en lien avec le diagnostic, fait émerger deux approches : celle des médecins psychiatres qui vont faire l'annonce car l'ensemble des signes

cliniques respecte la nosographie et qu'ils ont le devoir d'informer, principe légal et déontologique, et ceux qui vont rester prudent et énoncer les symptômes ressentis par le patient en fonction de son vécu, principe téléologique. Cette incertitude peut s'appréhender en prenant en compte la vision dimensionnelle qui reconnaît la grande hétérogénéité existante au sein d'une catégorie diagnostique (Valery, 2021). Enfin le référentiel théorique des psychiatres interrogés influence la pratique de l'annonce et peut avoir un impact différent sur la personne soignée, son parcours de soin et faire l'objet d'une décision partagée.

Malgré ces distinctions de pratique, les soignants énoncent la souffrance ressentie par la personne, mettent des mots sur les maux. L'idée de trouver un consensus avec le patient autour du mot qui va définir la maladie semble s'inscrire dans une démarche co-constructive avec la personne soignée. Cela rejoint l'étude de Baylé (1999) indiquant que « le travail en équipe pluridisciplinaire des psychiatres d'exercice public et le fait qu'ils soient plus confrontés à la maladie schizophrénique facilitent l'annonce de ce diagnostic ». A ce propos, on remarque une grande disparité des pratiques de travail en collaboration pluridisciplinaire en service hospitalier, dans des services spécifiques et en centre médico psychologique où les infirmiers interrogés paraissent moins concernés par le PAD. Ils décrivent une pratique qui reste de l'ordre du « sanctuaire » médical. Dans certains CMP, l'autonomie de l'infirmier dépend de la prescription médicale et de son orientation. Est-ce pour cela qu'il y a des disparités de fonctionnement ? De plus, le suivi du patient en CMP se fait, généralement, à distance du moment aigu. La prise en soin de l'aigu par rapport au chronique semble être une explication aux différences de fonctionnement entre l'intra et extra hospitalier.

Un autre point objectivé, est le risque de confondre identité de la personne avec la maladie. Cela pèse dans la balance décisionnelle de la délivrance ou non de l'information. Selon Rose et Thornicroft (2010) « l'identité sociale des personnes atteintes d'une maladie mentale peut être influencée par leur propre perception de ce que signifie la maladie mentale, par les réactions discriminatoires attendues des autres et par les réactions réelles des autres ». L'alternative suggérée par les médecins psychiatres est de travailler sur les perspectives et l'espoir d'un rétablissement comme le préconise Docteur Clafferty (2018) et les représentations de ce trouble tout particulièrement à travers la psychoéducation ou des groupes d'éducation thérapeutique. Sur ce dernier point les infirmiers qui se sont exprimés sur ce sujet, relèvent un manque de formation ou l'impression d'être destitués de ce rôle par les services références tels que la réhabilitation psychosociale. Cela argumente en faveur de la systématisation de la formation à l'éducation thérapeutique en Institut de Soins Infirmiers mais questionne également l'abond des soins orientés rétablissements en formation initiale et continue. Nous repérons ici également un thème « passerelle » pouvant être étudié en temps de formation commune entre discipline médicale et infirmière.

Concernant le moment opportun de l'annonce, les résultats et les recommandations concordent sur le fait de tenir compte de la demande de la personne et de sa disponibilité psychique à recevoir cette information. Nous n'avons pas repéré lors des entretiens d'expression de critère définissant ces moments « opportuns », cela reste donc possiblement une observation subjective qu'il apparaît donc nécessaire de questionner en équipe pluriprofessionnelle.

Ce travail montre l'intérêt du recensement des deux visions médicales et infirmières qui parfois divergent, mais ils partagent l'intérêt d'être centré sur le respect de la personne et de sa qualité de vie.

7.2 Un processus collaboratif et intégratif

L'importance de la collaboration pluridisciplinaire et la disparité des pratiques entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier émergent des résultats. L'intérêt d'une démarche concertée et systématisée semble nécessaire dans ce moment clé qu'est le PAD, il permettra de déterminer le parcours de soin de la personne soignée en prenant en compte toutes ses dimensions : la personne, son environnement, son quotidien, sa santé. Par ailleurs les résultats indiquent un malaise des infirmiers à échanger avec la personne soignée sur son diagnostic, cela semble très en lien avec le diagnostic de schizophrénie et ce qu'il renvoie en termes de stigmatisation. Concernant la stigmatisation des professionnels, une étude avance que 22% des situations stigmatisantes sont des situations vécues auprès de professionnels de santé mentale contre seulement 17 % auprès d'inconnus (Schulze, 2007).

- Les enjeux professionnels

Les résultats démontrent une divergence dans les perceptions du travail en collaboration entre médecin et infirmier. Le manque de réunion pluridisciplinaire en CMP, amène des pratiques de soins non coordonnées, pouvant induire des erreurs. En l'occurrence, l'infirmier qui ne sait pas quelle information a été délivrée au préalable, se retrouve en difficulté dans l'accompagnement qu'il peut proposer. Il y a une collaboration dysfonctionnelle au regard des infirmiers, alors que d'un point de vue médical cette collaboration semble satisfaisante. Un des infirmiers interrogés a pu identifier la place de chacun dans ce partage des savoirs : l'infirmier assurant la permanence des soins et le médecin psychiatre garant des soins. Cela met en évidence une dimension collaborative moins présente en CMP. En effet, chaque CMP a un fonctionnement distinct d'un secteur à l'autre et ces disparités mettent en évidence les limites du secteur.

L'un des objectifs secondaires de cette étude étaient de mettre en corrélation une démarche systématisée dans le PAD afin de favoriser l'implication de la personne soignée et d'en faire un partenaire de soin. Sur ce point, les positions médicales et paramédicales se rejoignent avec l'idée des soins centrés sur la personne.

- Les enjeux pour la personne soignée

A travers les résultats, les échanges dans le PAD avec le patient sont nombreux et prennent en considération son vécu, son ressenti. D'ailleurs la reprise des propos, des connaissances de la personne soignée, implique une reconnaissance d'un savoir expérientiel et cela vient renforcer sa capacité d'agir (empowerment), restaurer une estime de soi, soulager et apporter de l'espoir à travers l'exposition des perspectives de soins. Cela permet d'envisager le rétablissement. La HAS ajoute que cela permet de « favoriser son parcours de soin » (Haute Autorité de Santé, guide annonce diagnostic psychiatrique, 2022). Il nous semble intéressant que la notion de rétablissement soit envisagée dès le PAD car elle peut influencer l'évolution des troubles et l'auto-détermination de la personne.

- Les enjeux pour l'entourage

Les résultats évoquent surtout la place de la famille dans le PAD. Cette question fait consensus parmi les soignants, la famille est prise en compte que si le patient consent

au partage de l'information, mais que se passe-t-il s'il refuse ? Il n'y a pas de réponse à ce sujet. Même si la famille est moins stigmatisée que cela ne l'a été par le passé, leur accompagnement n'est pas optimal. Il a été évoqué par une infirmière l'intérêt d'une formation telle que BREF pour les accompagner. Cela est repris dans les recommandations, il existe de nombreux programmes d'éducation thérapeutique pour les accompagner dans leur souffrance et dans leur rôle d'aidant. Un point de vigilance a été abordé à la fois dans les recommandations et dans les résultats préciser la demande des familles concernant la délivrance du diagnostic de leur proche et leur représentation. Il y aurait un intérêt à questionner en équipe la manière de prendre en compte les attentes des familles ou d'échanger sur une façon de faire.

7.3 Une démarche systématisée et singulière

Selon les résultats, les professionnels soignants sont en faveur d'une démarche systématisée afin d'intégrer le patient en tant que personne actrice de ses soins. La valeur ajoutée de cette démarche se situe également dans l'aspect formalisé du PAD et vient sécuriser le travail en collaboration. On peut penser qu'être dans une démarche formelle contribue à l'annonce mais l'informelle va permettre la singularité, d'où les nombreuses réticences à protocoliser le PAD. Par ailleurs, on constate l'ambivalence des soignants à vouloir un cadre et en même temps vouloir s'en défaire pour un modèle qui s'adapte à la personne et à sa temporalité. Il y a un intérêt certain à vouloir sécuriser sa pratique dans ce moment déterminant du parcours de soin et la collaboration pluridisciplinaire semble être une ressource pour cadrer cette pratique. Selon l'étude de (F.Chevrier, 2018), la pluridisciplinarité dans la pratique clinique permet un partage des responsabilités du dire et de l'accompagnement. Cette réflexion rejoint celle qui a permis de construire le dispositif d'annonce en oncologie. Dispositif qui permet d'assurer un temps médical d'annonce et de proposer un traitement, ainsi qu'un temps paramédical d'accompagnement et de repérage des besoins de la personne avec un accès à des soins de supports. Il est construit autour de cinq temps successifs réalisés par des personnels médicaux et paramédicaux (cancer, 2019). L'inspiration et l'adaptation de ce modèle à la psychiatrie aurait l'avantage de définir les rôles de chaque soignant dans le parcours de soin du patient.

7.4 La place de l'IPA dans le PAD

Le deuxième objectif secondaire était de questionner la place de l'IPA dans le PAD nous trouvons une ébauche de réponse développée dans les recommandations sous forme « d'une ou plusieurs consultations de suite très rapidement après l'annonce [...] proposé par l'infirmier(e) et/ou le/la psychologue, l'infirmier(e) en pratique avancée » (Haute Autorité de Santé, guide annonce diagnostic psychiatrique, 2022). La plus-value de ce nouveau métier a été peu évoquée dans les résultats hormis par un étudiant IPA qui se projette sur l'intérêt d'implanter ces nouvelles compétences au sein d'un CMP en post annonce comme il est réalisé actuellement par les infirmiers dans les dispositifs d'annonce en oncologie. Cette consultation de suite permettrait de s'assurer, dans un délai à déterminer, de la compréhension des informations, de travailler sur les représentations, de faire de la psycho éducation, de l'éducation thérapeutique et d'envisager les éventuelles orientations vers une aide psychologique. Elle peut également être l'occasion d'aborder les mesures d'anticipations en

psychiatrie auprès de la personne soignée afin de limiter les hospitalisations sans consentement et intégrer les besoins de la personne en cas de crise. Cela valoriserait la décision partagée.

Par ailleurs, ce nouveau métier se situe dans l'interdisciplinarité et serait une réponse aux savoirs fragmentés¹ (D'Amour & Oandasan, 2005). En effet, l'IPA à travers ses compétences dans le champ médical et infirmier permet de concilier les savoirs de ses deux disciplines. Sa pratique clinique et son leadership permettrait un accompagnement réflexif des soignants sur leurs représentations. A travers la veille scientifique et l'appui de sa pratique sur les preuves probantes, il initierait des analyses de pratiques professionnelles auprès des infirmiers pour favoriser une pratique collaborative et intégrée.

¹ « Les auteurs expliquent que chaque profession a sa propre juridiction de pratique où les responsabilités sont partagées. Pour ces auteurs, l'interprofessionnalité n'implique pas le développement de nouvelles professions ; il est plutôt un moyen par lequel les professionnels peuvent pratiquer dans une plus grande collaboration ou de manière intégrée. La notion d'interprofessionnalité est alors utile pour favoriser l'émergence d'une approche plus cohésive et moins fragmentée de la pratique interprofessionnelle » (Bilodeau, Dubois , & Pepin, 2013).

8 Conclusion

De nombreuses études ont abordé le sujet de l'annonce diagnostique de schizophrénie, le contenu de l'annonce, l'incapacité cognitive, la stigmatisation sous le prisme médical. Ce travail a permis de définir les différents critères qui entrent en jeu dans le PAD sous un autre paradigme celui de la pluridisciplinarité. La prudence face à l'incertitude diagnostique, le respect de la personne en souffrance, le recueil de son vécu, de son expérience sont prépondérants, il semble malgré tout difficile de définir objectivement le moment le plus opportun de l'annonce. Ce qui reste certain c'est que le PAD est encadré au niveau légal avec un appui éthique. L'informel a une place décisive dans la pratique du soin en psychiatrie, les étapes du PAD ne sont pas linéaires. Les soignants font preuve d'inventivité pour tisser un lien, apaiser, « être avec », il s'adapte en fonction de la singularité de la personne. Pour autant, il y a un malaise du côté professionnel quand il s'agit de nommer le diagnostic de trouble schizophrénique, il se fait encore l'écho des représentations sociétales et individuelles face à ce trouble stigmatisé.

On repère des disparités en termes d'approche pluridisciplinaire dans les services de psychiatrie, elles sont en corrélation avec la situation clinique de la personne. La dimension collaborative est appréhendée différemment qu'il s'agisse d'une situation aiguë ou chronique. Afin de favoriser la co-construction d'une relation thérapeutique avec le patient, les soignants sont en faveur d'une démarche systématisée dans le PAD, afin de préciser le rôle de chaque professionnel comme en médecine oncologique.

L'intégration des outils de soins centrés sur les besoins de la personne offrirait des perspectives, mobiliserait sa capacité d'agir et favoriserait son auto-détermination. Cette démarche pluridisciplinaire et intégrative requiert un temps introspectif, un temps de concertation permettant le partage des responsabilités ainsi que des savoirs. Cela contribuerait aux échanges sur les représentations du trouble schizophrénique entre soignant et d'aborder celles du patient. La plus-value d'une approche centrée sur la personne a été largement démontrée, elle renforce l'alliance avec la personne soignée, et tend la relation thérapeutique vers un partenariat. La dimension de rétablissement paraît être un incontournable pour réduire la stigmatisation ou les croyances stéréotypées des professionnels soignants. Le concept d'espoir rassemble les forces.

Afin de compléter ce travail, il nous paraît nécessaire d'observer l'implantation des IPA dans le parcours de soins des patients atteints de schizophrénie. En effet la dimension interdisciplinaire de leurs compétences nous amène à questionner leur plus-value sur le PAD au regard des éléments précédemment cités.

9 Bibliographie

- Amsalem, D., Hasson-Ohayon, I., Gothelf, D., & Roe, D. (2018). How Do Patients With Schizophrenia and Their Families Learn About the Diagnosis? *Psychiatry*, 283-287.
- Article 119 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - *Légifrance*. (s.d.). Récupéré sur Légifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
- Article L1111-2 - *Code de la santé publique - Légifrance*. (2016). Récupéré sur Legifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927568/2016-01-28
- Article L1111-4 - *Code de la santé publique - Légifrance*. (2020). Récupéré sur Legifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056/
- Article R4127-35 - *Code de la santé publique - Légifrance*. (2012, Mai). Récupéré sur Legifrance: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586
- Bacon, E., Herbay, A., & Danion-Grilliat, A. (2006). Éthique, diagnostic et information : spécificités de la représentation de leur pathologie chez des patients schizophrènes informés du diagnostic. *La Lettre du Psychiatre*, 222-225.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E., & Kudelka, A. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 302-311.
- Bauer, M. S., & al. (2015). An introduction to implementation science for the non-specialist. *BMC Psychology*, 32.
- Baylé, F., Chauchot, F., Ledoriol, A., Pascal, J., Azorin, J., Olie, J., & Lhô, H. (1999). [Survey on the announcement of schizophrenia diagnosis in France]. *L'Encéphale*, 603-611.
- Billier-Reckel, M., Dumont, C., & Fima, O. (1994). Diagnostic infirmier où en sommes nous ? *Recherche en Soins Infirmiers*, 5-11.
- Bilodeau, K., Dubois, S., & Pepin, J. (2013). Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherche en Soins Infirmiers*, pp. 43-50.
- Bracken, P., & Thomas, P. (2000). Treatment of schizophrenia Value of diagnosis of schizophrenia remains in dispute. *BMJ*, 320-800.
- Breton, N., Aubreton, C., Dalmay, F., Bouysse, A.-M., Blanchard, M., & Nubukpo, P. (2010). Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés. *L'information psychiatrique*, 785-793.
- Brocq, H. (2008). Éthique et annonce de diagnostic. *Le Journal des psychologues*, 65-69.

- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*, 1597-1599.
- cancer, I. n. (2019, septembre). *Évolution du dispositif d'annonce d'un cancer / Référentiel organisationnel*. Récupéré sur Institut National du cancer: e-cancer.fr
- Castel, P. (2005). Le médecin, son patient et ses pairs. Une nouvelle approche de la relation thérapeutique. *Revue française de sociologie*, pp. 443-467.
- Castillo, M.-C., Urdapilleta, I., Petitjean, F., Seznec, J., & Januel, D. (2008). L'annonce du diagnostic de schizophrénie. Analyse textuelle d'entretiens cliniques. *Annales Medico Psychologiques*, 599-605.
- Ceccaldi, J. (2013). *Chapitre 1. Le concept d'incertitude*. Dunod.
- Clafferty, R., Mc Cabe, E., & Brown, K. (2018). conspiracy-of-silence-telling-patients-with-schizophrenia-their-diagnosis.pdf. *Cambridge University Press*, 336-339.
- Crocq, J.-D. G.-A. (2015). *DSM Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux* (éd. 5^{ème} édition). American Psychiatric Association: Elsevier Masson.
- D, J. (2010). Mémoire DU de pédagogie médicale, Paris . Dans J. D, *Une méthode d'annonce diagnostic de la schizophrénie en psychiatrie: évaluation et perspectives*. (pp. 0-11). Neuilly sur Marne: Mémoire.
- D'Amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionalism as the field of interprofessional. *Journal of Interprofessional Care*, 8-20.
- D'Amato, T., & al. (2012). *Pathologies Schizophréniques*. Lavoisier.
- Danion-Grilliat, & Anne. (2011). Conflits éthiques autour du diagnostic et du consentement : à propos de la psychiatrie et du diagnostic prénatal. *L'information psychiatrique*, 557-566.
- Danion-Grilliat, A. (2006). *Le diagnostic en psychiatrie : questions éthiques*. Paris: Masson.
- Daumerie, N., Vasseur Baclet, S., Giordana, J.-Y., Bourdais Mannone, C., Caria, A., & Roelandt, J.-L. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats français de l'étude INDIGO. *L'Encéphale*, 224-231.
- F.Chevrier, K. M. (2018, octobre 22). *Penser le dispositif d'annonce diagnostique en santé mentale*. Récupéré sur science direct: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.10.008>
- Ferreri, M., Bazin, N., Gérard, D., Djaballah, K., Rouillon, P., Nuss, F., & Farah, S. (2000). De quelles informations les patients souffrant de schizophrénie disposent-ils sur leur maladie et leur traitement ? *L'ENCEPHALE, Vol 26, N° 5.*, 30-38.
- Flora, L., & Al. (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. *Santé mentale au Québec*, 101-117.

- Flora, L., & Al. (2016). The application of an integrated model of partnership-patient in the professionals of the health training: towards new one humanist paradigm and ethics of co-construction knowledges in hea. *Journal international de bioethique et d'ethique des sciences*, 59-72.
- Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Friard, D. (2012). *Insight*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Fromentin, C. (2016). L'art du diagnostic : sémiologie et clinique à l'âge de la psychiatrie classique. *L'évolution psychiatrique*, 460-475.
- Galinowski, A. (2011). L'annonce du diagnostic en psychiatrie. *Revue Laennec*, N°3.
- Gastal, D., & Januel, D. (2010). Impact à long terme de l'annonce diagnostique sur l'insight de patients atteints de troubles schizophréniques. *L'Encéphale*, 195-201.
- Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 50-54.
- Godeau, P., & Couturier, D. (2006, Juin). *06-12 Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps*. Récupéré sur Académie Nationale de Médecine: <https://www.academie-medicine.fr/06-12-le-diagnostic-en-medecine-histoire-mise-en-uvre-presente-perspectives/>
- Gonzalez-Martinez, E., & Bulliard, C. (2018). Collaboration interprofessionnelle jeune infirmière diplômée assistante sociale. *Recherche en Soins Infirmiers*, 15-36.
- Greening, S. (2008). Breaking bad news. *The Foundation Years*, 162-163.
- Haute Autorité de Santé. (2008). *Annoncer une mauvaise nouvelle, outils d'amélioration des pratiques*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/c_698028/fr/annoncer-une-mauvaise-nouvelle-ER
- Haute Autorité de Santé. (2012, Mai). *Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1261551/fr/delivrance-de-l-information-a-la-personne-sur-son-etat-de-sante
- Haute Autorité de Santé. (2014). *HAS*. Récupéré sur Annonce et Accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique: [https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique-ER -](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1730418/fr/annonce-et-accompagnement-du-diagnostic-d-un-patient-ayant-une-maladie-chronique-ER-)
- Haute Autorité de Santé. (2016, Janvier). *Guide méthodologique de l'analyse critique d'une recommandation élaborée par un organisme*. Récupéré sur HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels
- Haute Autorité de Santé. (2021, septembre). *Annonce d'un diagnostic psychiatrique à un patient: enjeux et principes, place de l'entourage - Note de cadrage*. Récupéré sur

HAS: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3291840/fr/annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-a-un-patient-enjeux-et-principes-place-de-l-entourage-note-de-cadrage

- Haute Autorité de Santé. (2022, Octobre). *guide annonce diagnostic psychiatrique*. Récupéré sur www.has-sante.fr
- Hopper, K. (2007). Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capabilities approach might offer. *Social Science & Medicine*, 868-879.
- Institut National du Cancer. (2020). *Plan Cancer 2014/2019 6ème rapport au président de la république*. Récupéré sur e-cancer.fr: <https://www.e-cancer.fr/Presse/Dossiers-et-communiqués-de-presse/L-Institut-national-du-cancer-publie-le-dernier-rapport-annuel-au-president>
- Koenig, M. (2016). *Le rétablissement dans la schizophrénie*. PUF.
- Lanquetin, J. (2015). La place de l'informel en psychiatrie. *Pratique en santé mentale*, 59-67.
- Larousse. (s.d.). *Définitions : diagnostic - Dictionnaire de français Larousse*. Récupéré sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/diagnostic/25154>
- Lemey, C., & al. (2021). *Analyse automatique du discours de patients pour la détection de comorbidités psychiatriques*. Récupéré sur HAL: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03258036>
- Letourneau, D. (2010). *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie*. Erès.
- Levin, T., Kelly, B., Cohen, M., Vamos, M., Landa, Y., & Bylund, C. (2011). Case Studies in Public-Sector Leadership: Using a Psychiatry E-List to Develop a Model for Discussing a Schizophrenia Diagnosis. *Psychiatric Services*, 244-246.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. (2002). *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- M. Villani, V.-M. (2016, janvier 4). *Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ?* Récupéré sur <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.011>
- Mateo, M.-C. (2012). *Alliance thérapeutique*. Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Mésenge, C., & Palazzolo, J. (2011-12-08). *Conscience et représentation de la santé mentale et neurologique*. Mon Petit Éditeur.
- Mezzich, J., Botbol, M., Besse, A., & Salloum, I. (2011). Le diagnostic en psychiatrie de la personne. *L'information psychiatrique*, 247-252.
- Milton, A., & Mullan, B. (2014). Diagnosis telling in people with psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 302-307.
- Mittal, V., & al. (2015). Ethical, Legal, and Clinical Considerations when Disclosing a High-Risk Syndrome for Psychosis: Disclosing A High-Risk Syndrome for Psychosis. *Bioethics*, 543-556.

- Moran, G., & al. (2014). Psychiatrists' Challenges in Considering Disclosure of Schizophrenia Diagnosis in Israel. *Qualitative Health Research*, 1368-1380.
- Nonnotte, A. (2017, janvier 16). *L'examen en psychiatrie*. Récupéré sur Elsevier: <https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/psy/lexamen-en-psychiatrie>
- Outram, S., Harris, G., Kelly, B., Cohen, M., Sandhu, H., Vamos, M., . . . Loughland, C. (2015). Communicating a schizophrenia Diagnosis to Patients and Families : a Qualitive Study of Mental Health Clinicians. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Paccaloni, M., Rimondini, M., Pozzan, T., & Zimmermann, C. (2008). [The communication of the diagnosis of schizophrenia. Focus group findings on psychiatrists' point of view]. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*, 65-76.
- Paillard, C. (2018). *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*. SETES.
- Quintrec, J.-S.-L. (2010). L'annonce diagnostique dans la maladie chronique. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*, 223-227.
- Rocamora, J., Benadhira, R., Saba, G., Stamatadis, L., Kalalou, K., Dumortier, G., . . . Januel, D. (2005). Annonce du diagnostic de schizophrénie au sein d'un service de psychiatrie de secteur. *L'Encéphale* .
- Rose, D., & Thornicroft, G. (2010). Service user perspectives on the impact of a mental illness diagnosis. *Cambridge University Press*, 140 - 147.
- Salamin, V., & al. (2009). Les relations thérapeutiques en psychiatrie hospitalière. *Annales Médico Psychologiques*, 188-194.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship . *International Review of Psychiatry*, 137-155.
- Seeman, M. V. (2010). Breaking Bad News : Schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, Vol 16, N°4.
- Shergill, S., Barker, D., & Greenberg, M. (1998). Communication of psychiatric diagnosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32-38.
- Tracy, M., & O'Grady, E. (2016). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing*. Elsevier.
- Uçok, A., & al. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 89-91.
- Valery, K.-M. (2021). Réduction de la stigmatisation de la schizophrénie dans. (HAL, Éd.) Bordeaux.
- Viard, D., Netillard, C., Cheraitia, E., Barthod, V., Choffel, J., Tartary, D., . . . Tissot, E. (2016). Éducation thérapeutique en psychiatrie : représentations des soignants, des patients et des familles. *L'Encéphale*, 4-13.

WHO, S., & OMS. (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé : rapport d' un Groupe d' étude de l' OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé, la formation en équipe [réuni à Genève du 12 au 16 octobre 1987].*

Annexes

Liste des Annexes

Annexe I/ Tableau des articles retenus

Annexe II/ Lettre d'information destinée aux participants

Annexe III/ Formulaire de Consentement

Annexe IV/ Critère COREQ

Annexe V/ Guide d'Entretien

Annexe VI/ Caractéristiques des participants à l'étude

Annexe VII/ Liste des Codes

Annexe VIII/ Tableau des Verbatims

Annexe IX/ Exemple d'Entretien Psychiatre

Annexe X/ Exemple d'Entretien Infirmier

Annexe I/ Tableau des articles retenus

Auteur/Année/Journal	Méthode	Principal résultat en lien avec l'objectif	Limite(s) Identifié (s)
<p>Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie en France ?</p> <p>Auteurs : M.Villani, V.Kovess-Masféty</p> <p>Parution : Janvier 2016</p> <p>Journal : L'Encéphale</p>	<p>Revue de littérature Française et Internationale</p>	<p>Taux de 15 à 39% d'annonce diagnostic pour les patients souffrant de schizophrénie en France (70% aux Etats-Unis). Une unique étude de formalisation fut un succès.</p> <p>Augmentation des demandes des patients concernant leur diagnostic. Subsistances des réticences et des difficultés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Certaines études non statistiquement validées - Méthodologie diverse des enquêtes comparées
<p>Breaking Bad News : Schizophrenia</p> <p>Auteur : Mary V. Seeman, MD</p> <p>Parution : Juillet 2010</p> <p>Journal : Journal of Psychiatric Practice</p>	<p>Revue de littérature Internationale</p>	<p>Mise en exergue d'une méthode utilisée en oncologie adaptable à la psychiatrie afin d'individualiser la divulgation de l'annonce.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de données statistiques pour prouver la fiabilité du modèle
<p>Communicating a Schizophrenia Diagnosis to Patients and Families : a qualitative study of mental Health Clinicians</p> <p>Auteurs : S. Outran et al</p> <p>Parution : Avril 2014</p> <p>Journal : psychiatric services</p>	<p>Etude Originale Qualitative Monocentrique Australie »</p>	<p>Recevoir un diagnostic de schizophrénie est bénéfique plutôt que de vivre dans l'incertitude. Mécontentement sur la manière dont le diagnostic leur a été révélé. Manque d'information sur la nature et signification de la maladie. Approche centrée sur le patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Biais de mémorisation possible due à l'écart entre annonce et réalisation de l'étude - Ecart des données recueillies sur la pratique et l'intention
<p>Psychiatrist's Challenges in considering Disclosure of Schizophrenia Diagnosis in Israel</p> <p>Auteurs : Galia S. Moran et al</p> <p>Parution : Octobre 2014</p> <p>Journal : Qualitative Health Research</p>	<p>Etude Qualitative Israel</p>	<p>Explorer l'expérience des psychiatres en matière de « divulgation ou non divulgation » d'un diagnostic de schizophrénie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Petit échantillon (15 psychiatres) - Contexte culturel israélien spécifique - Accent mis sur la « non divulgation »

<p>How do patients with schizophrenia and their families learn about the diagnosis ? Auteurs : D. Amsalem et al. Parution : Juillet 2018 Journal : Psychiatry Interpersonal and biological processes</p>	<p>Etude Qualitative monocentrique Israël</p>	<p>La majorité des patients et leurs proches ont appris leurs diagnostics en lisant le formulaire de décharge ou de façon fortuite auprès du personnel. Par ailleurs, ils rapportent des sentiments négatifs sur la façon dont ils ont appris le diagnostic.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taille de l'échantillon - Intervalle de temps entre le diagnostic et l'entretien - Biais de rappel
<p>Diagnosis Telling in people with psychosis Auteurs : Alyssa C. Milton et al Parution : 07/2014 Journal : Current Opinion in Psychiatry</p>	<p>Revue de littérature de janvier 2012 à novembre 2013.</p>	<p>Mise en évidence d'un manque de recherche sur la façon de communiquer des professionnels de la santé et de transmettre les informations diagnostic.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche hétérogène quantitative et qualitative
<p>Communication of psychiatric diagnosis Auteurs : S.S. Shergill et al Parution : 1998 Journal : Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</p>	<p>Questionnaire diffusé au Nord de Londres</p>	<p>La majorité des patients interrogés, considèrent qu'un diagnostic psychiatrique et tout aussi important qu'un diagnostic somatique et qu'ils les aident dans leurs traitements. La plupart des patients sont d'accord avec leur diagnostic et son utilité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La méthode - Echantillon total hétérogène dilue les résultats
<p>Attitudes of psychiatric toward patient with schizophrenia Auteurs : A. Uçok et al Parution : Février 2004 Journal : Psychiatry and Clinical Neurosciences</p>	<p>Questionnaire diffusé en Turquie</p>	<p>16,9% des personnes atteintes de schizophrénies sont informées de leur diagnostic et 42,4% jamais. L'ampleur de la stigmatisation varie en fonction du contexte culturel et sociologique. Néanmoins le problème est commun à toutes les cultures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Echantillon petit - Difficulté d'accès à d'autres études sur la stigmatisation
<p>La communication du diagnostic de la schizophrénie Auteurs : M. Paccaloni et al Parution : Janv/Mars 2008</p>	<p>Etude Qualitative Vérone Sud</p>	<p>Ces résultats suggèrent la nécessité pour les psychiatres d'impliquer le patient psychotique dans le processus d'information afin de connaître ses</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hétérogénéité des données

Journal : Epidemiologia E Psichiatria Sociale		besoins d'information qui sont le point de départ d'une information personnalisée.	
---	--	--	--

Annexe II/ Lettre d'information destinée aux participants



Université de Bretagne Occidentale



FORMATION
CONTINUE

Titre du projet de recherche :

L'annonce diagnostic auprès de personnes atteintes d'un trouble de schizophrénie

Etudiante réalisant ce projet :

Sabina Ramjaun Bagot, étudiante en Pratique Avancée en mention Psychiatrie Santé Mentale à l'Université de Brest.

Infirmière en exercice à l'EPSM Sud Bretagne Charcot de Caudan.

Directrice de mémoire :

Dr Le Glaz Aziliz Psychiatre au CHRU de Brest

M. Morisset Jérôme Infirmier en Pratique Avancée en Psychiatrie Santé Mentale au C.H Georges Mazurelles

Invitation à participer au projet :

Le présent document vise à vous donner des renseignements sur le projet de recherche : « La notion de partenariat dans l'annonce diagnostic de schizophrénie », on y retrouve une description des attendus afin de recueillir votre consentement ou non à la participation de cette étude. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Nature et Objectifs du projet :

L'objectif principal de cette recherche est de recueillir les critères qui entrent en jeu dans le processus d'annonce ainsi que les représentations qui les sous-tendent. Dans un objectif secondaire dans quelle mesure un dispositif d'annonce permettrait d'impliquer la personne soignée pour en faire un partenaire de soin et quelle place pourrait occuper l'IPA dans le processus d'annonce ?

Pour permettre de comprendre cette dimension, nous demandons la participation des professionnels de santé œuvrant auprès de patients atteints d'un trouble schizophrénique.

Professionnels de santé concernés :

- En établissement de santé mentale :

Les Infirmiers exerçant en admission ou Centre médico psychologique

Les Psychiatres exerçants leur activité de clinicien au sein d'équipe pluridisciplinaire

Déroulement du projet :

Votre participation consiste à réaliser un entretien soit en présentiel soit en visioconférence pour aborder librement votre ressenti sur ces éléments à l'aide de questions semi directs que nous vous poserons.

Les rencontres seront enregistrées sous format audio.

Avantages :

Participer à ce projet de recherche vous donnera l'occasion d'exposer votre point de vue en tant qu'expert dans ces situations et d'échanger sur la notion de collaboration dans le temps d'annonce. L'analyse de ces entretiens permettra de faire avancer notre réflexion en faisant ressortir les points forts, les points à améliorer, de comprendre quelles contributions peut avoir l'IPA dans ces situations.

Risque et inconvénients possibles :

Il n'y a pas de risques associés à votre participation. Les seuls inconvénients sont le temps nécessaire pour participer à l'entretien.

Compensation :

Aucune compensation financière n'est offerte pour votre participation à ce projet.

Participation volontaire et droit de retrait :

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait libre et volontaire. Vous pouvez accepter ou refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision.

L'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet ne sera pas utilisée et sera détruite.

L'étudiante responsable de ce projet de recherche peut mettre fin à votre participation sans votre consentement s'il existe des raisons d'abandonner le projet.

Votre décision de ne pas participer ou de vous retirer du projet n'entraînera aucune conséquence sur votre relation avec l'étudiante chercheuse responsable du projet.

Nous tenons à vous remercier pour votre précieuse collaboration dans la réalisation de cette recherche.

Nous apprécions le temps et l'attention que vous y consacrez.

Clause de responsabilité :

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez l'étudiant chercheur ou les institutions impliquées de leurs obligations légales et professionnelles.

Confidentialité :

L'entretien sera enregistré sous forme audio. Cela permettra l'analyse complète de tous vos commentaires. L'étudiant chercheur inscrira dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ces renseignements resteront strictement confidentiels.

Votre nom et tous ceux cités dans l'entrevue seront remplacés par un code. Seule l'étudiante réalisant ce projet aura accès à la liste contenu les noms et les codes.

Les données en format numérique, incluant les enregistrements audios seront conservés vers le serveur sécurisé de l'Université de Bretagne Occidentale dont l'accès sera protégé par un mot de passe et auquel seul l'étudiante chercheuse aura accès.

Le comité éthique qui a évalué le projet pourrait accéder aux données de recherche à des fins de contrôle et de vérification.

Les données seront conservées pendant un an puis détruites.

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport.
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués.
- Les résultats pourront être publiés dans des revues scientifiques, aucun participant ne pourra être identifié ou reconnu.
- Un résumé des résultats sera transmis aux participants qui le souhaitent.

Personne ressource :

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche, vous pouvez communiquer avec :

Sabina Ramjaun Bagot étudiante IPA responsable du projet :

Téléphone : 06 87145407

Mail : r.sabina@hotmail.fr

Annexe III/ Formulaire de Consentement



Investigateur principal : Sabina Ramjaun Bagot, Infirmière étudiante en Pratique Avancée mention Psychiatrie Santé Mentale, Université de Brest. Téléphone : 0687145407

Sous la direction du Docteur Aziliz Le Glaz, Psychiatre au CHRU de Brest Bohars et M. Il y Morisset Jérôme, Infirmier en Pratique Avancée mention PSM à Georges Mazurelles.

Objet de l'étude : Cette étude s'intéresse à l'annonce diagnostique auprès de personnes atteintes d'un trouble schizophrénique.

Déroulement : La méthode retenue pour le recueil de données auprès des professionnels de santé psychiatre et infirmier exerçant en établissement de santé mentale est descriptive. Avec votre accord, l'investigateur va vous poser des questions sur votre pratique et votre vision de l'annonce diagnostic auprès des personnes atteintes d'un trouble schizophrénique. Un enregistrement audio sera réalisé pour faciliter la retranscription des données.

Les réponses données n'ont aucun objectif de jugement ou d'évaluation des pratiques.

Engagement de l'investigateur : L'investigateur s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'entraînera aucune conséquence pour le sujet.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi informatique et liberté. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Je soussigné (e) _____ déclare accepter, librement et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude sus-citée.

Fait le _____ à _____ en 2 exemplaires

Signatures

Le participant

L'investigateur

Annexe IV/ Critère COREQ

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER2S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (focus groups).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License.

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

Keywords

Édition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency

DOI's des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :
direction@a-3pm.org

Annexe V/ Guide d'Entretien

Je m'appelle Sabina, je suis infirmière et suis actuellement en formation en master 2 infirmier en pratique avancée à l'UBO de Brest en mention psychiatrie santé mentale. Dans le cadre de ma formation, je m'interroge sur les pratiques de soins en santé mentale.

A travers la formation IPA, mon questionnement concerne la manière dont l'annonce diagnostic est réalisée auprès des personnes atteintes d'un trouble schizophrénique.

Votre retour d'expérience en tant que soignant pourra m'éclaircir et sera d'une grande richesse pour ce travail de recherche. Par ailleurs, si vous êtes d'accord cet entretien sera enregistré et retranscrit. Le but de l'entretien est de laisser libre cours à la parole. Il n'y a pas de mauvaise ni de bonne réponse, l'objectif est d'amener à l'échange autour de la pratique. Votre anonymat sera assuré ainsi que la confidentialité de votre propos.

Les résultats figureront dans un mémoire qui sera produit par la suite.

Psychiatre, praticien hospitalier exerçant dans un établissement de psychiatrie santé mentale

Question initiale : relative à l'expérience professionnelle

Question 1 Thématique autour du processus d'annonce diagnostic

1.1 Comment faites-vous une annonce diagnostic auprès d'une personne atteinte d'un trouble schizophrénique ?

2.1 A quel moment du parcours de soin êtes-vous amené à échanger autour du diagnostic ?

3.1 Comment définissez-vous le moment opportun pour faire l'annonce ?

- Est-ce que vous faites l'annonce seule ?
- Sollicitez-vous la présence de la famille au moment de l'annonce ?

4.1 Quels sont les informations que vous délivrez au patient ?

5.1 Comment vous assurez-vous de la compréhension de l'information médicale transmise ?

Question 2 Thématique travail en collaboration

1.2 Est-ce que l'annonce se fait de façon concertée en équipe pluridisciplinaire ?

- Si oui est-ce que vous intégrez un membre de l'équipe ? lesquels et pourquoi ?
- Si non, y a-t-il un échange a posteriori ?

Question 3 Thématique autour de la place du patient (approche centrée patient)

1.3 Quels sont les points clés dans l'échange avec le patient ?

2.3 Quel impact a eu l'annonce sur la personne soignée et sur la qualité de la relation ?

Question 4 Thématique autour d'une démarche systématisée (protocole d'annonce)

1.4 Est-ce qu'il y a un temps formalisé autour de l'annonce diagnostic ?

- Si oui quel est-il ? quelle est la plus-value ?
- Si non est ce que cela vous paraît pertinent ? et de quelle manière ?

2.4 Est-ce qu'un protocole dans le cadre de l'annonce diagnostic en psychiatrie existe ?

- Si oui, lequel est-il ? et quelle est la plus-value ?
- Si non, est ce qu'il serait pertinent qu'il y en ait un ? et de quelle manière ?

Auprès d'Infirmier (IDE)

Question initiale : relative à l'expérience professionnelle

Question 1 Thématique autour du processus d'annonce diagnostic

1.1 Y a-t-il un échange dans vos équipes de soins autour de l'annonce diagnostic ?

- Si oui, pouvez m'en préciser les détails ?
- Si non, est ce qu'il y aurait un intérêt à le faire ? et pourquoi ?

2.1 Quel est selon vous le moment opportun pour l'annonce diagnostic ? Pourquoi ?

Question 2 Thématique autour du travail en collaboration

1.2 Y a-t-il une collaboration IDE/Psychiatre pour annoncer un diagnostic ?

- Si oui de quelle manière ? et la plus-value ?
- Quel est votre rôle spécifique ?
- Si non pourquoi ? et quelle pourrait être la plus-value ?

Question 3 Thématique autour de la place du patient (approche centrée patient)

1.3 Y a-t-il une collaboration avec le patient pour annoncer le diagnostic ?

- Si oui de quelle manière ? et la plus-value ?
- Quelle place a-t-il ?
- Si non pourquoi ? et quelle pourrait être la plus-value ?

2.3 Quel impact a eu l'annonce diagnostic sur la personne soignée et sur la qualité de la relation ?

Question 4 Thématique autour d'une démarche systématisée (protocole d'annonce)

1.4 Est-ce qu'il y a un temps formalisé autour de l'annonce diagnostic ?

- Si oui quel est-il ? quelle est la plus-value ?
- Si non est ce que cela vous paraît pertinent ? et de quelle manière ?

2.4 Est-ce qu'un protocole dans le cadre de l'annonce diagnostic en psychiatrie existe ?

- Si oui, lequel est-il ? et quelle est la plus-value ?
- Si non, est ce qu'il serait pertinent qu'il y en ait un ? et de quelle manière ?

Annexe VI/ Caractéristiques des participants à l'étude

Psy : psychiatre,

IDE : infirmier, **EIPA** : étudiant en pratique avancée,

FPH : fonction publique hospitalière,

TCC : thérapie cognitivo-comportementale,

EPSM : établissement public de santé mentale,

ESPIC : Etablissement de santé privée d'intérêt collectif,

CEVUP : consultation d'évaluation de la vulnérabilité psychologique

Profession	Année d'expérience	Sexe	Age	Lieu d'exercice	Département d'exercice	Spécialité
Psy 1	+ de 30 ans	Femme	+ de 60 ans	Retraitée de la FPH	56	Psychanalyste
Psy 2	Entre 0 et 5 ans	Homme	20 à 29 ans	Libéral	35	TCC
Psy 3	Entre 6 et 10 ans	Homme	30 à 39 ans	CHRU Bohars	29	CEVUP
Psy 4	Entre 0 et 5 ans	Femme	20 à 29 ans	CHRU Bohars	29	CEVUP
Psy 5	Entre 6 et 10 ans	Homme	30 à 39 ans	EPSM Charcot	56	Admission
Psy 6	Entre 21 à 25 ans	Femme	50 à 59 ans	ESPIC Bégard	22	Réhabilitation psychosociale
Psy 7	Entre 21 à 25 ans	Homme	50 à 59 ans	EPSM Finistère Sud	29	TCC
Psy 8	Entre 21 à 25 ans	Femme	50 à 59 ans	EPSM Finistère Sud	29	Activité mixte libéral/CMP
Psy 9	Entre 21 à 25 ans	Femme	50 à 59 ans	CHRU Bohars	29	Maison des adolescents

IDE EIPA 1	10 à 15 ans	Homme	30 à 39 ans	C.H de Morlaix	29	Psychiatrie de liaison
IDE EIPA 2	6 à 10 ans	Homme	30 à 39 ans	EPSM Georges Mazurelles	85	CMP
IDE 3	10 à 15 ans	Femme	40 à 49 ans	EPSM Morbihan	56	CMP
IDE 4	+ 30 ans	Femme	50 à 59 ans	EPSM Morbihan	56	CMP+CATTP
IDE 5	10 à 15 ans	Femme	40 à 49 ans	CHRU Bohars	29	Case manager
IDE 6	10 à 15 ans	Femme	30 à 39 ans	EPSM Georges Mazurelles	85	CMP
IDE EIPA 7	21 à 25 ans	Homme	50 à 59 ans	EPSM Georges Mazurelles	85	Urgences psychiatrique
IDE 8	21 à 25 ans	Femme	40 à 49 ans	EPSM Morbihan	56	Unité d'admission
IDE 9	21 à 25 ans	Femme	40 à 49 ans	EPSM Finistère Sud	29	CMP
IDE 10	10 à 15 ans	Femme	30 à 39 ans	EPSM Finistère Sud	29	CMP

Annexe VII/ Liste des Codes

1. Famille

Impact de l'annonce sur la famille
Place de la famille dans le processus d'annonce
L'accès à une formation pour les familles

2. Démarche systématisée

Démarche éducative
Les invariants dans cette démarche
La question du protocole : les freins et les leviers

Démarche systématisée

	Documents	Pourcentage	Pourcentage (valable)
Démarche éducative	4	20,00	33,33
Invariants	4	20,00	33,33
Protocole	8	40,00	66,67
DOCUMENTS avec code(s)	12	60,00	100,00
DOCUMENTS sans code(s)	8	40,00	-
DOCUMENTS ANALYSÉS	20	100,00	-

3. Approche centrée sur la personne

Relation thérapeutique
La temporalité de la personne
La recherche de compréhension
Informations délivrées
Acteur de sa prise en soin
L'impact de l'annonce sur la personne soignée
L'impact de l'annonce sur la relation
La demande de la personne soignée
La recherche de consentement dans le partage d'information auprès des familles
Les perspectives et l'espoir
La confiance
L'alliance thérapeutique
Le rétablissement

Le recueil du ressenti, du vécu, de l'expérience de la personne
 Le savoir expérientiel
 La co-construction
 L'acceptation
 Une approche intégrative

Approche centrée patient

	Documents	Pourcentage	Pourcentage (valable)
Relation thérapeutique	2	10,00	10,53
Temporalité	2	10,00	10,53
Recherche de compréhension	6	30,00	31,58
Informations délivrées	5	25,00	26,32
Acteur	4	20,00	21,05
Impact	13	65,00	68,42
Demande	6	30,00	31,58
Consentement	4	20,00	21,05
Espoir	4	20,00	21,05
Confiance	8	40,00	42,11
Alliance	10	50,00	52,63
Savoir expérientiel	6	30,00	31,58
Acceptation	10	50,00	52,63
Rétablissement	2	10,00	10,53
Recueil ressenti, vécu	11	55,00	57,89
Décision partagée	6	30,00	31,58
Co-construction	10	50,00	52,63
Intégrative	6	30,00	31,58
DOCUMENTS avec code(s)	19	95,00	100,00
DOCUMENTS sans code(s)	1	5,00	-
DOCUMENTS ANALYSÉS	20	100,00	-

4. Les représentations

Auto stigmatisation
 Stigmatisation

Représentations

	Docum ents	Pourcen tage	Pourcentage (valable)
Auto stigmatisation	9	45,00	60,00

Stigmatisation	11	55,00	73,33
DOCUMENTS avec code(s)	15	75,00	100,00
DOCUMENTS sans code(s)	5	25,00	-
DOCUMENTS ANALYSÉS	20	100,00	-

5. Le Processus d'annonce

Les déterminants à l'annonce : diagnostic, éthique, déontologie

La posture dans l'annonce

Echange autour de l'annonce

La plus-value à l'annonce

Les freins à l'annonce

La formation requise à l'annonce

La notion de temps dans l'annonce

Le moment opportun

Le temps et le lieu dédiés

Les étapes :

- ▀ Avant annonce
- ▀ Pendant l'annonce
- ▀ Après l'annonce

Processus d'annonce

	Documents	Pourcentage	Pourcentage (valable)
Posture dans l'annonce	1	5,00	5,26
Diagnostic	1	5,00	5,26
Ethique	5	25,00	26,32
Echange	19	95,00	100,00
Temps	16	80,00	84,21
Moment opportun	13	65,00	68,42
Incertitude	9	45,00	47,37

DOCUMENTS avec code(s)	19	95,00	100,00
DOCUMENTS sans code(s)	1	5,00	-
DOCUMENTS ANALYSÉS	20	100,00	-

6. Le travail en collaboration

Une approche pluridisciplinaire
L'accompagnement
Le projet de soin personnalisé
Le rôle infirmier : informel
La notion de responsabilité

Etapes

	Docum ents	Pourcen tage	Pourcentage (valable)
Pendant l'annonce	7	35,00	36,84
Avant annonce	9	45,00	47,37
Post annonce	6	30,00	31,58
Travail en collaboration	18	90,00	94,74
DOCUMENTS avec code(s)	19	95,00	100,00
DOCUMENTS sans code(s)	1	5,00	-
DOCUMENTS ANALYSÉS	20	100,00	-

Annexe VIII/ Tableau des Verbatims

	Psy (N=9)	IDE (N=10)
Famille	<p>Il faut les voir et les revoir, les parents et voir ce qu'ils veulent vraiment savoir et pourquoi Psy\re transcription Psy 1 : 12 - 12 (0)</p> <p>Pas systématique, l'annonce diagnostique dans tous les cas, je la fais avec le patient Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)</p> <p>Dans un 2nd temps et avec quand c'est la demande du patient, je recevais la famille que lui, voulait que je reçoive pour pouvoir discuter Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)</p> <p>On faisait plus quelque chose autour de l'éducation sur le trouble plus qu'une annonce diagnostic. Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)</p> <p>Après, on faisait une annonce, parfois avec la famille, mais on faisait l'annonce avec la famille que sur accord du patient avec accord du patient, ou alors de manière détournée, ce qui n'est pas terrible, mais pour parce que les patients en fait vivaient chez cette famille Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)</p>	<p>Les familles doivent être jointes, on organise un temps vraiment défini où on va parler de la maladie avec les proches souvent les parents ou le conjoint des fois aussi IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)</p> <p>■Mémo 33</p> <p>Je pense plus à la famille, est ce qu'ils sont étonnés en d'entendre plus je ne sais pas. Si elle est demandeuse en tout cas IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)</p> <p>Formalisé parce que c'était une demande de la fille de cette dame IDE\Re transcription IDE 4 : 7 - 7 (0)</p> <p>Les troubles sont déjà un peu mieux acceptés par la famille y a moins de bouge-toi, fait des choses, inscris-toi dans IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)</p> <p>Ils vont moins bousculer leur enfant IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)</p>

Je n'échange jamais avec une famille en l'absence de la personne concernée

Psy\Re transcription Psy 6 : 4 - 4 (0)

Et je réponds à toutes les questions sous le contrôle de la personne. Je réponds à toutes les questions, je n'en évite aucune, pour que ce soit le plus claires possible pour le patient et le patient entend tout, il comprend tout et satisfait de cette façon de faire parce que justement je fais beaucoup de systémique aussi

Psy\Re transcription Psy 6 : 4 - 4 (0)

Je dirais, ce sont les familles qui sont très demandeuses du diagnostic, plus que le patient lui-même. Et ça, moi je n'ai jamais reçu de famille sans le patient ou si le patient ne voulait pas être présent, mais il savait que la famille était reçue en entretien et c'était délibérément qu'il quittait la pièce à ce moment-là, ou il restait dans sa chambre. On a toujours reçu les familles parce que c'est indispensable aussi dans l'alliance thérapeutique. Mais ce n'est jamais sans le consentement du patient.

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Il n'y a jamais rien qui est fait dans le dos du patient et parfois c'est nécessaire aussi de freiner la demande de la famille

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Normalement ce n'est pas à la famille de demander le diagnostic de ses enfants. Moi je ne réponds pas à la famille

Psy\Re transcription Psy 8 : 2 - 2 (0)

Dans la famille, il y a d'autres gens qui ont des pathologies psychiatriques, les gens ont aussi une expérience parfois vécue au sein de la famille ou des cousins ou des oncles et tantes. Donc il faut aussi quand on donne l'information, faudrait avoir évalué eux-mêmes, qu'est-ce qu'ils pensent

Ça a eu un effet de soulagement pour le père un peu apparemment IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

Elle m'a dit qu'il était plutôt soulagé qu'on vienne mettre un mot sur ses difficultés c'est vrai qu'il était dans l'incompréhension de ce qu'il se passait pour son fils qui était isolé, en chambre d'isolement et complètement incohérent.

IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

Certains parents disaient « qu'on n'est pas pressé d'avoir un diagnostic » d'autres disaient « si on avait un diagnostic peut-être y aurait une solution » et puis un traitement, une solution, il aurait des choses

IDE\Re transcription IDE 5 : 6 - 6 (0)

Oui autant que possible, partout j'ai envie de te dire, même en géronto

IDE\Re transcription IDE 8 : 6 - 6 (0)

Ils étaient en demande justement, on laissait la parole quoi, ils échangeaient entre eux pour justement, pour pouvoir déposer un petit peu tout ce qu'ils avaient sur le cœur quoi

IDE\Re transcription IDE 8 : 7 - 7 (0)

On reçoit les familles, là pour cette jeune femme, ça avait été très tendu parce qu'il y avait une demande mais il n'y avait pas de réponse parce que le médecin ne pouvait pas donner de diagnostic, donc c'était assez tendu à ce moment-là

IDE\Re transcription IDE 8 : 7 - 7 (0)

On a passé 1h30, c'est le médecin qui a dû mettre un terme parce qu'on sentait que les parents étaient tellement en souffrance que c'était insupportable. Ils sont partis plus mal finalement qu'à l'arrivée.

IDE\Re transcription IDE 8 : 7 - 7 (0)

qu'ils ont ? qu'est-ce qu'il connait de ce qu'ils peuvent avoir ? Quelles représentations ils ont ? et quelle est leur connaissance en fait de base ?

Psy\Re transcription Psy 9 : 5 - 5 (0)

Dans l'inclusion des familles ? nous on a toujours demandé l'autorisation au patient s'il est d'accord pour qu'on rencontre sa famille. S'il nous dit non, il nous dit, on va essayer éventuellement fini, sinon on trouve que c'est absolument essentiel de rencontrer la famille qui nous dit non, on va prendre le temps de le convaincre

Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

Très souvent la question vient des patients ou de la famille avant même que nous on la pose

Psy\Retranscription Psy 3 : 2 - 2 (0)

Systématiquement on leur passe un coup de téléphone si le patient est d'accord

Psy\Retranscription Psy 3 : 9 - 9 (0)

On essaye d'appeler les parents oui. Sauf s'il a plus de 25 ans et que le patient ne le souhaite pas

Psy\Retranscription Psy 3 : 10 - 10 (0)

C'est quand même un facteur pronostic majeur si l'entourage familial est présent et peut accompagner le patient c'est vraiment bénéfique pour lui. S'ils sont exclus de la prise en charge je pense qu'ils ne pourront pas accompagner

Psy\Retranscription Psy 3 : 10 - 10 (0)

Et les parents sont invités à la consultation de restitution ou d'annonce et en fonction de l'âge, non même pas d'ailleurs systématiquement, en deux

L'impact serait plus au niveau entourage et familial

IDE\Re transcription IDE 8 : 11 - 11 (0)

Ça a soulagé aussi la famille, dans le sens où il avait un diagnostic, tu vois addicto voilà toxicomane, polytoxicomane et que ça a donné presque plus un peu de voilà d'explications et d'espoir ce diagnostic de schizophrénie parce qu'avec il y avait l'injection et un peu une idée de stabilité grâce à l'injection qui pouvait apaiser un peu

IDE\Re transcription IDE 9 : 5 - 5 (0)

Nous ici on a un médecin qui ne reçoit pas les familles. C'est un peu porte close.

IDE\Re transcription IDE 9 : 6 - 6 (0)

BREF tu connais de Lyon. En fait, c'est une formation que l'hôpital Gourmelen aimerait bien mettre en place, en fait c'est un accueil aux familles. Les familles qui demandent une aide par rapport à un enfant, père, mère puisse être reçu mais pas par le CMP où est suivi le patient

IDE\Re transcription IDE 9 : 6 - 6 (0)

temps le patient d'abord et le patient avec ses parents ensuite s'il est d'accord quand il est majeur.

Psy\Retranscription Psy 3 : 10 - 10 (0)

C'est quand les patients découvrent à ce moment-là que les difficultés qu'ils traversent sont des difficultés graves. C'est souvent les parents car le patient me demande « dites à mes parents ce que j'ai car ils ne comprennent pas ils ne voient pas que c'est grave ils ne comprennent pas à quel point je vais mal ».

Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

Les parents comme les patients réagissent assez bien. Quand on parle de psychose c'est pareil ils réagissent assez bien car souvent ils se doutent un peu

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Les parents je les ai reçus après, ils étaient plutôt contents d'avoir des résultats très précis. Que l'on mette des mots. Ils n'étaient pas effrayés

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Je m'inquiète plus de l'effet de l'annonce chez les parents car ils ont du mal à comprendre les difficultés de leur enfant, que le patient qui lui a déjà débuté une prise en charge, souvent ils se doutent un peu, ils font des recherches sur internet, ils tapent leurs symptômes

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Souvent ce sont des entretiens avec les membres, avec des aidants, la famille, conjoint, ce genre de chose, que je questionne

Psy\Retranscription Psy 5 : 7 - 7 (0)

Démarche systématisée

Je travaille avec un contrat de soin avec un cadre très clair, quand mes patients rentrent dans mon dispositif, ils savent exactement comment je

Ça fonctionne mieux quand les violons sont accordés

IDE\Re transcription IDE 1 : 5 - 5 (0)

vais travailler parce que je leur explique tout parce que j'évalue, ce serait un peu long à expliquer, mais j'ai une évaluation et on explique exactement le processus du dispositif

Psy\Re transcription Psy 6 : 5 - 5 (0)

■Mémo 36

Un contenant au niveau du cadre qui n'est pas un cadre en termes limitatifs, mais un cadre de soins, comment on va travailler ensemble ?

Psy\Re transcription Psy 6 : 5 - 5 (0)

Je ne sais pas, un temps de reprise plus formel avec peut-être des outils pour reprendre ça pourrait être intéressant

IDE\Re transcription IDE 2 : 7 - 7 (0)

C'est pas mal que tout le monde parle un petit peu de la même, enfin que tout le monde sache à quel stade on est de la déclaration par rapport aux patients, ça serait bien qu'ensuite, après l'annonce liée, si la personne téléphone en disant voilà où est-ce qu'on en est, on voit à peu près dans quel cadre on se définit après le seul truc qui soit formalisé, c'est qu'on peut adresser pour de l'ETP sur la schizophrénie

Psy\Re transcription Psy 8 : 5 - 5 (0)

■Mémo 42

Il y a une obligation de nommer les choses bien de dire des choses, ça me semble important parce que pendant longtemps parfois y avait des gens ils ne savaient pas de quoi ils étaient, ce qu'ils avaient

IDE\Re transcription IDE 3 : 8 - 8 (0)

Je pense que ça pourrait, mais il faut une vraie volonté

Psy\Re transcription Psy 9 : 9 - 9 (0)

'il faut quand même s'adapter à chaque situation parce que c'est quand même bien particulier quoi faut quand même s'adapter aux patients et à ces troubles quoi qui sont bien spécifiques. Donc voilà un protocole je ne sais pas mais en tout cas de formaliser une annonce oui,

IDE\Re transcription IDE 3 : 9 - 9 (0)

RCP psychiatrique

Psy\Re transcription Psy 9 : 9 - 9 (0)

La rendre systématique au moins à un moment donné

IDE\Re transcription IDE 3 : 9 - 9 (0)

Il faut déjà bien savoir ce qu'on va dire aux gens et puis par contre qu'il y ait un temps dédié pour parler de la maladie, du diagnostic, ou des aides dédiées, de ce qu'on peut mettre en place pour justement tenir compte des symptômes et pouvoir agir dessus pour avoir une vie plus facile. Je pense que ce serait bien que ce soit systématique

Psy\Re transcription Psy 9 : 11 - 11 (0)

Une consultation médicale

IDE\Re transcription IDE 4 : 7 - 7 (0)

ça pourrait même être dis à l'instauration du traitement par exemple parce que souvent c'est ça qui va faire émerger des questions chez le patient

IDE\Re transcription IDE 4 : 8 - 8 (0)

On fait une restitution pour que les patients comprennent ce que nous même avons compris des difficultés qu'il traversait. Mais de toute façon pour nous les critères diagnostic sont simples il faut au moins 6 mois d'évolution pour que l'on puisse parler de schizophrénie. On attend au moins plusieurs mois et dans l'accompagnement que l'on propose aux patients qui font un premier épisode psychotique en gros on fait un point formalisé tous les 6 mois pendant 3 ans. Du coup tous les 6 mois on se dit où l'on en est dans quelle évolution et régulièrement on se dit « là je crois que l'on peut parler de schizophrénie »

Psy\Retranscription Psy 3 : 2 - 2 (0)

C'est un staff hebdomadaire et pas moins. Sinon on arrête parce qu'on ne peut plus travailler. Ça du coup c'est écrit et c'est comme ça, rien ne se pense hors de ce cadre-là

Psy\Retranscription Psy 3 : 7 - 7 (0)

faudrait que l'annonce diagnostic, thérapeutique et pronostic en psychiatrie ce soit comme se présenter, ce soit nécessaire, comme le recueil de données administratives vous êtes né où ? quel est votre diagnostic ? qu'est-ce que c'est pour vous ? voilà pour moi cela devrait être nécessaire et obligatoire, cela devrait être figuré dans le dossier quitte à faire signer une feuille au patient pour dire vous êtes hospitalisé pour ça, vous avez ça, quels arguments, et l'informer de façon loyale et appropriée qu'il est possible aussi que le diagnostic est évolué dans le temps

Psy\Retranscription Psy 5 : 14 - 14 (0)

L'annonce diagnostic en psychiatrie, il faudrait une entrée dédiée au dossier médical, une consultation dédiée avec entretien famille, et il faudrait réussir un peu à la rendre obligatoire

Psy\Retranscription Psy 5 : 14 - 14 (0)

Ce serait vraiment l'idéal, ce serait même qu'on fasse un truc en lien avec le généraliste, faire un compte rendu de la consultation d'annonce.

Psy\Retranscription Psy 5 : 14 - 14 (0)

Imaginons une annonce donc médicale avec un systématiquement un entretien psychologue après où pourquoi pas en binôme infirmier psycho enfin je ne sais pas. Des choses qui se font un petit peu comme ça,

IDE\Re transcription IDE 4 : 9 - 9 (0)

Il n'y a rien de formaliser en fait

IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

Le patient demande ou la famille ou l'équipe se rend compte qu'il faut annoncer. Ce qui pourrait être pertinent. Moi, je pense que le lieu je ne sais pas si tu vois ce n'est pas évident parce qu'on se dit patient. Pour moi ce sont des patients que de toute façon tu vas prendre en charge sur un CMP. Ce qui serait pertinent, il faudrait qu'il puisse y avoir au moins un temps sur le CMP avec le patient, la famille, un infirmier et le médecin, et quelqu'un de l'hospitalisation ou quoi que les liens soient faits avec l'hospitalisation

IDE\Re transcription IDE 7 : 10 - 10 (0)

Je pense que c'est un temps qui doit être formalisé avec un soignant, un psychiatre

IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

Ça me paraît pertinent parce que ça éviterait peut-être des retards diagnostics

IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

Je n'y avais jamais réfléchi auparavant en fait mais peut-être qu'effectivement ça pourrait être judicieux parce que déjà ça pourrait, et pour les soignants qui participent et pour les patients. Ce serait plus facile pour tout le monde, je pense, parce que les soignants seraient plus formés, on va dire aussi pour les annonces

IDE\Re transcription IDE 10 : 9 - 9 (0)

Et étayer ça par de la neuropsych et étayer ça par du somatique, voire de la neuro, de l'imagerie, enfin faire une vraie consultation standardisée, bilan, stadification, annonce

Psy\Retranscription Psy 5 : 15 - 15 (0)

'un guide ça me paraît plus facile à mettre en place que le protocole où il y a ce côté un peu cadre, on est dans un cadre strict où il y a des étapes, on ne peut pas échapper aux étapes. Un guide effectivement, ça induit qu'on prend en compte la personne qu'on en fasse et plus un accompagnement quoi, ça me paraît bah mieux du coup. Beaucoup plus judicieux, on accompagne dans tous les cas nos patients, qu'il y est un guide d'accompagnement dans l'annonce de diagnostic, ça paraît bienveillant pour le coup

IDE\Re transcription IDE 10 : 11 - 11 (0)

Démarche éducative

On faisait plus quelque chose autour de l'éducation sur le trouble plus qu'une annonce diagnostic.

Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)

A mon avis si on donne la chance aux patients de comprendre ce que c'est que la schizophrénie, de comprendre quels sont les impacts, quels sont les risques, ça on le voit y a plein de programmes d'ETP

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

Je vais valider en fait ce que nous on a aperçu de leur trouble et je leur dis, voilà et après je peux les mettre sous forme de syndrome, syndrome dissociatif, syndrome hallucinatoire, dépression psychotique avec éléments psychotiques, et je dis pourquoi c'est, c'est ça

Psy\Re transcription Psy 9 : 2 - 2 (0)

Le gros axe de réussite il se situe dans l'explication ouais dans la compréhension de la maladie de l'individu

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

Je mets les mots en fait sur ce qu'ils vivent et ce qui les angoissent beaucoup

Psy\Re transcription Psy 9 : 3 - 3 (0)

Il puisse raccrocher ses symptômes au diagnostic qui n'a pas encore été nommé mais le but de cette consultation de restitution c'est qu'il puisse identifier lesquelles de ses difficultés peuvent être reliées à la pathologie

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Invariants

Je pense qu'on peut sortir des invariants de méthodes, de façon de faire, une co-construction avec ce que le patient à lui-même glané comme information, qu'est-ce qu'il a comme expérience de la maladie ? Et puis, nous, par rapport à ce qu'on connaît, un savoir plus, on va dire un savoir

Il puisse y avoir un délai maximum de non diagnostic qui ne soient pas dépassés, un délai de non annonce diagnostic

IDE\Re transcription IDE 7 : 12 - 12 (0)

plus médical et plus scientifique mais on va le faire un peu ensemble et on va s'ajuster quand même à ce qu'il peut entendre aussi

Psy\Re transcription Psy 9 : 5 - 5 (0)

Je pense qu'au bout de 2 ans si le patient est toujours avec des symptômes, enfin on se rend compte de symptômes.

IDE\Re transcription IDE 7 : 12 - 12 (0)

C'est beaucoup moins angoissant si on a quelque chose à quoi se référer pour tout le monde,

Psy\Re transcription Psy 9 : 7 - 7 (0)

Un guide ou des recommandations qui prendraient en compte la temporalité de la personne, avec un délai déterminé

IDE\Re transcription IDE 7 : 12 - 12 (0)

Je ne sais pas je me dis qu'il faudrait au moins que tous les ans on se pose la question : « qu'est-ce qu'il a comme maladie finalement ce patient ? » « Qu'est-ce qu'on lui dit ? » mais le cadre il ne doit pas s'arrêter à la consultation d'annonce l'année d'après il faut qu'on se questionne « est ce que, ce qu'on a dit c'est vraiment ce qui se passe ? » Deux ans plus tard est ce qu'il est vraiment schizophrène ce patient

Psy\Retranscription Psy 3 : 13 - 13 (0)

Il faudrait qu'au bout d'un an autour d'un staff mensuel on se requestionne vraiment : « Lui on avait dit qu'il risquait d'évoluer vers la schizophrénie est ce que c'est le cas ? » et l'année suivante si on estime que c'était une schizophrénie on se requestionne quand même que vraiment c'est une schizophrénie, « est ce que vraiment le traitement est toujours nécessaire ? »

Psy\Retranscription Psy 3 : 14 - 14 (0)

Oui le revoir c'est quasiment systématique on les voit pendant 3 ans mais le revoir oui, même s'ils vont très bien que le médecin ne les voit au moins deux fois par an

Psy\Retranscription Psy 3 : 14 - 14 (0)

Faut standardiser les pratiques d'une spécialité qui a l'impression qu'il ne faut pas standardiser

Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

On a besoin d'éléments, de trucs standardisés, reproductibles qu'on puisse déconstruire à l'aune de l'évidence de base médecine. On ne peut pas si les professionnels de psychiatrie n'en sont pas convaincus. Je pense qu'individualiser, pas une to do list, un protocole ou des grandes lignes d'annonce diagnostic c'est hyper important
Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

Protocole

par rapport au tous les critères qualité on développe de
Psy\Re transcription Psy 7 : 8 - 8 (0)

plus en plus de protocoles pour que voilà être irréprochable. Mais ça déshumanise tellement aussi la relation au patient
Psy\Re transcription Psy 7 : 9 - 9 (0)

Un protocole, on peut toujours s'y référer et bon, après on le suit, on ne le suit pas en fonction des situations, on peut le modifier en fonction de ce qu'on a vu, qui ne cadrerait pas avec la rigidité écrite du protocole. Mais je pense que ça, ça peut éliminer un certain nombre de problèmes de cette ordre-là
Psy\Re transcription Psy 8 : 6 - 6 (0)

S'il y a un protocole et que l'équipe et les gens savent où en est la personne par rapport à ça
Psy\Re transcription Psy 8 : 6 - 6 (0)

Je dirais on peut protocoliser le cadre, mais il n'y a pas de temporalité exacte, ça se construit dans le lien thérapeutique, il y a des patients à qui je pense on n'a jamais donné le diagnostic de toute façon
Psy\Re transcription Psy 9 : 5 - 5 (0)

Après nous je pense qu'on est assez en accord avec la manière dont on le fait mais effectivement peut être que s'il y avait un protocole ça éviterait de le faire peut-être de manière un peu sauvage
IDE\Re transcription IDE 5 : 6 - 6 (0)

je n'aime pas ce nom, mais un protocole même si enfin voilà c'est compliqué un protocole. Mais au moins avoir des choses, quelque chose sur lequel s'appuyait en fait. Ça pourrait aider je pense, ça pourrait aider dans des situations un peu complexes
IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

Je ne sais pas si on devrait l'appeler protocole.
IDE\Re transcription IDE 6 : 7 - 7 (0)

Le mot protocole ne fait pas l'unanimité en psychiatrie
IDE\Re transcription IDE 6 : 7 - 7 (0)

Une espèce de charte ou quelque chose comme ça, tu vois, quelque chose de très ouvert.
IDE\Re transcription IDE 6 : 7 - 7 (0)

Moi je suis fâché avec les mots protocoles, c'est à dire que ça évite d'attendre que le patient soit demandeur du diagnostic, soit non, on dit faut

Le cadre il permet qu'on se requestionne en permanence. Le truc qu'il faudrait protocoliser c'est ça

Psy\Re transcription Psy 3 : 13 - 13 (0)

le dire ou soit le médecin pense qu'il faut le dire mais personne n'est au courant

IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

Effectivement s'il y a un suivi CMP qui est prévu à la suite d'une hospitalisation. Ce serait plutôt judicieux, qui est quelque chose un peu protocole déjà pour nous savoir exactement qu'est ce qui a été dit au patient ou pas et puis pour pouvoir continuer dans la

IDE\Re transcription IDE 10 : 9 - 9 (0)

Même lignée après sur l'extra hospitalier, ouais ça pourrait être pas mal pour le patient tout simplement.

IDE\Re transcription IDE 10 : 10 - 10 (0)

Approche centrée patient

La reconnaissance d'une souffrance est d'abord liée au fait que le patient, à un moment donné, parvient à se décaler de lui-même, parvient à reconnaître quelque chose qui est de l'ordre de la souffrance

Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

Lui par la symptomatologie qu'il va nous décrire, quel sens ça prend pour lui ? Comment il organise finalement ces manifestations là et en s'appuyant finalement sur son vécu, alors, on adapte aussi notre discours pour mettre des mots. Alors à ce moment-là, on peut si c'est nécessaire, mettre un terme médical sur ces ressentis parce que comme ça, ça peut être aussi rassurant que du coup pour lui que ce qu'il ressent, c'est de l'anxiété, c'est de la dépression. En se basant, en s'appuyant sur vraiment sa clinique, sur sa manière à lui de vivre sa maladie.

Psy\Re transcription Psy 7 : 5 - 5 (0)

Le patient est beaucoup plus au cœur des pratiques

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Relation thérapeutique

C'est un moment qui ne se décrète pas en termes de protocole mais qui se vit dans la relation thérapeutique

Psy\Re transcription Psy 6 : 4 - 4 (0)

Mettre un mot sur la souffrance, c'est un outil de plus mais ce n'est pas la solution. La solution, elle vient, elle vient d'abord de la relation qu'on a avec le patient

Psy\Re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

Je n'ai pas vu de rupture de soin ou des personnes qui refusaient de revenir après une annonce.

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

Je crois que ce qui joue là-dessus, ce n'est pas tant l'annonce que ce que l'on propose : « on va vous accompagner de sorte que le premier épisode psychotique ne récidive pas ou de préserver votre insertion sociale ou préserver vos capacités, limiter l'impact de la maladie », ça ça permet de se projeter sur des mois, des années des perspectives et ça c'est souvent ce qui permet de travailler l'alliance

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

Temporalité

En intra particulièrement, il y avait des moments où les gens n'étaient pas prêts à entendre un diagnostic ou quoi

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

Chez certaines personnes, alors je préfère penser le moins fréquemment possible, mais parfois il vaut mieux le faire comme ça, il vaut mieux attendre un petit peu avant de pouvoir faire une annonce, diagnostic

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

L'apaisement, c'est la disponibilité du patient, c'est l'Alliance, la relation de confiance qui prend du temps et pour qu'il y ait une relation de confiance, faut qu'on ait été là de manière bienveillante, sans forcer les choses, voilà en respectant le temps que le patient a besoin d'avoir pour descendre tout doucement

Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

Recherche de compréhension

C'est surtout l'échange avec le patient, savoir un peu ce que cela veut dire pour lui, ce qu'il en comprend

Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Je leur remets un petit document avec ce que ce que la schizophrénie

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

Après c'est à chaque rendez-vous, je leur redemande à chaque fois, qu'est-ce qu'ils ont compris ?

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

C'est même simplement leur demander de faire un résumé de la précédente consultation

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

C'est qu'il en ressent les bénéfices pleins entiers et qu'ils ne soient pas dans l'idée de le subir parce que c'est ça qui est parfois aussi compliqué chez les patients, c'est quand ils n'ont pas complètement non plus intégré cette maladie, ils prennent les choses à l'envers. C'est à la limite le traitement qu'on impose qui est mal vécu et qui les rend malade et ils oublient que c'est parce qu'ils étaient malades que finalement ils sont venus à l'hôpital qu'il a fallu mettre un traitement

Psy\Re transcription Psy 7 : 6 - 6 (0)

J'ai l'habitude de faire des TCC donc normalement c'est fin d'entretien début de l'entretien suivant, c'est qu'est-ce que j'ai dit aujourd'hui, qu'est-ce qui vous a intéressé sur quoi vous êtes d'accord ? Pas d'accord les critiques et l'entretien d'après, c'est qu'est-ce que vous avez retenu ? Sur quoi vous êtes d'accord, pas d'accord. Quelles ont été vos recherches ?

Psy\Re transcription Psy 8 : 5 - 5 (0)

C'est plutôt la compréhension de la symptomatologie et de l'évolutivité qui va comprendre

Psy\Re transcription Psy 8 : 7 - 7 (0)

Moi j'essaye quand même toujours de donner un terme médical, un avis en tant que médecin et après d'utiliser un mot plus simple pour eux

Psy\Retranscription Psy 3 : 5 - 5 (0)

Par exemple la première patiente du service à qui l'on a fait, ce que l'on aurait appelé une annonce diagnostic, je l'ai vue avec son père et l'on a très clairement parlé de schizophrénie. Je l'ai revue trois semaines après et elle me dit « j'ai compris que j'avais une dépression ». Donc c'est toujours un peu surprenant de savoir ce qu'ils retiennent de ce qu'on dit, alors que je n'ai pas prononcé le mot dépression pendant l'entretien

Psy\Retranscription Psy 3 : 5 - 5 (0)

Je crois qu'elle arrive en tout cas elle parle de tous ses symptômes qui n'ont rien avoir avec la dépression. Elle peut nous en parler, elle peut parler du traitement dont elle sait que c'est un antipsychotique

Psy\Retranscription Psy 3 : 5 - 5 (0)

Le « case manager » refait le point avec le patient

Psy\Retranscription Psy 3 : 6 - 6 (0)

C'est tout ce qu'on disait tout à l'heure, relier leurs difficultés à une pathologie, comprendre l'intérêt du traitement comprendre l'intérêt des soins pour justement ralentir l'évolution de la pathologie tout l'enjeu de ça c'est ralentir l'évolution de la pathologie mais de patients que l'on n'arrive pas à capter qui sont toujours à droite à gauche.

Psy\Retranscription Psy 4 : 7 - 7 (0)

Après je le fais assez souvent, je re questionne le diagnostic face aux personnes, je leur demande toujours vous avez quoi ? qu'est-ce qu'on vous a posé quoi comme diagnostic ? dans quoi vous vous retrouvez dans ce diagnostic, qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? Non ce n'est pas que vous avez deux personnalités, est ce que vous avez déjà eu des hallucinations, est ce que vous avez déjà déliré ?

Psy\Retranscription Psy 5 : 14 - 14 (0)

Informations délivrées

C'est vraiment un entretien d'annonce où je donne le diagnostic et je donne comment j'y suis arrivé à mon diagnostic avec les différents éléments

Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Si une fois que ça a été fait, et que je n'ai pas d'argument pour autres choses que la schizophrénie je vais faire l'annonce si j'ai des arguments pour autre chose, il m'arrive de faire, d'expliquer aux patients la démarche de diagnostic différentiel et d'échanger avec lui en fait sur les différentes hypothèses

Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

pour qu'on puisse avancer en fait sur le choix de la prise en charge thérapeutique

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

C'est que j'évoque le diagnostic en précisant quels symptômes du patient me font penser à cette conclusion-là

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

Est-ce que vous rencontrez ça ? Est-ce que vous rencontrez ça ? voilà, OK, on a exploré tout ça, donc on a pu éliminer tous ses symptômes là. On a éliminé les causes organiques, etc. et je fais la présentation en fait comme ça, au fur à mesure, je leur dis, mais je commence par le diagnostic par contre

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

Les symptômes, l'évolution, le traitement et puis en essayant quand même de normaliser ce que la personne vit

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

insister sur le caractère, pathologie du cerveau plutôt que sur les aspects psychologiques en insistant sur la normalisation de la symptomatologie

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

J'explique quand même le terme, parce que schizophrénie, c'est un mot qui est passé dans le langage courant

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

C'est mieux de parler de troubles, mêmes troubles schizophréniques ou moment schizophrénique ou moment de désorganisation qu'on peut appeler schizophrénie

Psy\Re transcription Psy 8 : 4 - 4 (0)

En tout cas aborder le sujet, après schizophrénie, bon voilà, c'est un terme qui existe, etc., donc on ne va pas le rejeter, mais ce n'est pas là-dessus qu'on va faire le soin donc je pense que se crisper sur le terme ce n'est pas forcément très intéressant même si ça donne un cadre important parce qu'ensuite ils vont le retrouver à la MDPH, ils vont le retrouver sur la plaquette de médicaments donc-il faut bien qu'on en parle

Psy\Re transcription Psy 8 : 7 - 7 (0)

On se dit il faudrait peut-être qu'on dise qu'il s'agit d'une schizophrénie parce que le patient a beaucoup de mal à adhérer aux soins et ne comprend pas bien ce que l'on fait

Psy\Retranscription Psy 3 : 2 - 2 (0)

Il y a des patients qui disent « mes hallucinations » qui utilisent comme ça un des symptômes qui représentent pour eux vraiment leur maladie et parfois quand c'est plus simple j'utilise cela plutôt que de redire schizophrénie mais y'a toujours un moment quand même où il y a un terme médical

Psy\Retranscription Psy 3 : 5 - 5 (0)

La façon dont on présente les choses pour cette évaluation c'est faire le point sur l'ensemble des symptômes qui sont présentés et la chronologie l'ordre d'apparition des symptômes. Du coup moi la façon dont je le présente c'est très axé sur la symptomatologie et ça permet qu'il puisse verbaliser sur toutes les choses bizarres qui leur sont arrivées

Psy\Retranscription Psy 4 : 1 - 1 (0)

Je leur dis que ça fait partie de troubles psychotiques et que la psychose est une pathologie qui entraîne un risque de perte de contact avec la réalité c'est comme ça que je défini la psychose auprès d'eux

Psy\Retranscription Psy 4 : 2 - 2 (0)

Et que cette perte de contact avec la réalité est en lien avec les symptômes qu'ils présentent : les hallucinations, les idées délirantes. Et après je présente le versant plus négatif de la symptomatologie négative : repli que soi, apragmatisme, troubles cognitifs aussi parce que dans le bilan on fait un bilan neuro psychologique.

Psy\Retranscription Psy 4 : 2 - 2 (0)

Je parle de vulnérabilité, de fragilité, qui risque d'évoluer vers un trouble psychiatrique avéré et dont l'on va surveiller l'évolution

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Transition psychotique nous on considère que la transition psychotique elle a eu lieu quand ils ont fait leur premier épisode psychotique mais par contre ça n'évolue pas forcément vers la schizophrénie. C'est ça qu'on leur dit il y a eu un premier épisode psychotique il peut y en avoir un deuxième. Ce qu'il faut c'est le suivi, le traitement et l'on fait pas mal de prévention sur le cannabis, c'est quand même très déclencheur de décompensation

Psy\Retranscription Psy 4 : 4 - 4 (0)

On est obligé d'expliquer le diagnostic, le diagnostic qui se fait sur des arguments de temps et de durée, des arguments de fréquence, sur la symptomatologie et sur l'évolution. Donc on est rarement sur une annonce 100% fiable, surtout en psychiatrie où la corrélation entre les diagnostics prend beaucoup de temps

Psy\Retranscription Psy 5 : 7 - 7 (0)

Y a certains patients qui apprécient qu'on leur dise les choses, est ce que je peux trouver un exemple, je n'en ai pas de très saillant. Cette dame bipolaire qui est arrivée avec un état de manie, avec délire de persécution et mégalomane, qui est arrivée vraiment en difficulté, là pour le coup on a mis d'emblée un ttt thymorégulateur, elle a d'emblée questionné pourquoi un ttt thymorégulateur « chui bipolaire » ben on ne peut pas trop dire non dans le contexte là. Euh là aussi ça a été un travail d'éducation, elle ne souhaite pas être suivie par qqn d'autre que moi-même même si je crois dans la répartition elle n'est pas pour moi et au contraire le fait d'avoir été honnête avec elle à lier une relation d'alliance thérapeutique qui est quasi à toute épreuve.

Psy\Retranscription Psy 5 : 9 - 9 (0)

Après je le fais assez souvent, je re questionne le diagnostic face aux personnes, je leur demande toujours vous avez quoi ? qu'est-ce qu'on vous a posé quoi comme diagnostic ? dans quoi vous vous retrouvez dans ce diagnostic, qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? Non ce n'est pas que vous avez deux personnalités, est ce que vous avez déjà eu des hallucinations, est ce que vous avez déjà déliré ?

Psy\Retranscription Psy 5 : 14 - 14 (0)

Acteur

Le patient est acteur de sa vie, de sa maladie mais on est quand même un peu aux commandes d'une certaine façon en le guidant, en organisant les choses quand il est justement défaillant de ce côté-là. Tout ça pour l'amener à ressentir davantage de confiance pour gagner quelque part en autonomie et être capable de dire à un moment donné, vous m'emmerdez avec vos médicaments et d'aller accueillir ça, on comprend que ce soit très pénible, mais en même temps, voilà, est-ce que vous êtes prêt à tout arrêter parce que c'est chiant, une injection ou machin et de subir ça tout le temps ou d'être dévasté par les hallucinations par quelque chose qui va vous décrocher complètement de la réalité et vous isoler et vous faire énormément souffrir.

Psy\Re transcription Psy 7 : 9 - 9 (0)

Voire même le rendre plus acteur du coup

IDE\Re transcription IDE 4 : 8 - 8 (0)

Ils ont été cherchés sur Internet et puis ils ont le traitement antipsychotique, souvent sous injection

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

S'il va être beaucoup plus acteur, je pense après de sa prise en charge beaucoup plus demandeur de s'inscrire dans des groupes de réhabilitation, de remédiation

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

Le paradigme a beaucoup changé. C'est lui qui doit être acteur de sa prise en charge et donc il a une place quand même centrale, où il est décideur

IDE\Re transcription IDE 7 : 8 - 8 (0)

Il a une place maintenant, de décideurs, d'acteurs de sa prise en charge et de sa maladie

IDE\Re transcription IDE 7 : 8 - 8 (0)

Impact

Mais aujourd'hui, ce que je sais c'est qu'effectivement ça soulage certains de nommer leurs symptômes et ils trouvent beaucoup bipolaire ou borderline, parce que c'est dans l'air du temps, au fond

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

J'ai eu l'impression qu'il y avait plutôt des impacts positifs

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

On met un mot sur ce qu'il présente et que c'est, ça veut dire qu'ils ne sont pas fous en fait. Ils ont bien quelque chose qui est bien identifié et ce n'est pas l'inconnu. La plupart, ils sont plutôt soulagés

, je dirais plutôt positive, en fait, ça permet ... surtout quand, enfin le patient se sent accompagné en fait, il est sûrement plus en confiance après ; et bien il sait de quoi on parle, il sait de quoi il souffre et il fait des liens je pense avec... Même les propositions qu'on peut lui faire et tout ça, je pense que ça peut faciliter ça, même la proposition, oui, de programme de soins enfin des activités, de la prise en charge, de la prise en soin

IDE\Re transcription IDE 4 : 7 - 7 (0)

■ Mémo 57

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

On a fait tout le processus de diagnostic ensemble et, etc. et à la fin ils étaient plutôt contents en fait d'avoir un diagnostic, d'avoir un nom sur ce qui leur fait du mal depuis 10 ans pour certains

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

Pour l'intra, c'était un petit peu différent, globalement, je trouve que ça restait quand même positif, et il y avait quelques fois de la grosse réactance

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

Il trouvait ça très violent comme maladie, puis finalement à force de discussion, on a pu assouplir un petit peu tout ça, mais c'était globalement, c'est plutôt bien reçu je trouve.

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

Ça aura un impact quel que soit l'impact. Qu'il soit bénéfique ou je ne veux pas dire maléfique, mais en tout cas si l'impact est vraiment dévastateur. Il faut qu'on soit dans cette anticipation-là, c'est indispensable pour moi en tant que médecin, d'aller vraiment au-delà, d'anticiper sur l'impact hypothétique

Psy\Re transcription Psy 7 : 8 - 8 (0)

Il y a quand même un travail de deuil à faire et y a un travail de deuil de la bonne santé, quelle que soit, ce n'est pas spécifique à la psychiatrie, c'est le cas pour n'importe quelle maladie, quand on vous annonce une maladie chronique, il y a un travail de deuil à faire du corps sain et du corps qui fonctionne de manière autonome et sans l'aide de quiconque ni de quelques médicaments

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

Ça a eu un impact je dirais plutôt positif parce que déjà, au niveau de la famille par exemple soit le patient est mineur et du coup les parents sont là aussi à l'annonce diagnostic, soit il est majeur et probablement qu'on a aussi reçu l'aidant ou les parents

IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

L'impact il peut être dévastateur, il peut être difficile à accepter. La personne peut ne pas se reconnaître non plus, être dans le déni total aussi on m'a dit que mais non, je ne suis pas comme ça

IDE\Re transcription IDE 6 : 6 - 6 (0)

L'impact il peut être très stigmatisant, mais il peut être aussi d'un autre côté très positif pour pouvoir aussi commencer à vivre avec sa maladie et là, il faut du temps-là vraiment là pour moi, le temps est important parce qu'on sait très bien que ça ne se fait pas tout de suite

IDE\Re transcription IDE 7 : 9 - 9 (0)

Ils étaient soulagés. Ce sera toujours positif, quoi qu'on puisse annoncer pour moi c'est positif.

IDE\Re transcription IDE 8 : 10 - 10 (0)

c tu as ce laps de temps, un peu de souffrance en fait individuel et familial qui est plus long, mais du coup ça les a soulagés en fait de pouvoir mettre un nom et de ce que j'ai compris le médecin a vraiment repris en fait avec le patient tous les symptômes qu'il avait pu présenter et dont ceux qui présentaient encore actuellement, voilà, et ça a apaisé vraiment toute la situation à ce moment-là

IDE\Re transcription IDE 9 : 5 - 5 (0)

Effectivement, si tu balances comme ça, schizophrénie c'est terrible en fait, si tu n'expliques pas et si tu ne fais pas de lien avec ce qu'il ressent

C'est les effets quand même du deuil il peut y avoir du déni, de la colère, de la souffrance morale, de la dépression

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

IDE\Re transcription IDE 9 : 6 - 6 (0)

Dans les entretiens que je fais, déjà d'être entendu, ça les soulage et qu'on puisse mettre des mots sur ce qu'il ressent

IDE\Re transcription IDE 9 : 12 - 12 (0)

Et puis l'acceptation mais il y a les 5 temps du deuil quand même : c'est le deuil du corps, du corps qui va bien, du corps sain, de celui qui a besoin de rien ni de personne, donc ça je pense que c'est incontournable et c'est aussi pour ça qu'on prend le temps, parce que souvent le processus de deuil il a débuté avant même qu'on ait donné le diagnostic, les gens se rendent bien compte qu'ils ont besoin d'un traitement et en fait le diagnostic on le formule au fur et à mesure que ce travail de deuil est en train de se faire et quand ils sont vraiment dans le déni total de la maladie, leur asséner absolument que si ils sont malades, ça va, on sait très bien que ça ne va pas marcher.

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

■Mémo 84

Deux cas de figure soit ça les soulage parce qu'un nom est posé sur quelque chose qu'on ne connaît pas mais qui le met très en difficulté depuis des mois et très souvent vraiment ça vient d'eux la question

Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

Quand on le confirme ce n'est pas une bonne nouvelle mais ça soulage quand même les patients d'avoir un nom de ce qui les met en difficultés puis ils ont aussi le sentiment que si on sait mieux ce qu'ils ont on pourra mieux les accompagner c'est d'ailleurs un argument.

Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

Quand on peut nommer ce qui se passe c'est plus facile de proposer quelque chose d'adapté

Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

C'est quand les patients découvrent à ce moment-là que les difficultés qu'ils traversent sont des difficultés graves. C'est souvent les parents car le patient me demande « dites à mes parents ce que j'ai car ils ne comprennent pas ils ne voient pas que c'est grave ils ne comprennent pas à quel point je vais mal ».

Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

Souvent c'est un effet d'apaisement effectivement d'en avoir parlé

Psy\Retranscription Psy 4 : 1 - 1 (0)

J'ai fait une restitution, avec un jeune de 18 ans. J'ai parlé de premier épisode psychotique et alors lui il avait pu vachement verbaliser ses difficultés car j'avais repris ça en début de la consultation il s'exprimait assez bien et là il a commencé à avoir les larmes aux yeux et il n'a pas dit grand-chose. Il a dit qu'il s'en doutait et que la prise en charge le rassurait mais ça s'est arrêté là

Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

On a parlé de schizophrénie il y'a un peu plus de 6mois maintenant, entre 6 mois et 1 an. Il se défend beaucoup de ça, il adhère beaucoup au discours du père. Le père, dit que ce n'est pas de la schizophrénie et lui le patient je crois qu'il est capable, et c'est assez intéressant, il est capable de dire « oui ce sont les symptômes de la schizophrénie » et en même temps il ne se soit pas du tout approprié le diagnostic

Psy\Retranscription Psy 4 : 4 - 4 (0)

Le patient ça dépend du degré d'insight, ça dépend de l'alliance, ça dépend de la confiance dans le soin, ça dépend du côté un peu pas dire conspirationnisme mais du fond paranoïaque que peut avoir le patient et puis effectivement des expériences éventuelles, la signification qu'il met derrière ses expériences. Psy\Retranscription Psy 5 : 8 - 8 (0)

Demande

Il y a des gens qui peuvent demander mais c'est surtout pour ne pas savoir. Ça, c'est l'inconscient si vous voulez, on peut demander des trucs, surtout pour que l'autre ne réponde pas positivement

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

C'est hyper important de respecter avant tout aussi la demande du patient parce que parfois, certains patients seront rassurés d'obtenir un diagnostic parce qu'enfin, ça permet de mettre une maladie sur ce qu'il ressent ça, ça borde la souffrance, ça donne du sens au traitement qu'on va prescrire à la prise en charge qu'on va effectuer et donc voilà, ça devient cohérent

Psy\Re transcription Psy 7 : 1 - 1 (0)

Quelle que soit la demande, il faut l'accueillir parce que sinon ... je veux dire dans l'alliance thérapeutique, il y a quelque chose qui va manquer de fluidité si on n'est pas en mesure d'accueillir une demande et puis aussi de s'en décaler

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Certains patients peuvent arriver à le demander directement de façon spontanée

IDE\Re transcription IDE 4 : 7 - 7 (0)

C'est eux qui questionnent un diagnostic, ils s'en doutaient et ça n'a pas été une surprise et puis y avait une demande de leur part d'avoir un nom sur leur trouble et ça allait souvent aussi avec le moment où on va faire une demande de dossier MDPH

IDE\Re transcription IDE 5 : 3 - 3 (0)

Il faut que le patient soit en demande

IDE\Re transcription IDE 6 : 5 - 5 (0)

Un patient qui est demandeur d'un diagnostic, c'est un patient qui est dans un processus de compréhension et donc une recherche de compréhension, tu es déjà dans une forme d'acceptation de maladie et donc peut-être d'acceptation d'un traitement, d'un suivi, de tout le chamboulement que ça va faire dans ta vie

IDE\Re transcription IDE 6 : 5 - 5 (0)

Il peut y en avoir dans le sens où quand le patient est demandeur d'un diagnostic, la collaboration, enfin, c'est presque la collaboration entre guillemets

IDE\Re transcription IDE 7 : 8 - 8 (0)

Consentement

Il faut un accord minimal avec le patient en tout cas.

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

On leur demande en tout cas leur accord pour parler

IDE\Re transcription IDE 3 : 6 - 6 (0)

J'ai l'habitude de faire des TCC donc normalement c'est fin d'entretien début de l'entretien suivant, c'est qu'est-ce que j'ai dit aujourd'hui, qu'est-ce qui vous a intéressé sur quoi vous êtes d'accord ? Pas d'accord les critiques et

■Mémo 50

l'entretien d'après, c'est qu'est-ce que vous avez retenu ? Sur quoi vous êtes d'accord, pas d'accord. Quelles ont été vos recherches ?
Psy\Re transcription Psy 8 : 5 - 5 (0)

S'il est majeur, on est obligé en tout cas de lui demander son accord IDE\Re transcription IDE 3 : 6 - 6 (0)

Il y a le consentement aussi du patient il faut qu'il soit Ok
IDE\Re transcription IDE 8 : 7 - 7 (0)

Le patient était toujours au courant que c'était un entretien famille quand s'il y avait un entretien avec les membres de la famille ou le conjoint, il était toujours informé de la présence des membres de la famille et il devait donner son accord, c'était important
IDE\Re transcription IDE 10 : 3 - 3 (0)

Espoir

Enfin voilà, qu'il comprenne que portait cette maladie ce n'est pas une fatalité, ce n'est pas quelque chose qu'il doit subir. Il a cette pathologie comme on a une hypertension artérielle. Ça implique un traitement au long cours d'être suivi régulièrement mais avec l'idée qu'avec la maladie, il puisse quand même continuer son parcours de vie
Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

Quand on est capable de remettre les choses comme ça dans une perspective qui va être parlante pour le patient
Psy\Re transcription Psy 7 : 9 - 9 (0)

□Mémo 97

Donner en fait un espoir de l'amélioration sur les symptômes ensuite, expliquer qu'il peut y avoir certaines hypothèses, que l'hypothèse privilégiée, c'est une schizophrénie, ou en tout cas dans un premier temps, parler de moment schizophrénique
Psy\Re transcription Psy 8 : 1 - 1 (0)

une chronicité irréversible quelque part enfin, donc du coup faut, voilà faut essayer d'en parler avec de les réassurer, de dire que bon, sans parler de guérison qu'il y a un espoir de de stabilité quoi, et qu'il faut laisser de l'espoir parce que sinon condamner comme ça un jeune de 18 ans, parce que nous, on est chez les adultes, mais condamner un jeune de 18 ans ou 25 ans comme ça à une maladie chronique qui est si stigmatisée, ça peut être d'une telle violence que il faut laisser un espoir de de stabilité et de qualité de vie
IDE\Re transcription IDE 3 : 3 - 3 (0)

Je pense après une stabilité clinique et si on respecte l'idée de quand même donner un peu d'espoir, c'est quand on voit que la personne est mieux sous traitement. Parce quand même le but, ça n'a pas d'intérêt de donner des diagnostics si on n'a pas de thérapie associée.

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

J'essaye de terminer avec les points forts en insistant « vous avez des ressources que vous pouvez utiliser ». L'idée s'est de préserver ces ressources-là

Psy\Retranscription Psy 4 : 2 - 2 (0)

Oui y'a des mots que l'on connaît et il y a d'autres gens qui souffre de ça et ça permet de donner des perspectives. Ça permet de dire oui ce n'est pas une maladie inévitable, on peut proposer des choses

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

Confiance

, je ne peux pas le savoir d'emblée, c'est souvent un travail de longue haleine avec le patient et à un moment, il faudra nommer quelque chose de quoi je souffre, comme l'autre qui est autiste avec hallucination, ça lui convenait parfaitement et à partir de là, elle m'a fait tout à fait confiance

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Le patient qui disait qu'il était plutôt satisfait d'avoir eu nom de poser et du coup on sent qu'il y a une certaine confiance qui peut en résulter et je pense qu'il y a aussi une certaine ouverture

Psy\Re transcription Psy 2 : 8 - 8 (0)

Et le bon moment encore une fois, c'est la relation de confiance. Si la relation de confiance n'est pas là, c'est une agression, c'est d'abord une agression.

Psy\Re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

Quand l'annonce est faite c'est que le généralement le patient est déjà là depuis quelques temps, la confiance est déjà installée donc je n'ai pas l'impression que ça modifie tant la relation ça va peut-être même la renforcer puis ça va nourrir plus d'échanges

IDE\Re transcription IDE 2 : 7 - 7 (0)

Je pense que déjà y a la confiance

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

C'est une relation de confiance, un peu quoi, comme les difficultés de la maladie ont été reconnues et validées, ben le patient va se sentir en confiance et il pourra mieux s'appuyer sur nous, donc ça renforce peut-être l'alliance aussi je pense

IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

Un cadre est posé avec des patients sans aucun problème, s'il y a un lien de confiance, sinon c'est l'autorité

Psy\Re transcription Psy 6 : 10 - 10 (0)

Après, je pense que le soignant qui est là à l'annonce sera peut-être un soignant, un peu plus privilégié dans la relation, il y aurait une relation de confiance qui pourrait plus s'instaurer avec ce soignant-là

IDE\Re transcription IDE 6 : 6 - 6 (0)

Il y a eu qq situation où je me disais mais comment je vais l'annoncer, comment je vais faire comprendre au paranoïaque qu'il est délirant, et parfois on peut être extrêmement surpris, là où on avait anticipé une réaction avec peut-être de l'agressivité, sthénicité, et bien au contraire, c'est accueilli hyper simplement parce que je pense que le lien est là et que du coup, la confiance étant là il n'est pas forcément dans une représentation péjorative telle qu'on avait pu peut-être l'envisager. Psy\Re transcription Psy 7 : 8 - 8 (0)

□Mémo 96

En fait c'est la question de la confiance dans l'annonce, il faut que le professionnel se sente en confiance pour dire les choses et aussi que le patient enfin que le patient en même temps ait envie d'être en confiance avec le soignant.

Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

Faut lui expliquer que non ce n'est pas le cas, en fait il faut avoir confiance en le patient, il faut que le patient ait confiance en nous.

Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

Alliance

L'alliance se fait petit à petit et parfois, elle peut se faire encore mieux une fois que l'annonce est faite

Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

C'est une phase de renforcement de l'alliance, du lien qu'il a avec nous, réellement qu'autre chose. Soit ça ne la modifie pas soit ça renforce.

IDE\Re transcription IDE 2 : 7 - 7 (0)

C'est que s'ils n'adhèrent pas au terme schizophrénie, il faut qu'ils adhèrent à l'essentiel, c'est à dire au fait que qu'est-ce qui est important qu'il surveille ? qu'est-ce qu'il est important qu'il comprenne sur le traitement

Ils sont un peu contents qu'on vienne valoriser enfin qu'on vienne valider un peu le handicap IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

? et qu'est-ce qu'il est important qu'il comprenne sur l'évolution ? possible.
C'est plutôt ça le problème

Psy\Re transcription Psy 8 : 7 - 7 (0)

Alors par expérience, je trouve que ça favorise l'alliance quand on l'accompagne la formulation d'un diagnostic difficile parce qu'on devient un repère rassurant, de confiance et de confiance aussi pour un patient qui est un peu abattu quand même

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

Je crois que ce qui joue là-dessus, ce n'est pas tant l'annonce que ce que l'on propose : « on va vous accompagner de sorte que le premier épisode psychotique ne récidive pas ou de préserver votre insertion sociale ou préserver vos capacités, limiter l'impact de la maladie », ça ça permet de se projeter sur des mois, des années des perspectives et ça c'est souvent ce qui permet de travailler l'alliance

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

L'alliance, ne se fait jamais sur une seule consultation elle se fait parce qu'il y a eu plusieurs consultations, qu'il y a une espèce de constance dans ce qu'on va dire et que si on répète la même chose c'est que cela est un peu vrai

Psy\Retranscription Psy 4 : 8 - 8 (0)

Y a certains patients qui apprécient qu'on leur dise les choses, est ce que je peux trouver un exemple, je n'en ai pas de très saillant. Cette dame bipolaire qui est arrivée avec un état de manie, avec délire de persécution et mégalomane, qui est arrivée vraiment en difficulté, là pour le coup on a mis d'emblée un ttt thymorégulateur, elle a d'emblée questionné pourquoi un ttt thymorégulateur « chui bipolaire » ben on ne peut pas trop dire non dans le contexte là. Euh là aussi ça a été un travail d'éducation, elle ne souhaite pas être suivie par qqn d'autre que moi-même même si je crois dans la répartition elle n'est pas pour moi et au contraire le fait d'avoir

C'est une relation de confiance, un peu quoi, comme les difficultés de la maladie ont été reconnues et validées, ben le patient va se sentir en confiance et il pourra mieux s'appuyer sur nous, donc ça renforce peut-être l'alliance aussi je pense

IDE\Re transcription IDE 5 : 5 - 5 (0)

Je pense qu'on serait plus dans une forme d'alliance

IDE\Re transcription IDE 6 : 6 - 6 (0)

Une collaboration. Il y a surtout l'alliance, faut quand même essayer de garder une alliance avec ce patient et éviter au maximum les ruptures de soins.

IDE\Re transcription IDE 7 : 9 - 9 (0)

Elle est plus soudée et puis on peut discuter sans être dans une négociation où là on est vraiment dans une voilà dans un échange, c'est un échange thérapeutique

IDE\Re transcription IDE 7 : 10 - 10 (0)

On essaye de créer une alliance

IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

été honnête avec elle à lier une relation d'alliance thérapeutique qui est quasi à toute épreuve.

Psy\Retranscription Psy 5 : 9 - 9 (0)

Savoir expérientiel

Et puis j'avais vu qu'elle avait d'autres façon de faire avec le monde qui était de l'ordre de son invention et qu'il fallait absolument qu'elle conserve

Psy\re transcription Psy 1 : 3 - 3 (0)

C'était peut-être partir déjà des éléments du patient, du ressenti du patient, venir le faire se questionner peut-être

IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

Elle a des inventions qui m'avaient paru importante bon à sauvegarder

Psy\re transcription Psy 1 : 3 - 3 (0)

C'est la personne qui se connaît au mieux et du coup en tout cas moi, souvent je leur dis que je leur fais confiance parce que c'est eux qui se connaissent le mieux. Ils savent comment ils se sentent, ce qui peut les soulager à ce moment-là

IDE\Re transcription IDE 9 : 9 - 9 (0)

En fait, je trouve que c'est très intéressant quand il se nomme eux-mêmes, parce qu'ils le savent, qu'ils sont qu'ils sont, tous le savent

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

S'ils ont la plupart du temps des compétences à mon avis, pour se soigner eux-mêmes avec notre aide parce que ça ne s'invente pas tout seul des solutions, il faut c'est ça le transfert et c'est bien plus intéressant que de dire qu'il est schizophrène

Psy\re transcription Psy 1 : 14 - 14 (0)

Je ne sais pas comment le dire mais de le croire déjà. En fait, c'est quand il y a une certaine plainte spécifique, aussi bizarre qu'elle puisse paraître, c'est de croire en ce qu'il dit et de ne pas juger son expérience

Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

Ils peuvent apporter des expériences très bizarre et très étonnante, mais c'est de pas assumer de ce que ça peut-être de chose avant, de prendre en compte leur point de vue sur ce que c'est.

Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

C'est toujours bien de dire voilà, qu'est-ce que vous savez de cette pathologie ? Est-ce qu'il y a des gens qui ont eu ça, mais c'est pareil pour la dépression. Quand on dit aux gens, voilà qu'est-ce que vous pensez que j'ai docteur ?

Psy\Re transcription Psy 8 : 4 - 4 (0)

Je pars de l'expérience du patient, de l'expérience de qu'est-ce qu'il vit ? Est-ce qu'il vit des hallucinations ? Est-ce qu'il vit la désorganisation ? Est-ce qu'il vit de l'anxiété ? Est-ce qu'il vit ... ? enfin ce qu'il ressent.

Psy\Retranscription Psy 5 : 7 - 7 (0)

Moi je me base sur les expériences du patient, enfin sur le vécu du patient, sur ce qu'à constater la famille et la plupart je replace ça dans ma grille diagnostic

Psy\Retranscription Psy 5 : 8 - 8 (0)

Ils savent même mieux que nous les effets indésirables des médicaments parce qu'ils les prennent, donc évidemment qu'ils savent qu'il y a un trouble délirant chronique, alors ils n'ont pas les mots, ils disent que ces des voix dans la tête

Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

Acceptation

Et après tout quand il dit Border Line, lui il accepte d'avoir un psychiatre, de prendre les neuroleptiques

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

il y avait des symptômes que moi, je repérais et qui appartenais à ce même syndrome du coup on pouvait en discuter comme ça en fait, et il le prenait, parce qu'il pouvait se braquer en fait quand on parlait de schizophrénie en intra ou quelque chose comme ça et il a fallu qu'on prenne un temps de pour parler comme tu disais pour discuter de manière plus apaisée autour de son diagnostic

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

il peut se reconnaître dans une liste de symptômes

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

, je pense que plus on le fait plus c'est accepté rapidement, enfin, moins on est dans le déni, plus on accepte vite. Je pense que là la prise en charge future, elle peut être qu'améliorer, l'acceptation du traitement enfin

IDE\Re transcription IDE 3 : 3 - 3 (0)

, ils acceptent mieux puisqu'ils ont pu préciser eux-mêmes ce qu'ils pensaient avoir et soit ça a été validé, soit un petit peu préciser mais du coup ils sont d'accord avec ça

Il trouvait ça très violent comme maladie, puis finalement à force de discussion, on a pu assouplir un petit peu tout ça, mais c'était globalement, c'est plutôt bien reçu je trouve.

Psy\Re transcription Psy 2 : 7 - 7 (0)

Le patient il comprend ce qu'il peut mais ce n'est pas un terme cognitif, c'est en termes d'acceptation, on peut tout à fait comprendre, mais accepter c'est autre chose

Psy\Re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

On passe à une autre séquence, qui est l'acceptation des choses comme elles sont, et un travail de deuil quand il se fait, qu'il évolue et qu'il se fait vraiment, bah c'est toujours positif, ça s'appelle du renoncement en psychothérapie, renoncer c'est grandir

Psy\Re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

À chaque fois moi quand je dis ce que je comprends de ce que vous me dites voilà et je formule et je dis ça s'appelle comme ci ou comme ça. Est-ce que je vous dis là, est-ce que ça fait écho ? est-ce que c'est ce que vous vivez ? est-ce que ça ressemble à ce que vous vivez ?

Psy\Re transcription Psy 9 : 3 - 3 (0)

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

Un patient qui est demandeur d'un diagnostic, c'est un patient qui est dans un processus de compréhension et donc une recherche de compréhension, tu es déjà dans une forme d'acceptation de maladie et donc peut-être d'acceptation d'un traitement, d'un suivi, de tout le chamboulement que ça va faire dans ta vie

IDE\Re transcription IDE 6 : 5 - 5 (0)

éducation thérapeutique. Tu vois ce sont des choses où maintenant je me dis que nous sommes en retard. Il faut qu'on puisse le mettre en place justement pour aider, je pense dans l'acceptation de la maladie

IDE\Re transcription IDE 7 : 6 - 6 (0)

■Mémo 67

Je trouve des soins en tout cas pour la plupart que quand ils sont au début de maladie ou ils sont beaucoup quand même dans le déni des troubles, on voit bien que l'acceptation de la maladie ne se fait pas forcément toujours très rapidement en tout cas à l'époque. Les leviers pour améliorer ça, pour moi, sont toutes les thérapies un peu nouvelles qui sont mises en place d'éducation thérapeutique parce que vraiment là, c'est en lien avec une maladie chronique

IDE\Re transcription IDE 7 : 7 - 7 (0)

■Mémo 68

Je pense l'acceptation du patient, je pense qu'il peut plus facilement entendre un diagnostic qui peut être vécu comme difficile si c'est expliqué par quelqu'un ou plusieurs personnes qui l'ont accompagnée

IDE\Re transcription IDE 9 : 10 - 10 (0)

■Mémo 77

Rétablissement

Si on entend chaque sujet, il a un tas de possibilités d'inventer, de se soigner lui-même, de se traiter et ça qui m'intéresse bien sûr qu'il faut un traitement

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

Ça m'a fait un peu percuter sur le fait qu'alors on est vachement dans politique de rétablissement et le rétablissement n'est pas possible si déjà de base on ne sait pas de quoi on doit se rétablir

IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

Recueil ressenti, vécu

Elle me demandait mais qu'est-ce que j'ai ? qu'est-ce que c'est ? et je lui dis vous vous en pensez quoi, puisque je pensais que c'était une fille intelligente malgré qu'elle ait arrêté ses études en 1ère mais elle me dit ben je pense que c'est de l'autisme, comme c'est un diagnostic à la mode je lui ai dit oui, un autisme avec hallucination. Elle a été contente de ce diagnostic, qu'elle avait énoncé elle-même.

Psy\re transcription Psy 1 : 2 - 2 (0)

Si le patient je perçois que pour lui il y a une condamnation, une perte d'espoir, on met des mots dessus bien sûr, moi je fais le retour au patient tout le temps, comme aux enfants il faut mettre des mots sur le ressenti donc il y a tout à dire, parce que le ressenti va dans tous les sens.

Psy\Re transcription Psy 6 : 10 - 10 (0)

Ce qu'il en est pour pouvoir recevoir, entendre, accueillir

Psy\Re transcription Psy 9 : 4 - 4 (0)

Moi souvent je demande au patient s'il a des idées sur ce que sont ses difficultés. Ce qui est important je pense c'est d'avoir un mot pour décrire ce que le patient vit

Psy\Retranscription Psy 3 : 4 - 4 (0)

La question n'était pas posée telle quelle mais c'était ce que vous savez de quoi vous souffrez ? Quel mot il peut poser là-dessus et ce qu'il en comprend ?

IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

Et annoncer à quelqu'un qu'il est schizophrène sans avoir pris soin de savoir ce que c'était pour lui la schizophrénie ou en tout cas d'avoir un peut dégager le terrain, ça peut être complexe.

IDE\Re transcription IDE 1 : 3 - 3 (0)

Est-ce qu'il est demandeur ? est-ce qu'il y a une volonté de sa part de savoir ?

IDE\Re transcription IDE 3 : 6 - 6 (0)

La temporalité du patient

IDE\Re transcription IDE 3 : 7 - 7 (0)

Ça a été je pense, un peu violent pour elle de se faire rappeler le diagnostic.

IDE\Re transcription IDE 4 : 2 - 2 (0)

C'est de partir de sa plainte et de ce qu'il a compris. S'assurer qu'il a compris ce qu'on essaye de dire
Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

Le problème c'est que le patient va voir lui sur les notices sur Internet aujourd'hui et il va aller piocher des réponses et se poser encore plus de questions après c'est vrai.
IDE\Re transcription IDE 4 : 8 - 8 (0)

J'ai l'impression que ça améliore la connaissance de chacun de l'un et de l'autre.
IDE\Re transcription IDE 7 : 9 - 9 (0)

La collaboration avec le patient serait plus sûre l'accueil de son ressenti, son ressenti, ses émotions
IDE\Re transcription IDE 8 : 9 - 9 (0)

Ça crée en fait un lien entre le patient et nous de confiance qui peut ensuite faciliter effectivement la mise de mots et quand on reprend certains événements qui sont plus traversants, mettant des mots plus cliniques dessus qu'ils peuvent entendre et qui après globalement, peut effectivement participer à un diagnostic,
IDE\Re transcription IDE 9 : 9 - 9 (0)

On va partir des symptômes qu'il a pu avoir
IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

On va partir de ce qu'il a vécu, lui et quelquefois ça va être vous savez des fois, vous entendez des choses que nous on n'entend pas
IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

Décision partagée

J'ai moi accepté, je me suis dit après tout si elle accepte ça, c'est quand même une médicalisation et puis ça permet de garder le lien, parce que pour moi c'était gardé le lien avec elle qui était important
Psy\re transcription Psy 1 : 3 - 3 (0)

Le médecin vient un peu nommer le terme, soit il va valider un peu ce que le patient pense ou alors il va, il va aller préciser
IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

L'équipe continue à inventer avec lui, il a des doses majeures de leponex, c'est très bien parce qu'il peut être extrêmement violent, je ne nie pas la dangerosité de certaines pathologies, il a cassé des trucs. Mais l'équipe continue malgré tout ça à inventer avec lui une façon d'être au monde et de faire avec

Psy\re transcription Psy 1 : 14 - 14 (0)

On a nos idées et on a notre façon de voir les choses, mais la dernière personne qui a son mot à dire, enfin, celle qui a le dernier mot à dire plutôt, c'est le patient et du coup, il vaut mieux être dans la négociation avec le patient sur ce qu'il faut à la fois de dire ce qui est nécessaire à être dit, et ce qui est acceptable par le patient, etc.

Psy\Re transcription Psy 2 : 9 - 9 (0)

On partage une expérience lui et moi, y a de la souffrance, elle s'appelle comme ça, elle pourrait s'appeler autrement et moi à la limite, je m'en fiche de comment elle s'appelle parce que je sais ce qu'est la souffrance et vous le savez aussi, on en parle depuis un moment

Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

Quand je propose du coup un traitement en sachant que là en plus c'est un traitement au long court donc il faut que le patient intègre bien pourquoi on propose ce traitement-là et ce qu'on en attend mais en même temps ce sera à lui de nous tenir au courant de ce que lui ressentira en effets indésirables, en bénéfiques pour qu'on ajuste la posologie, le traitement pour qu'il intègre bien qu'on est soucieux du bénéfice risque

Psy\Re transcription Psy 7 : 5 - 5 (0)

Et on se met d'accord sur ce qu'on va dire, en tout cas je parle en mon nom, moi je vais recevoir votre mère ou vos parents vont venir, je ne l'ai reçu jamais seul toujours en présence du jeune pour qu'il entende ce que j'ai dit et à ce moment-là je lui dis, j'ai l'intention de dire à vos parents ceci,

Comment dire un accord du enfin il est d'accord avec ça, il n'est pas dans le doute ou dans la méfiance

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

ceci, ceci est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on rajoute quelque chose, est-ce qu'il y a quelque chose que vous voudriez dire par vous-même ?, est-ce qu'il y a quelque chose que vous ne voulez absolument pas que je dise ? voilà et on parle là-dessus

Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

J'essaie de bien me mettre d'accord sur les mots qu'on va utiliser et qu'est-ce qu'on va dire ensemble, et ce qui veut dire aussi par lui-même

Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

Co-construction

Elle me demandait mais qu'est-ce que j'ai ? qu'est-ce que c'est ? et je lui dis vous vous en pensez quoi, puisque je pensais que c'était une fille intelligente malgré qu'elle ait arrêté ses études en 1ère mais elle me dit ben je pense que c'est de l'autisme, comme c'est un diagnostic à la mode je lui ai dit oui, un autisme avec hallucination. Elle a été contente de ce diagnostic, qu'elle avait énoncé elle-même.

Psy\re transcription Psy 1 : 2 - 2 (0)

Pour elle, qui a accroché avec le PAIS, voilà elle a fait son diagnostic elle-même, elle avait son traitement elle-même, elle a bâti sa vie avec sa folie elle-même et ça ne va pas si mal

Psy\re transcription Psy 1 : 3 - 3 (0)

Permettre aussi aux patients d'inventer avec eux, parce que c'est ça pour moi le travail clinique c'est le transfert, c'est ce qu'on appelle le transfert

Psy\re transcription Psy 1 : 6 - 6 (0)

C'est à dire le transfert, c'est construire la clinique et construire la pratique et construire donc inventée quand même la suite avec un patient dans le partenariat avec le psy

Psy\re transcription Psy 1 : 6 - 6 (0)

tout à fait imaginer que l'annonce se fasse par entre guillemets un auto-diagnostic en énumérant les observations en les faisant coller à des symptômes et puis dire bon bah ça c'est tous les symptômes de la schizophrénie qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que ça correspond à ce que t'es en train de vivre

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

Le patient il est quand même associé puisqu'on lui demande ce qu'il pense qu'il a et puis qu'est-ce qu'il comprend, qu'est-ce qu'il connaît de cette maladie ? Qu'est-ce qui comprend ? Enfin, ce n'est pas le savoir médical qui sera

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

pour pouvoir continuer à construire quelque chose, on ne va pas non plus aller vers des craintes ou des peurs là où il n'y en a pas quoi on ne va pas non plus aller parler de choses s'il ne l'a pas évoqué

IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

C'est une construction qui se fait à partir de son discours.

IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

je pense que ça sert d'abord au médecin. Ça sert à parce que quand même il ne faut pas oublier les patients sont extrêmement angoissants quand même quand ils sont fous aliés. Et donc mettre pour nous un mot là-dessus, ça sert aussi à, pour le patient, nommer quelque chose et penser qu'on va savoir comment faire avec ce patient moyennement construit, parce qu'il faut continuer quand même, même s'il est nommé schizophrène, il y a un schizophrène plus un schizophrène plus loin ce n'est pas la schizophrénie, chaque sujet qui a des symptômes schizophréniques est unique

Psy\re transcription Psy 1 : 13 - 13 (0)

Je pense que ce qui est intéressant c'est de laisser le patient petit à petit se construire sa propre nomination diagnostique

Psy\re transcription Psy 1 : 16 - 16 (0)

Il m'est arrivé de convenir, avec un patient notamment, on, on n'était pas certain du diagnostic, on sait que c'est soit schizophrénie, soit schizo affectif, mais pour l'instant, on n'est pas sûr à 100% et du coup, on on travaille avec les 2 diagnostics

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

J'ai présenté les 2 hypothèses diagnostiques pour qu'on puisse enfin voir ensemble vers quoi s'orienter. Alors d'un point de vue pratique ça ne change pas forcément grand-chose, mais puisque le traitement va être sensiblement le même, mais il est bien au courant qu'il peut y avoir un peu de 2 aspects différents et ça lui convient bien

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

Est-ce que vous rencontrez ça ? Est-ce que vous rencontrez ça ? voilà, OK, on a exploré tout ça, donc on a pu éliminer tous ses symptômes là. On a éliminé les causes organiques, etc. et je fais la présentation en fait comme ça, au fur à mesure, je leur dis, mais je commence par le diagnostic par contre

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

C'est arrivé peu souvent, mais ça arrive ou finalement je fais l'annonce diagnostique d'une schizophrénie et ensuite, on discute de comment on appelle ça entre nous.

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

Le temps de préparer avec les patients, même si le patient, il ne voulait pas qu'on parle de schizophrénie et d'autres choses et bien on faisait autrement. Et c'était plus du coup orienté sur les symptômes dans ce cas-là

Psy\Re transcription Psy 2 : 9 - 9 (0)

□Mémo 113

qu'il n'est pas le sentiment qu'on pose quelque chose qui viendrait comme ça de l'extérieur, mais finalement, comme ça vient de lui c'est d'autant plus facile d'intégrer notre jargon à nous, si lui sait de quoi il s'agit derrière et à quoi ça correspond dans ses ressentis

Psy\Re transcription Psy 7 : 5 - 5 (0)

si il y a un truc que je demande tout le temps c'est quelle est votre hypothèse ? Quand il me demande ce que c'est, je fais mon psy de base, c'est à dire, écoutez-moi j'ai des hypothèses, j'aimerais bien connaître les vôtres d'abord et ensuite on construit à partir des hypothèses

Psy\Re transcription Psy 8 : 6 - 6 (0)

Moi je décris ce qu'il livre et je leur demande s'ils sont d'accord avec ce que je décris

Psy\Re transcription Psy 9 : 2 - 2 (0)

Je leur demande si on est bien d'accord sur ce qu'ils décrivent.

Psy\Re transcription Psy 9 : 3 - 3 (0)

Ça se construit à plusieurs en fait, parce qu'eux aussi ils ont des connaissances, des connaissances à la fois profanes et à la fois des connaissances expérientielles aussi

Psy\Re transcription Psy 9 : 5 - 5 (0)

Chacun doit construire son lien thérapeutique à chaque patient son annonce

Psy\Re transcription Psy 9 : 5 - 5 (0)

C'est plutôt vers comment ça s'est construit ensemble, du coup, ça devient un lien même parfois un peu fort à vivre pour les équipes

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

Et on se met d'accord sur ce qu'on va dire, en tout cas je parle en mon nom, moi je vais recevoir votre mère ou vos parents vont venir, je ne l'ai reçu jamais seul toujours en présence du jeune pour qu'il entende ce que j'ai dit et à ce moment-là je lui dis, j'ai l'intention de dire à vos parents ceci, ceci, ceci est-ce que vous êtes d'accord pour qu'on rajoute quelque chose, est-ce qu'il y a quelque chose que vous voudriez dire par vous-même ?, est-ce qu'il y a quelque chose que vous ne voulez absolument pas que je dise ? voilà et on parle là-dessus

Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

J'essaie de bien me mettre d'accord sur les mots qu'on va utiliser et qu'est-ce qu'on va dire ensemble, et ce qui veut dire aussi par lui-même

Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

Mais on se met d'accord avec le patient sur ce qu'on va dire aux parents en sa présence on adapte vraiment le discours ce qu'on va dire.

Psy\Retranscription Psy 3 : 10 - 10 (0)

On construit, on négocie un peu avec le patient, comment pourquoi ? pourquoi on ne va pas dire tel chose ; mais pourquoi il fait absolument qu'on dise ça

Psy\Retranscription Psy 3 : 10 - 10 (0)

En disant que moi j'ai constaté ça, les parents ont constaté ça, pour vraiment montrer le raisonnement, pour que ce ne soit pas un diagnostic asséné de but en blanc comme ça et montrer qu'il y a des arguments.

Psy\Retranscription Psy 5 : 8 - 8 (0)

□Mémo 107

Intégrative

L'équipe continue à inventer avec lui, il a des doses majeures de leponex, c'est très bien parce qu'il peut être extrêmement violent, je ne nie pas la dangerosité de certaines pathologies, il a cassé des trucs. Mais l'équipe continue malgré tout ça à inventer avec lui une façon d'être au monde et de faire avec

Psy\re transcription Psy 1 : 14 - 14 (0)

On a nos idées et on a notre façon de voir les choses, mais la dernière personne qui a son mot à dire, enfin, celle qui a le dernier mot à dire plutôt, c'est le patient et du coup, il vaut mieux être dans la négociation avec le patient sur ce qu'il faut à la fois de dire ce qui est nécessaire à être dit, et ce qui est acceptable par le patient, etc.

Psy\Re transcription Psy 2 : 9 - 9 (0)

On évoque souvent que le traitement qu'on prescrit n'aura de sens que si le patient l'observe et pas parce qu'on l'oblige à le prendre, mais parce qu'il

Tout à fait imaginer que l'annonce se fasse par entre guillemets un auto-diagnostic en énumérant les observations en les faisant coller à des symptômes et puis dire bon bah ça c'est tous les symptômes de la schizophrénie qu'est-ce que t'en penses ? Est-ce que ça correspond à ce que t'es en train de vivre

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

l'espace de parole pour dire ce qu'il pense qu'ils ont

IDE\Re transcription IDE 5 : 4 - 4 (0)

On l'intègre la prise en charge, c'est lui le centre

IDE\Re transcription IDE 10 : 6 - 6 (0)

comprend pourquoi ce traitement lui est nécessaire. C'est en effet absolument indispensable d'être dans ce travail avec le patient et dans quelque chose de complètement associé.

Psy\Re transcription Psy 7 : 5 - 5 (0)

Quand je propose du coup un traitement en sachant que là en plus c'est un traitement au long court donc il faut que le patient intègre bien pourquoi on propose ce traitement-là et ce qu'on en attend mais en même temps ce sera à lui de nous tenir au courant de ce que lui ressentira en effets indésirables, en bénéfiques pour qu'on ajuste la posologie, le traitement pour qu'il intègre bien qu'on est soucieux du bénéfice risque

Psy\Re transcription Psy 7 : 5 - 5 (0)

'on peut appeler l'éducation des patients, notamment quand on a posé un diagnostic et pour renforcer l'idée que le patient n'est pas là à subir la maladie, mais que là aussi il peut être acteur et que justement si il est à l'écoute des modifications qu'il va percevoir ou que là justement quand on a impliqué la famille qu'on a fait alliance avec la famille, qu'il soit attentif à ce que son entourage peut lui dire, des changements qu'ils ont pu constater et que ça le conduise à venir anticiper dans la démarche de soins, si il y a quelque chose qui a évolué qui est apparu entre 2 consultations ou entre 2 temps d'hospitalisation et qu'il soit à l'écoute de tous les éléments qui se modifient pour que de lui-même ils se disent qu'ils se sentent au contrôle des choses et qu'ils réussissent en anticipant en avant une totale décompensation à solliciter de l'aide

Psy\Re transcription Psy 7 : 6 - 6 (0)

Représentations

Pour moi, schizophrénie, je me dis ce n'est pas un gros mot comme dirait votre cadre, mais pour moi, ça risque de fermer beaucoup de beaucoup de choses Psy\re transcription Psy 1 : 10 - 10 (0)

Évidemment, bien sûr, tout doucement, il faut tirer sur ce fil là et arriver au fait que bah c'est la loi de la vie, voilà, c'est l'injustice, c'est comme ça et ce c'est comme ça, ben ça s'accompagne aussi, c'est dur et c'est donc un

Ce n'est pas si évident que ça, parce que ce n'est pas un diagnostic à connotation très positive

IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Il reste tu disais dans une représentation paternaliste vis-à-vis de son médecin parce qu'il est en attente aussi de son savoir.

IDE\Re transcription IDE 7 : 7 - 7 (0)

processus de deuil qui pour moi démarre, pas simplement quand on est un mot
Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

Ce qui est vraiment important, c'est que le patient comprenne enfin qu'il est
entendu que, en tant que sujet, c'est un sujet souffrant. Et que s'il souffre,
ben d'abord, il n'en est pas responsable et ça s'appelle comme ça
Psy\Re transcription Psy 6 : 7 - 7 (0)

Enfin ce n'est pas pareil d'annoncer un épisode dépressif caractérisé et un
trouble schizophrénique

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Alors accueillir la demande et rassurer les familles ou donner des
éléments, mais en étant très précautionneux et en évitant justement de
donner, à mon sens une maladie qui pourrait en effet dans les
représentations subjectives avoir une connotation qui n'est pas du tout la
nôtre, en tant que soignant, et donc c'est délicat

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Je ne réduis plus le patient à évidemment et avec les symptômes, moi
dans mon esprit, dans mon analyse et quand je le vois évidemment que je
vais faire reporter le diagnostic mais en tout cas je prends beaucoup plus
de recul, même par rapport aux troubles psychotiques

Psy\Re transcription Psy 7 : 4 - 4 (0)

La représentation qu'on en a nous, justement qui est trop médicale avec
l'idée, voilà, c'est une maladie, du coup, ce traitement, du coup, ça implique
tout un tas d'aménagements machin. Mais on ne sait pas ce que ça
représente, les représentations vraiment subjectives du patient et donc s'il
n'y a pas tout ce temps et ce lien-là de confiance, alors on peut
complètement passer à côté de ce que va être le vécu du patient de cette
maladie. Psy\Re transcription Psy 7 : 8 - 8 (0)

Tu annonces ça, c'est comme quand on t'annonce un cancer, pour moi,
c'est ça et tu retournes chez toi au revoir. Enfin je ne sais pas, ça doit être
hyper violent quand même. Surtout que les maladies mentales, pour moi
IDE\Re transcription IDE 8 : 6 - 6 (0)

Je pense que c'est effectivement quand il peut y avoir des diagnostics de
poser je ne sais pas ce qu'il peut se passer dans la tête de quelqu'un, mais
je me dis n'importe quelle maladie qu'on t'annonce ça doit te travailler
IDE\Re transcription IDE 8 : 9 - 9 (0)

Ça peut justement être un soulagement ou une sidération ou un refus

IDE\Re transcription IDE 9 : 10 - 10 (0)

L'avenir, les gens ont une image déjà de la maladie psychiatrique, ce n'est
pas très valorisant ni très encourageant, mais qu'en plus quand c'est une
annonce de schizophrénie, je pense que dans l'imaginaire en tout cas des
personnes lambda qui ne connaissent pas la psychiatrie, c'est une
catastrophe quoi. Ça peut être vécu comme quelque chose de terrible.

IDE\Re transcription IDE 10 : 2 - 2 (0)

C'est quel que soit le trouble, que ça soit un diabète, que ça soit schizophrénie, un trouble bipolaire, même un trouble anxieux, c'est qu'est-ce que vous savez de ça ? est-ce que vous avez des gens qui ont eu ça autour de vous ? comment ça va évoluer ? qu'est-ce que vous en pensez ? Enfin, comment vous avez vu cette maladie, etc., puisque de toute façon, la représentation, de toute façon on se trompe puisque on va avoir une représentation négative, mais en fonction de critères qui sont très généraux Psy\Re transcription Psy 8 : 4 - 4 (0)

Il y a mon avis surtout l'exploration de la représentation du patient, de son propre problème, des pathologies psychiatriques en général, et de la pathologie psychiatrique qu'on va lui vendre entre guillemets, en particulier et ensuite on discute de tout ça. Psy\Re transcription Psy 8 : 8 - 8 (0)

Là encore, une fois, je pense que ce n'est pas tellement différent avec la dépression. Souvent, les gens qui sont dépressifs, ils ont des parents dépressifs ou des arrière-grands-parents dépressifs. Et quand on leur dit vous avez une dépression et on leur parle antidépresseur et dépression, la représentation qu'ils ont, c'est la grand-mère qui a fini Alzheimer bourré le médicament qui tombait et qui chutait parce que pouvait plus marcher et les traitements qui n'a jamais rien fait. Ah bah super donc du coup-là ils disent bah c'est ça ce que j'ai, je vais finir comme ça et vous allez me donner des traitements qui vont me rendre dément et me faire chuter. C'est ça qu'il faut parler de ça après une fois qu'on a parlé de ça et que la personne elle a raconté pourquoi elle pense ça, on va pouvoir parler de comment on voit les choses et répondre d'abord à une question et ensuite on balance le diagnostic Psy\Re transcription Psy 8 : 8 - 8 (0)

Si on explore bien comment il représente, il se représente les choses, c'est plutôt là-dessus qu'on travaille Psy\Re transcription Psy 8 : 8 - 8 (0)

Le risque, ce que l'on essaye d'éviter d'utiliser des mots qui parlent au patient mais qui seraient une fausse représentation
Psy\Retranscription Psy 3 : 4 - 4 (0)

. Là les « case manager » demandent « c'est quoi pour vous la schizophrénie ? » « Pourquoi vous pensez que vous pourriez en souffrir ? ». On part vraiment des représentations du patient. Parce que souvent c'est associé à tout un tas de représentations péjoratives
Psy\Retranscription Psy 3 : 11 - 11 (0)

La schizophrénie ça fait peur qd même donc ils ont pu un peu s'identifier, relier les difficultés qu'ils présentaient à d'autres troubles
Psy\Retranscription Psy 4 : 3 - 3 (0)

Pour nous c'est assez banal de parler de schizophrénie mais je pense qu'il y aurait un intérêt à dire que l'on peut poser un diagnostic même chez des patients psychotiques et ce n'est pas grave.
Psy\Retranscription Psy 4 : 7 - 7 (0)

Faut lui expliquer que non ce n'est pas le cas, en fait il faut avoir confiance en le patient, il faut que le patient ait confiance en nous.
Psy\Retranscription Psy 5 : 13 - 13 (0)

Auto stigmatisation

La psychanalyse m'a fait plutôt prendre un peu de distance avec ce diagnostic, pour certains peut être complètement ravageant parce que parfois un des parents est aussi très psychotique, sinon schizophrène ou du moins paranoïaque ou bipolaire comme on dit, mais délirant, et de dire ça, ça précipite le sujet quand même dans les affres de l'identification ravageant à la mère ou au père
Psy\re transcription Psy 1 : 4 - 4 (0)

Pour lui s'était inconcevable cette annonce de diagnostic, pour lui c'était tout de suite la vision donc ça veut dire que je suis dangereux, tous les aspects négatifs de la maladie qu'on peut entendre dans les médias, c'est ça qui revient et qui fait peur, ça veut dire que je suis fou
IDE\Re transcription IDE 10 : 7 - 7 (0)

Voulant savoir quelque chose de son être, qu'est-ce que je suis ?

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Il s'est nommé

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Parce que le patient, a une image très négative de cette maladie ou des choses comme ça et du coup il faut qu'on soit d'accord, s'il y a un problème que y a une maladie mais qu'il faut l'appeler autrement que schizophrénie pour ce patient-là

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

il savait qu'il avait une schizophrénie, par contre, le mot était plein de sens pour lui parce qu'il avait un ami schizophrène qui s'était suicidé ou quelque chose comme ça, je crois et il et du coup il refusait d'appeler ça une schizophrénie

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

Les gens, enfin des gens, pour eux, ils sont responsables de tout depuis toujours et être malade, ben ça devient, je suis responsable, j'ai fait quelque chose

Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

Ce qui est vraiment important, c'est que le patient comprenne enfin qu'il est entendu que, en tant que sujet, c'est un sujet souffrant. Et que s'il souffre, ben d'abord, il n'en est pas responsable et ça s'appelle comme ça

Psy\Re transcription Psy 6 : 7 - 7 (0)

Je ne veux pas que le patient s'identifie à une maladie.

Psy\Re transcription Psy 6 : 9 - 9 (0)

Et du coup, ce qui est important, c'est de faire des partitions et de laisser bien les choses à leur place et surtout, surtout que le patient ne s'identifie pas à la maladie. Ce que beaucoup font en général, au bout d'un moment.

Psy\Re transcription Psy 6 : 9 - 9 (0)

Ils s'identifient comme ils sont en quête de quelque chose, ben y a un mot, voilà et alors ce mot évidemment il est dans leur tête à eux puisque c'est des gens qui ont évidemment

Psy\Re transcription Psy 6 : 9 - 9 (0)

Très peu confiance en eux depuis toujours, ils n'ont pas attendu d'être malade pour ça, et bien ça vient appuyer là, ça fait mal

Psy\Re transcription Psy 6 : 10 - 10 (0)

Mais si annoncer un diagnostic qui, au contraire, va enfermer le patient et lui couper finalement tout espoir et qu'il va être lui réduit en tant que sujet à un malade schizophrène enfin, c'est catastrophique

Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

On a intérêt à plutôt déconstruire la représentation de la personne en tant que la représentation personnelle de la personne, plutôt que de s'imaginer ce qu'elle pense

Psy\Re transcription Psy 8 : 4 - 4 (0)

Elle est en couple avec un jeune homme schizophrène qui va très mal. Je crois du coup pour elle schizophrénie ça ne lui parle pas beaucoup par ce que la schizophrénie pour elle c'est ce qu'a son petit copain qui a été en UMD, isolé 24h/24h

Psy\Retranscription Psy 3 : 5 - 5 (0)

On a parlé de schizophrénie il y'a un peu plus de 6mois maintenant, entre 6 mois et 1 an. Il se défend beaucoup de ça, il adhère beaucoup au discours du père. Le père, dit que ce n'est pas de la schizophrénie et lui le patient je crois qu'il est capable, et c'est assez intéressant, il est capable de dire « oui ce sont les symptômes de la schizophrénie » et en même temps il ne se soit pas du tout approprié le diagnostic

Psy\Retranscription Psy 4 : 4 - 4 (0)

C'est ça qui est intéressant aussi, l'enjeu de l'annonce s'est aussi de ne pas enfermer le patient dans un diagnostic qui aura un pronostic moins bon, qui a un pronostic statistiquement moins bon que celui du pronostic individuel du patient

Psy\Retranscription Psy 5 : 7 - 7 (0)

Stigmatisation

Je ne dirais jamais vous êtes schizophrène parce que ce n'est pas réductible à l'être

Psy\re transcription Psy 1 : 4 - 4 (0)

Parce que le patient, a une image très négative de cette maladie ou des choses comme ça et du coup il faut qu'on soit d'accord, s'il y a un problème que y a une maladie mais qu'il faut l'appeler autrement que schizophrénie pour ce patient-là

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

Dire qu'« être schizophrène » ce n'est pas une présentation unique

Psy\Retranscription Psy 3 : 6 - 6 (0)

Le message à faire passer c'est que la schizophrénie ce n'est plus une évolution dégénérative comme c'était avant. Il y'a quand même un message de déstigmatisation aussi qui finalement ce fait de façon un peu...

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

Elles ne tiennent pas tant de la pathologie que des représentations individuelles, sociétales. La dépression c'est admis par l'ensemble de la société, bon il y a quelques réfractaires mais c'est admis, c'est reconnu comme une maladie, un trouble, première cause d'invalidité dans le monde

IDE\Re transcription IDE 1 : 3 - 3 (0)

La schizophrénie ben déjà à cause de de tous les pourvoyeurs de stigmatisation classiques les médias, l'imaginaire collectif, même les arts, le cinéma etc. ça a une connotation particulière

IDE\Re transcription IDE 1 : 3 - 3 (0)

Si on fait la simplification et si la représentation de la folie elle n'est pas sur le l'axe pathologique, ça peut être compliqué même en termes d'alliance je pense casser les choses

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

L'hôpital psychiatrique c'est stigmatisé.

Psy\Retranscription Psy 4 : 5 - 5 (0)

Ça permet d'expliquer aussi car dans la tête des gens la schizophrénie c'est le patient délirant qui va tuer quelqu'un dans la rue et du coup ils ont vachement de mal à relier ce qu'ils vivent à la schizophrénie car ce qu'ils vivent c'est le repli, la difficulté de concentration c'est la persécution, l'isolement social avec les amis car en fait ils ont un émoussement, ils n'ont plus de goût à faire les choses ou ils sont un peu persécutés

Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

Il faut qu'on arrive quand on donne un diagnostic à ne pas en faire qqchose de péjoratif

Psy\Retranscription Psy 5 : 7 - 7 (0)

Mes représentations du diagnostic mais j'ai toujours peur qu'il y ait une forte stigmatisation associée à ce diagnostic, que ce soit de l'entourage que ça soit une auto-stigmatisation du patient, que ça soit celle du soignant qui est une fois que c'est marqué au fer rouge sur le dossier ça pourrait être, ça pourrait être plus enlevé

IDE\Re transcription IDE 2 : 4 - 4 (0)

■Mémo 29

Quand tu parles d'une schizophrénie avec quelqu'un il est tellement connoté ce mot dans l'imaginaire collectif que faut le déconstruire d'ailleurs

IDE\Re transcription IDE 2 : 5 - 5 (0)

Il faut du temps, il faut du temps pour déconstruire l'imaginaire collectif, il faut du temps pour déconstruire avec le patient, faut du temps pour déconstruire avec la famille ce que j'ai l'impression qu'il se l'approprie plus

IDE\Re transcription IDE 2 : 7 - 7 (0)

On dit plus trouble schizophrénique. Peut-être qu'on essaie d'être moins stigmatisant

IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)

On essaie de prendre des gants après bon voilà. Et puis de rassurer surtout par rapport à ce que les médias véhiculent quoi.

IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)

Ça peut être traumatique un diagnostic d'autant plus de schizophrénie avec toutes les représentations que ça a au niveau sociétal.

IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

L'impact, il est dans les 2 sens pour moi, il est moins stigmatisant qu'il était, mais je mets quand même des bémols parce que quand je vois comment ça se passe sur les urgences et les représentations même des collègues qui ont, pourtant, travaillé ou fait des stages en psychiatrie et les représentations de la psychiatrie, enfin ou de la santé mentale, reste toujours quand même très, très stigmatisé par moment quand même
IDE\Re transcription IDE 7 : 9 - 9 (0)

Stigmatisant au départ, il peut avoir ce vécu de maladie horrible
IDE\Re transcription IDE 7 : 9 - 9 (0)

Je reviens au côté un peu stigmatisant qui est toujours un peu présent quand même
IDE\Re transcription IDE 7 : 12 - 12 (0)

C'est tellement médiatisé quand on t'annonce une schizophrénie, tu vas devenir Hannibal Lecter
IDE\Re transcription IDE 8 : 11 - 11 (0)

Processus d'annonce

La reconnaissance d'une souffrance
Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

Dans toute prise en charge, il faut de toute manière s'adapter à la situation clinique et surtout aux patients.
Psy\Re transcription Psy 7 : 1 - 1 (0)

J'essaye de respecter l'aspect comme pour n'importe quelle annonce diagnostic de pathologie grave et chronique, c'est à dire déjà ne pas faire d'annonce de diagnostic immédiat, parler effectivement d'abord de la symptomatologie, ensuite, parler des traitements et de l'amélioration sous traitement
Psy\Re transcription Psy 8 : 1 - 1 (0)

Le but d'accompagner
IDE\Re transcription IDE 10 : 5 - 5 (0)

Le fait de se poser et de prendre du temps avec les personnes d'expliquer pourquoi on raisonne, d'explique ce qu'on essaie de cibler, c'est presque une annonce on va dire thérapeutique que d'annonce diagnostic ou pronostic. Là par contre le fait de prendre du temps pour expliciter la démarche, les enjeux, les objectifs, ça joue aussi

Psy\Retranscription Psy 5 : 9 - 9 (0)

En psychiatrie il est difficile d'isoler consultation d'annonce, alors que rencontrer un psychiatre qui va rencontrer pendant une heure pour vous expliquer que vous êtes schizophrène au revoir qui n'essaie pas de faire du lien, qui n'essaie pas de faire de l'alliance, qui n'essaie pas de contextualiser la prise en soin et la consultation actuelle : marche pas

Psy\Retranscription Psy 5 : 11 - 11 (0)

Posture dans l'annonce

L'annonce, ça correspond à une posture médicale que je n'ai pas du tout quand je suis avec mes patients, la position médicale, ça veut dire une posture d'aplomb. On est au-dessus ils sont en dessous. Voilà, je vais vous dire une vérité sur vous que vous ne connaissez pas ? et j'ai des choses à savoir

Psy\Re transcription Psy 6 : 3 - 3 (0)

Diagnostic

C'est le médecin qui prescrit mais il y a toujours un partage avec quand même les infirmiers et notamment sur les hypothèses diagnostiques parce que y a des situations où il y a toujours plusieurs hypothèses diagnostiques

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Dans certaines situations, ce sera d'entrée de jeu à la première hospitalisation que les choses seront annoncées parce que si on est face aussi à un patient qui est dans le déni, c'est le mettre aussi en danger que d'alimenter ce déni là si on n'est pas un peu catégorique donc pour moi c'est vraiment avant un savoir être auprès du patient qui va nous permettre de décider de l'annonce ou pas du diagnostic et à quel moment le faire

Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

Ethique

L'annonce, elle va se faire enfin je crois que c'est d'être extrêmement au plus près du patient pour identifier si ça va lui être bénéfique à lui, à sa famille.

Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

■Mémo 92

Mais si annoncer un diagnostic qui, au contraire, va enfermer le patient et lui couper finalement tout espoir et qu'il va être lui réduit en tant que sujet à un malade schizophrène enfin, c'est catastrophique.

Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

Un exemple d'annonce qui a été fait peut-être de façon inappropriée de ma part, mais néanmoins on était obligé dans cette situation-là de ne pas sortir de la chambre en disant je vais vous dire de revoir qqn. Je lui ai dit qu'elle avait des localisations cérébrales secondaires à son cancer.

Psy\Retranscription Psy 5 : 6 - 6 (0)

La plus-value je pense que c'est une plus-value éthique, c'est-à-dire quand on fait le serment Hippocrate on est censé faire une prise en charge qui est pour le bien du patient, avec une information claire, loyale et appropriée. Pour moi, l'information claire, loyale, appropriée elle est nécessaire, obligatoire, elle doit être mesurée et adaptée aux capacités du patient à recevoir l'information mais il ne faut pas que sa bride derrière ce risque que le patient ne soit pas en capacité d'entendre, pour se défilier

Psy\Retranscription Psy 5 : 12 - 12 (0)

Déontologie

Personne ne peut délier le médecin de l'obligation de secret médical, y compris le patient, c'est à dire que même si le patient dit vous pouvez le dire, on n'a pas le droit de le dire quand même

Psy\Re transcription Psy 8 : 2 - 2 (0)

À condition de bien savoir dans quel état est le patient, à condition que son jugement ne soit pas trop aboli à ce moment-là. Enfin, faut vraiment s'adapter. En fait, c'est quand même spécifique plutôt quelque chose.

IDE\Re transcription IDE 3 : 9 - 9 (0)

Adaptabilité par rapport à sa demande ou à sa non-demande ? Mais pouvoir entendre en tout cas qu'il puisse être aussi dans une non demande qui ne veulent pas savoir où qui ne soit pas en mesure de savoir, aussi un aspect déontologique (?) (Éthique). Être loyal d'accord mais dans l'information qu'on va délivrer, mais ne pas être dans la nuisance, ne pas lui nuire

IDE\Re transcription IDE 10 : 11 - 11 (0)

Le patient ne peut pas dire au médecin, il a le droit de dire allez-y, vous pouvez le dire mais même le patient ne peut pas délier le médecin du secret médical, donc de toute façon, le fait qu'elle dise vous pouvez le dire devant mes parents n'a aucune valeur légale

Psy\Re transcription Psy 8 : 2 - 2 (0)

C'est le patient qui compte pour le secret médical, c'est vis-à-vis du patient

Psy\Re transcription Psy 8 : 2 - 2 (0)

A c'est qqchose qu'on doit leur dire parce qu'on est obligé médico légalement de les informer, on est obligé de les informer du fait qu'ils vont nécessiter d'un traitement durant un temps prolongé 2 ans ou 5 ans ou à vie

Psy\Retranscription Psy 5 : 1 - 1 (0)

L'annonce on nous la donne comme obligatoire en médecine, dans un contexte dédié, un temps dédié, avec un patient qui a cheminé

Psy\Retranscription Psy 5 : 6 - 6 (0)

Echange

Je réponds plutôt par le symptôme, vous avez des hallucinations. C'est important, je vous le dis. Alors, ça, ça m'arrive quand même, mais ça m'arrive de dire bipolarité de type 2 aussi ou écoutez, vous avez une bipolarité de type 2, il faut quand même prendre un traitement

Psy\re transcription Psy 1 : 10 - 10 (0)

C'est la question de la distance, la question du sens, du temps c'est important de dire, que ne pas le dire. Mais c'est important de respecter la disponibilité du patient

Psy\Re transcription Psy 6 : 7 - 7 (0)

□Mémo 103

Ça dépend des personnes en fait IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

Ce n'est pas une question de fonction c'est une question de quasiment d'obédience

IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

Un peu plus fluide que ça parce que les choses vont être nommées systématiquement que ce soit des observations cliniques sans poser de diagnostic mais dire bah là aujourd'hui on note ça ça, ça, ça, ça peut faire penser à cette maladie, ça peut faire penser à cette maladie sans être sûr, ça se fait assez naturellement

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Dès le premier entretien, on peut construire, élaborer une hypothèse diagnostique, qu'on évoquera en réunion. On va dire en équipe, on le fait systématiquement.

Psy\Re transcription Psy 7 : 1 - 1 (0)

La chronicité de la pathologie parce que c'est vraiment ça l'enjeu plus que le terme diagnostic lui-même qu'on va annoncer, c'est que c'est long, on est dans une pathologie qui va être chronique et qu'il va falloir prendre un traitement au long cours et qu'on ne va pas s'en débarrasser, on va essayer de composer avec la maladie et donc il va falloir penser sa vie avec la maladie

Psy\Re transcription Psy 9 : 4 - 4 (0)

□Mémo 82

Et l'on se met d'accord aussi sur ce que l'on va dire des modalités d'évolution car c'est une chose de poser un diagnostic et de l'annoncer mais surtout, on se demande quel effet ça va avoir sur son entourage et à partir de ça on se demande ce que l'on va dire des évolutions possibles

Psy\Retranscription Psy 3 : 3 - 3 (0)

Oui quand il y a un doute, quand il y a un questionnement sur la structure psychique, tu peux avoir vraiment une discussion très interdisciplinaire entre les psychos, les infirmiers, les médecins même l'équipe sociale peut être associée à la réflexion

IDE\Re transcription IDE 2 : 2 - 2 (0)

On a des on a des staffs médicaux 2 fois par semaine qui sont en train

IDE\Re transcription IDE 3 : 3 - 3 (0)

On évoque avec le psychologue, en équipe autrement parler avec le médecin

IDE\Re transcription IDE 4 : 3 - 3 (0)

□Mémo 55

Échanges autour des différents supports existants pour pouvoir faire un repérage clinique et affiner le diagnostic éventuel

IDE\Re transcription IDE 8 : 3 - 3 (0)

On a très peu d'échanges. Je dis vraiment en équipe pluridisciplinaire avec le médecin et la psychologue. On a qu'une réunion le jeudi après-midi, mais c'est le lieu où on présente nos premiers accueils donc en fonction, ça prend du temps et après il reste très peu de temps pour discuter des déjà des patients qui ne vont pas très bien et en fait il y a très peu de cliniques

IDE\Re transcription IDE 9 : 2 - 2 (0)

Les médecins sont obligés de poser un diagnostic en fonction de ce qu'on a pu mettre mais il n'y a pas du tout d'échange avec nous en fait.

IDE\Re transcription IDE 9 : 2 - 2 (0)

■Mémo 73

Des échanges qui sont possibles en tout cas oui, enfin pas forcément en réunion staff le jeudi, mais de façon informelle, plus la veille du rendez-vous.

IDE\Re transcription IDE 9 : 3 - 3 (0)

Plus-value à l'annonce

Elle le fait de mettre William-Beuren, qui est une maladie génétique, avec des signes très c'est très bien classé, très bien organisés, ça lui a donné une causalité qu'il a, qu'il a quand même, je suis une William-Beuren et donc elle a rencontré un tas de William-Beuren comme elle va à des rencontres annuelles, etc. Elle me dit que ça a changé sa vie

Psy\re transcription Psy 1 : 4 - 4 (0)

■Mémo 114

Il ne faut pas négliger l'aide et le diagnostic, ça viendra après. Mais sur le la prise en charge au très long terme, je pense que le diagnostic est absolument nécessaire.

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

Il ne faut pas se dire le diagnostic doit être donné au bout de temps d'entretiens avec une fois qu'on a tout ça, il faut absolument le donner, c'est la condition sine qua none de la prise en charge

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

L'avant je pense qu'il y a une plus-value sur l'expertise parce que le psychiatre il n'est pas là tout le temps dans le service pour voir le patient au quotidien il va avoir une vision très élargie du patient qui se limite à ce qu'il voit en entretien donc oui il y a toujours une plus-value à discuter des diagnostics de manière pluridisciplinaire

IDE\Re transcription IDE 2 : 5 - 5 (0)

Valoriser chaque fonction en fait, on est à des niveaux différents auprès du patient IDE\Re transcription IDE 4 : 3 - 3 (0)

Ça donne une valeur à ce qu'on fait, ça fait vraiment partie intégrante de notre travail

IDE\Re transcription IDE 4 : 4 - 4 (0)

■Mémo 56

La situation idéale, ça serait effectivement qu'il y ait un échange.

IDE\Re transcription IDE 4 : 6 - 6 (0)

Le dire pour le dire ça n'a aucun sens, mais le dire pour mettre la dernière pièce du puzzle à une à un puzzle qui commence à prendre forme juste la dernière pièce pour que ce soit signifiant, là c'est important bien sûr
Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

□Mémo 101

Et bien les infirmiers évoquaient les choses au médecin pour voilà. Et donc, évidemment lors de ces réunions là, ça permettait aussi dans quelque chose de très pédagogique d'évoquer les éléments cliniques diagnostics. Enfin de construire aussi derrière toute la prise en charge et donc étant qu'en hôpital militaire où c'est l'équivalent du CHU il y avait toujours cette dimension pédagogique qui était là
Psy\Re transcription Psy 7 : 1 - 1 (0)

□Mémo 91

. L'intérêt de porter un diagnostic, c'est quand derrière ça implique pour le patient d'intégrer qu'il a cette pathologie-là et donc d'en convenir, de la nécessité d'un traitement, d'une prise en charge et du coup de s'inscrire dans ce suivi et d'être aussi acteur.
Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

□Mémo 92

il y aurait peut-être une ligne conductrice, pour éviter, je ne sais pas, pouvoir en amont y avoir réfléchi, réfléchi à l'impact que tel ou tel mot soit utilisé
IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

Après ça arrive qu'il y ait des patients qui viennent te questionner pourquoi j'ai tel traitement ? pourquoi j'ai une injection ? pourquoi ? et c'est là où t'es un peu emmerdé parce que tu ne sais pas ce que sait le patient
IDE\Re transcription IDE 6 : 3 - 3 (0)

Il y aurait un intérêt, surtout pour les infirmiers qui sont plutôt référents du patient afin de préparer ce temps peut être comment dire pour pouvoir poser un temps pour l'annonce qu'il soit fait entre guillemets, avec la personne concernée, mais peut-être aussi avec la famille
IDE\Re transcription IDE 7 : 3 - 3 (0)

Ça permettrait de distribuer un peu les rôles sur le
IDE\Re transcription IDE 7 : 3 - 3 (0)

Diagnostic concernant le médecin et puis sur les prises en charge, en tout cas les aides ou les thérapeutiques au quotidien ou en tout cas les soins au quotidien qui peuvent être mis en place pour prendre en charge ce patient
IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Complémentaire
IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Une répartition des rôles
IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Définir le diagnostic, ça peut permettre de mettre en place des aménagements qui couleront de source, comme l'AAH, d'être dans une prise en charge pluridisciplinaire et de justifier tout un tas de demandes qui vont lui faciliter la vie, son confort de vie et son mode de vie
Psy\Re transcription Psy 7 : 3 - 3 (0)

❑Mémo 93

Dans les situations où on a clairement posé le
(0) Psy\Re transcription Psy 7 : 6 - 6 (0)

Diagnostic, ça permet aussi d'être dans toute cette éducation là pour que le patient se sente vraiment acteur et pas, et pas à subir un mauvais sort.
Psy\Re transcription Psy 7 : 7 - 7 (0)

❑Mémo 95

En vrai, on ne va pas traiter une pathologie, c'est bien de formaliser un cadre malgré tout, il y a un moment où c'est pas mal de dire que vous êtes plutôt dans le cadre des troubles de l'humeur, des troubles bipolaires, de type un de type 2, etc. Ça a un intérêt parce que on pourra se focaliser sur certaines choses en disant et bien
Psy\Re transcription Psy 8 : 6 - 6 (0)

Voilà, comme on a vu que vous étiez plutôt là-dedans les troubles du sommeil, c'est très important il faut vraiment faire gaffe pour vous, etc. parce que ça a un intérêt au niveau de l'évolution
Psy\Re transcription Psy 8 : 7 - 7 (0)

C'est pour le patient d'abord, je pense que pour lui ça lui permet d'avoir, de repérer des personnes quand ils sont toujours là, quand ils ne sont pas partis de l'hôpital, de repérer des personnes, enfin des infirmiers qui ont pu être présents au moment de cette annonce et qui sont un peu garants des soins
IDE\Re transcription IDE 7 : 6 - 6 (0)

La plus-value elle est surtout pour le patient, de ce que tu dis, d'abord un repère, un appui, un garant des soins. Ça permet aussi la continuité des soins
IDE\Re transcription IDE 7 : 7 - 7 (0)

À informer, IDE\Re transcription IDE 8 : 3 - 3 (0)

Je pense quand on est ici au CMP, quand on est tout seul dans une prise en charge, on a qu'une vision un peu de la personne. Quand il y a déjà d'autres infirmiers qui voient la même personne, on peut voir différemment les choses. Et là on parlait avec un médecin par rapport à une jeune dame, après là c'est un peu subjectif quand même, ça dépend aussi de la vision
IDE\Re transcription IDE 9 : 3 - 3 (0)

Tu vois, ce n'est pas voilà on vous dit, vous êtes schizophrène et vous continuez votre hospitalisation comme ça, comme tout le monde, il y a des rendez-vous qui ont été pris, des perspectives.
IDE\Re transcription IDE 9 : 5 - 5 (0)

Pour le patient, j'ai l'impression un soulagement plus rapide, un sentiment d'être vraiment entendu dans la souffrance qu'il peut vivre, moins de fatigue de se répéter. IDE\Re transcription IDE 9 : 8 - 8 (0)

❑Mémo 76

□Mémo 88

Le terme peut aider souvent à être quand même parce que du coup ça donne un cadre théorique pour le patient

Psy\Re transcription Psy 8 : 7 - 7 (0)

Ouvrir sur des choses, faisable avec des soins avec tout à fait avec une adaptation aussi d'un certain nombre de choses à leurs symptômes, à la vie sociale, à la vie

Psy\Re transcription Psy 9 : 7 - 7 (0)

Professionnelle, donc ça permet quand même de d'adapter ça. Une reconnaissance diagnostique, ça a quand même des effets positifs

Psy\Re transcription Psy 9 : 8 - 8 (0)

On peut dire qu'il y a deux cas de figures : le cas où la question vient du patient ou de son entourage et parfois ça vient des soignants et c'est un moyen pour nous de favoriser l'inscription dans les soins

Psy\Retranscription Psy 3 : 2 - 2 (0)

D'ailleurs c'est les reco Orygen 2016 des Australiens qui qui classent en stat l'évolution des psychotiques et ça non seulement si on arrive à le remettre dans nos raisonnements, ce serait top

Psy\Retranscription Psy 5 : 12 - 12 (0)

La plus-value c'est d'avoir participé d'avoir entendu les mêmes choses pour pouvoir les réexpliquer

IDE\Re transcription IDE 10 : 8 - 8 (0)

Formation

Y'a assez peu d'annonce de la schizophrénie ; je n'ai jamais appris ça pendant mes études.

Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

En réhab une des conditions d'entrée d'admission c'était la pose d'un diagnostic et la compréhension de ce diagnostic par le patient

IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

□Mémo 108

□Mémo 32

Il y a encore quelques années on ne donnait pas le diagnostic au patient donc il y aurait peut-être un intérêt à ce qu'on soit formé à nommer le diagnostic au patient encore une fois très adapté
Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

Il faudrait apprendre aux étudiants en tout cas dans ce changement de prise en charge de paradigme sur la compréhension de la schizophrénie avec les dispositifs d'intervention de détection précoce
Psy\Retranscription Psy 4 : 7 - 7 (0)

Les publications sur mettre à jour au niveau scientifique faire évoluer ses pratiques IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Les recommandations elles sont suivies, on parle assez vite de maladies
IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Ça ne fait pas partie, je n'ai pas l'impression que ça fasse partie de nos habitudes de travail.
IDE\Re transcription IDE 2 : 3 - 3 (0)

Il n'y a pas cette culture de la psychoéducation et de la réhabilitation
IDE\Re transcription IDE 2 : 6 - 6 (0)

J'essaye de retranscrire une présentation de patients ou c'est vraiment dans ce but-là quoi. C'est vraiment dans l'idée d'aider le médecin à repérer des choses que sur un temps d'entretien il ne va pas forcément repérer que nous sur la durée, par exemple c'est en état de crise on va pouvoir repérer, c'est vraiment ça. Enfin moi, c'est ce qu'on m'a appris en centre de formation
IDE\Re transcription IDE 4 : 4 - 4 (0)

BREF tu connais de Lyon. En fait, c'est une formation que l'hôpital Gourmelen aimerait bien mettre en place, en fait c'est un accueil aux familles. Les familles qui demandent une aide par rapport à un enfant, père, mère puisse être reçu mais pas par le CMP où est suivi le patient
IDE\Re transcription IDE 9 : 6 - 6 (0)

Freins à l'annonce

Moi je suis un psychiatre à l'ancienne quand même, et puis la psychanalyse ne m'encourage pas beaucoup à venir nommer la schizophrénie, simplement
Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Tous les arguments qui sont de réduire la personne à une maladie donc un diagnostic qui peut être évolutif IDE\Re transcription IDE 1 : 1 - 1 (0)

je ne suis pas, en tant que psychanalyste, enclin à nommer cette pathologie. Pourquoi ? parce que j'ai vu pendant ma longue carrière quand même qu'il y avait des choses qui pouvaient vraiment bouger, ce n'est pas un diagnostic que, pour certains si on sait qu'ils seront schizophrènes toutes leur vie et qu'ils évolueront vers un monde complètement dévitalisé avec un autisme schizophrénique, enfin, je veux dire un repli sur soi. On le sait, au bout de quelques années, ça

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Je cherche souvent une autre nomination, une autre nomination, pour dire quelque chose de l'être de ce sujet

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Je ne pouvais pas non plus sur une première hospitalisation m'engageait sur un diagnostic à long terme

Psy\re transcription Psy 1 : 12 - 12 (0)

Je ne pense pas qu'on puisse asséner comme ça un diagnostic au bout de 2 consultations, au risque de ne pas comprendre ce que le patient et la famille attendait vraiment et de se fermer

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

On ne peut pas annoncer une schizophrénie comme on annonce un diabète

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

Une schizophrénie ce n'est pas pareil, je suis désolée, on n'a pas pour moi ce n'est pas, ce n'est pas un processus ou alors on pense que c'est un processus organique et alors oui on annonce ça comme on annonce un diabète. Pour moi ce n'est pas ça on est des êtres humains et ce n'est pas parce qu'on a des symptômes schizophréniques on est schizophrène

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

■Mémo 31

Je ne vais pas je n'irai pas annoncer quelque chose un diagnostic à un patient comme ça s'il ne le demande pas

IDE\Re transcription IDE 2 : 4 - 4 (0)

soit le psychiatre va un peu botter en touche en disant c'est un peu tôt on ne sait pas, on va se donner du temps soit ils veulent donner la réponse directement

IDE\Re transcription IDE 2 : 4 - 4 (0)

Je n'arrive pas à savoir s'il y a une réelle importance à part la demande du patient à avoir un diagnostic formel en psychiatrie

IDE\Re transcription IDE 2 : 5 - 5 (0)

Autant sur du MCO ça permet de ... ça parle aux gens c'est moins empreint de stigmatisation, c'est sûrement mes représentations. J'aime bien parler des difficultés avec des patients plutôt que leur diagnostic

IDE\Re transcription IDE 2 : 5 - 5 (0)

Je pense le temps déjà, une forme de culture aussi je pense que sur l'hôpital où on est, la réhabilitation le médiateur ça beaucoup était, comment dire une fédération qui sait s'emparer un petit peu de ces outils là et ce n'est pas trop revenu dans les services

IDE\Re transcription IDE 2 : 6 - 6 (0)

Je ne pourrais pas te dire oui ou non, dans mes habitudes je te dirai non, je ne sais pas tout et si on arrive à me montrer qu'effectivement ça peut simplifier pourquoi pas

IDE\Re transcription IDE 2 : 8 - 8 (0)

C'est le résultat d'une rencontre entre une personne qui souffre et un médecin psychiatre et qui à un moment donné, comprend avec le patient ce qu'il se passe, c'est-à-dire qu'il y a une souffrance et moi je parle plus d'une souffrance vécue, je parle de ça d'abord d'une souffrance vécue
Psy\Re transcription Psy 6 : 1 - 1 (0)

□Mémo 100

L'annonce diagnostic, ne veut rien dire en tant que telle parce que c'est pas du tout un modèle médical pur
Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

C'est la question de la distance, la question du sens, du temps c'est important de dire, que ne pas le dire. Mais c'est important de respecter la disponibilité du patient
Psy\Re transcription Psy 6 : 7 - 7 (0)

□Mémo 103

C'est aussi de notre ressort, de freiner l'annonce d'un diagnostic si nous on estime que ce sera péjoratif dans la prise en charge d'évoquer les choses
Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Ce n'est pas que médical, c'est avant tout humain, c'est avant tout une rencontre humaine et c'est où je trouve que c'est archi compliqué si on réduit au volet médical parce que c'est médicosocial. Mais c'est surtout le sujet avec des symptômes et éventuellement une maladie psychiatrique. Mais c'est avant tout un sujet dont on doit absolument prendre en compte

□Mémo 48

Après je pense qu'il y a encore des médecins ou peut-être nous voilà un peu de réticence parce que ce n'est pas facile, parce qu'on va être prudent aussi Ben après chez un jeune pouvez aussi avoir si c'est un premier épisode s'il y a des consommations, des comorbidités, des toxiques et tout ça faut qu'on reste prudent
IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)

Le diagnostic n'avait pas été reparlé du coup moi, je ne me suis pas permis ça
IDE\Re transcription IDE 4 : 3 - 3 (0)

□Mémo 53

Alors moi le souvenir que j'ai de ma première expérience de travail en fait, c'est des temps de transmission et de staff beaucoup plus important que ce qu'on peut avoir aujourd'hui. Je pense que ça, ça a changé énormément, mais c'est les moyens qui ont fait que on a sûrement moins aujourd'hui. Le gros changement enfin il y a eu une évolution, c'est évident. On a beaucoup moins de temps aujourd'hui d'échanges, d'opportunités mais pour partager des choses,
IDE\Re transcription IDE 4 : 5 - 5 (0)

La collaboration aujourd'hui, elle est différente. Je pense effectivement. Enfin, nous nous précisons ici puisqu'on n'a pas de présence médicale donc on échange que par mail où le jour où le médecin est là, mais le jour où le médecin est là, il a plein de consultations, donc voilà le temps d'échange, il est très limité.
IDE\Re transcription IDE 4 : 5 - 5 (0)

intégralement avec toute son histoire, son parcours de vie Psy\Re transcription Psy 7 : 4 - 4 (0)

☐Mémo 94

la limite c'est l'anosognosie, c'est à dire qu'il y a certaines personnes, ils ont une anosognosie tellement importante que de toute façon l'annonce diagnostic elle est : écoutez-moi, je pense que c'est ça, moi, je ne suis pas d'accord, voilà. Ça existe aussi et on continue à les suivre quand même mais s'il y a une anosognosie vraiment très importante parce que là c'est la théorie

Psy\Re transcription Psy 8 : 9 - 9 (0)

☐Mémo 89

On a le diagnostic nous paraît bon, assez clair, sans pour autant qu'on le formule parce qu'on peut avoir l'impression qu'on peut se tromper, mais on peut avoir le sentiment que le patient et son entourage n'est pas prêt à l'entendre

Psy\Re transcription Psy 9 : 4 - 4 (0)

C'est assez difficile d'évaluer où en est le patient pour recevoir le diagnostic a annoncé

Psy\Re transcription Psy 9 : 4 - 4 (0)

C'est très chronophage

Psy\Re transcription Psy 9 : 7 - 7 (0)

On se retrouve dans une situation où on doit ménager la chèvre et le chou

Psy\Retranscription Psy 5 : 1 - 1 (0)

il aurait peut-être valu un protocole quoi qu'il l'ait bien vécu mais nous on est un peu, enfin moi j'ai été un peu saisi qu'une annonce diagnostic puisse se faire sans qu'on y soit associé

IDE\Re transcription IDE 5 : 6 - 6 (0)

On a l'impression que le mot va être dérangeant, c'est mon ressenti, et que de suite donner un diagnostic ça peut peut-être vite aussi enfermer dans une case et j'ai l'impression que moi, dans l'expérience que j'ai, il n'y avait pas forcément ce diagnostic qui était posé

IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

C'est un sujet où tout le monde marche un peu sur des œufs, ça dépend aussi de sa sensibilité propre, comment, quel mot on utilise, quel terme on utilise, parce qu'on a des grands termes médicaux, mais est-ce que voilà, est-ce que le patient et à quel moment on en parle aussi avec le patient est-ce que c'est en état de crise, est-ce que c'est à J+10 est-ce que c'est en fin d'hospit ? Est-ce que c'est sûr du CMP ? Est-ce que c'est seul avec le patient, où est-ce que c'est avec la famille parce qu'il y a aussi tout le côté familial qui est aussi important parce que ça vient aussi bousculer toute la dynamique ou le conjoint

IDE\Re transcription IDE 6 : 2 - 2 (0)

Je pense qu'il faut faire attention, c'est un peu lâcher une bombe. Il faut savoir ce que ça pourrait impacter derrière parce que ça peut être très destructeur. Et cette annonce, elle est vraiment à faire avec des pincettes

IDE\Re transcription IDE 6 : 6 - 6 (0)

On était très prudent sur le diagnostic quand même, même si des fois on savait qu'il pouvait y avoir rapidement des éléments de retrait, des éléments de symptômes négatifs ou positifs de la maladie qui pouvaient

❏Mémo 106

Effectivement on y arrive pour poser une étiquette à un système ou un membre d'un système, les membres de ce système ne sont pas forcément prêts à entendre qu'on veut poser une étiquette

Psy\Retranscription Psy 5 : 4 - 4 (0)

La décision d'annonce a été trop rapide mais je pense qu'on était coincé avec les enjeux familiaux, systémiques

Psy\Retranscription Psy 5 : 5 - 5 (0)

Dites-moi ce que je veux entendre ou ne me dites rien, mais ça c'est très souvent le cas dans les annonces diagnostiques

Psy\Retranscription Psy 5 : 5 - 5 (0)

Un exemple d'annonce qui a été fait peut-être de façon inappropriée de ma part, mais néanmoins on était obligé dans cette situation-là de ne pas sortir de la chambre en disant je vais vous dire de revoir qqn. Je lui ai dit qu'elle avait des localisations cérébrales secondaires à son cancer.

Psy\Retranscription Psy 5 : 6 - 6 (0)

n'y a pas la difficulté à annoncer un diagnostic en être certain de la difficulté d'une famille d'un patient et d'un patient à avoir confiance par le professionnel sachant que plus tard ça peut être invalider par un autre professionnel qui a un prisme de lecture différent

Psy\Retranscription Psy 5 : 11 - 11 (0)

faire dire rapidement qu'on évoluait vers des troubles schizophréniques.

IDE\Re transcription IDE 7 : 3 - 3 (0)

attention faut être prudent, ce n'est pas un diagnostic qu'on pose tout de suite

IDE\Re transcription IDE 7 : 3 - 3 (0)

Si jamais tu es proche de la vérité, oui, mais si jamais tu ne sais pas du tout enfin tu as des grosses hésitations

IDE\Re transcription IDE 8 : 13 - 13 (0)

Temps

il faut repérer ça, mais il faut énormément de temps pour savoir comment faire

Psy\re transcription Psy 1 : 4 - 4 (0)

il y a peut-être une question de temps et d'espace dédié

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Je ne peux pas le savoir d'emblée, c'est souvent un travail de longue haleine avec le patient et à un moment, il faudra nommer quelque chose de quoi je souffre, comme l'autre qui est autiste avec hallucination, ça lui convenait parfaitement et à partir de là, elle m'a fait tout à fait confiance

Psy\re transcription Psy 1 : 11 - 11 (0)

Il faut énormément de temps pour comprendre ce que le patient veut vraiment, ce que la famille veut vraiment

Psy\re transcription Psy 1 : 15 - 15 (0)

il y a un temps d'évaluation aussi sur le moment. Où est-ce que le patient est prêt aussi à avoir un diagnostic ou pas

Psy\re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

Il se passe 6 mois, un an des fois, 3 semaines, quinze jours je ne sais pas mais il se passe du temps

Psy\re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

tout à fait, la question de la temporalité, il faut du temps avant, il faut du temps pendant, il faut du temps après. C'est la question du deuil, la question du temps

Psy\re transcription Psy 6 : 6 - 6 (0)

L'apaisement vient avec le temps aussi

Psy\re transcription Psy 6 : 7 - 7 (0)

Ça se fait certainement sur un temps d'hospitalisation et pas de consultation et après, ça dépend aussi du moment, certainement pas au début de l'hospitalisation et sans doute après plusieurs hospitalisations

Psy\re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

Ce n'est pas souvent possible de prendre un temps j'imagine

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

C'est souvent fait dans un entretien hors de la temporalité des rencontres quotidiennes

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

Si on ne prend pas le temps de faire ça et qu'on l'annonce de brut en blanc, tel quel, je pense que ça peut être ravageur, dans le sens où déjà il peut y avoir du déni, du refus, pourquoi pas sur un versant agressif, pourquoi pas de la rupture thérapeutique dans le même plan

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

Le temps de l'annonce qui n'est pas forcément le plus important et qui n'est pas systématique

IDE\Re transcription IDE 2 : 3 - 3 (0)

Un staff de première fois et il y a aussi des temps de staff de suivi

IDE\Re transcription IDE 3 : 4 - 4 (0)

le patient est un peu plus stabilisé de lui demander de partir de son vécu

IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)

Je me rends compte qu'il y a quand même une différence de positionnement en début de prise en charge. On va dire de zéro à 9,10 mois et puis ensuite après y a moins besoin d'être pro actif où sauf peut-être dans des moments de décompensation, dans des moments plus difficiles quoi

IDE\Re transcription IDE 5 : 1 - 1 (0)

Il faut au moins un an déjà d'évolution sur une durée véritablement inscrite avec pas une trop grande labilité de symptômes
Psy\Re transcription Psy 9 : 3 - 3 (0)

maladie chronique s'inscrit dans le temps
Psy\Re transcription Psy 9 : 9 - 9 (0)

le problème du temps dédié c'est quand est ce qu'on le met, quand est ce qu'on le case ? parce que si c'est dans 2 ans enfin la question, c'est quand même le temps qu'il faut pour porter un diagnostic de schizophrénie
Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

A partir du moment, où on a un faisceau d'arguments qui nous fait penser au diagnostic à ce moment-là, il faudrait en effet qu'il y ait un temps dédié.
Psy\Re transcription Psy 9 : 10 - 10 (0)

C'est un processus qui prend pour nous plusieurs mois
Psy\Retranscription Psy 3 : 3 - 3 (0)

c'est sur plusieurs mois car c'est un processus psychologique qui prend du temps. Je vous redis mais on fait le point tous les 6 mois. Du coup dans les 6 mois qui suivent la consultation d'annonce il y a un moment on fait le point de manière formalisée
Psy\Retranscription Psy 3 : 12 - 12 (0)

Le diagnostic ne peut se faire qu'en cas de 2ème bouffée délirante théoriquement IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

il n'y a pas de temps pour moi, je ne vais pas dire au bout d'un mois, au bout de 2 mois, au bout de 3 mois, il y en a qui vont être prêts au bout d'un mois et d'autres qui ça ne va pas être possible avant, ça voudrait dire que la crise serait toujours plus ou moins là
IDE\Re transcription IDE 8 : 6 - 6 (0)

parmi les moments opportuns donc en hospitalisation, donc c'est plutôt l'endroit, un lieu, le lieu dédié, l'hospitalisation après un certain temps en tout cas pas au décours d'une première
IDE\Re transcription IDE 9 : 5 - 5 (0)

Espace dédié

quand je dois faire une annonce diagnostique, c'est sur une séance plutôt dédiée
Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

il y a peut-être une question de temps et de d'espace dédié
IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

J'ai dit ce n'est pas formalisé mais c'est quand même un peu pensé
Psy\Retranscription Psy 3 : 4 - 4 (0)

autant en service d'admission, il faut à tout prix que ce soit multidisciplinaire, en temps dédié tout ça. Moi je pense qu'en consultation, en médical seul au CMP ça n'a pas lieu. Les consultations au CMP par définition ce n'est pas un temps isolé, ce n'est pas un lieu dédié, ce n'est pas un lieu accueillant forcément et au vu de la pression majeure au CMP l'annonce au CMP : mauvais plan

Psy\Retranscription Psy 5 : 9 - 9 (0)

Moi je pense qu'une consultation pluridisciplinaire dédiée d'annonce à tout son sens en psychiatrie, pour des consultations qui ne sont pas en service d'admission

Psy\Retranscription Psy 5 : 10 - 10 (0)

y a souvent un moment dédié mais ce n'est pas forcément une chose qui est protocolisée

IDE\Re transcription IDE 1 : 2 - 2 (0)

il n'y a pas de consultation d'annonce

IDE\Re transcription IDE 2 : 4 - 4 (0)

hôpitaux de jour là avec différentes échelles, pour comment dire enfin, au premier épisode en tout cas, et après tous les 6 mois, les différentes échelles et donc on fait des staffs pour se réunir et discuter ben notamment au premier hôpital de jours, ils ont un test de Rorschach avec la psychologue qui donne aussi son avis, un peu comme classe de personnalité

IDE\Re transcription IDE 5 : 2 - 2 (0)

□Mémo 59

Après moi, je pense que le mieux ça serait en intra, ça sera en admission.

IDE\Re transcription IDE 6 : 3 - 3 (0)

Pour moi, ça relève du CMP, pour que ce soit pertinent

IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

il soit hospitalisé, pour moi aussi c'est important pour qu'on puisse reprendre ça avec eux, tu vois que ça ne se fasse pas dans un hôpital de jour, enfin pas dans un CMP

IDE\Re transcription IDE 8 : 6 - 6 (0)

parmi les moments opportuns donc en hospitalisation, donc c'est plutôt l'endroit, un lieu, le lieu dédié, l'hospitalisation après un certain temps en tout cas pas au décours d'une première
IDE\Re transcription IDE 9 : 5 - 5 (0)

c'est bien en hospitalisation
IDE\Re transcription IDE 10 : 4 - 4 (0)

Moment opportun

En général très tôt, parce que j'ai du mal à, enfin je ne conçois pas qu'on puisse accepter une prise en charge, si on ne sait pas pourquoi on est plus en charge ? Ce serait enfin de manière caricaturale, pour moi, ce serait comme ne pas annoncer à un diabétique sans dire pourquoi il a de l'insuline ?
Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

C'est à partir du moment où on a tous les critères
Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

à partir du moment où on a les critères qui valident pour cette pathologie-là, au moment où on fait l'évaluation ? Ben je pense qu'il faut avoir un entretien dédié là-dessus, tout de suite, tout de suite après
Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

au moment où l'angoisse est beaucoup moins forte et que la lutte du patient est moins forte
Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

C'est le moment d'apaisement, la stabilité arrive un tout petit peu, voilà, il y a moins de lutte, le patient est en position d'accueil
Psy\Re transcription Psy 6 : 2 - 2 (0)

les choses puissent être nommées à un moment donné et de pouvoir rentrer dans quelque chose, un circuit qui fait que ça de réassurance, d'espoir, d'explication de recherche d'alliance
IDE\Re transcription IDE 3 : 3 - 3 (0)

Un moment de stabilité, voilà, quand il n'y a rien d'aigu ça c'est évident.
IDE\Re transcription IDE 4 : 4 - 4 (0)

Le moment opportun c'est plus quand la personne, elle est plutôt stable plus réceptive
IDE\Re transcription IDE 4 : 5 - 5 (0)

je pense que c'est déjà en dehors d'une période de crise
IDE\Re transcription IDE 5 : 3 - 3 (0)

tu vois à un moment programmé, tu vois plus vers la fin ou tu puisses quand même reprendre les choses avec le patient que tu puisses en reparler
IDE\Re transcription IDE 6 : 3 - 3 (0)

peut-être quand l'équipe soignante, enfin infirmier, AMP, enfin tout ce que tu veux et le médecin sont tombés d'accord pour dire que là il faut annoncer

Le début de stabilité, une amélioration, un début de stabilité

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

Le moment opportun, je pense qu'il y a 2 choses, il y a la temporalité, enfin du côté du médecin enfin de la médecine, on a un faisceau de convergences qui nous fait dire, là, il nous semble quand même qu'on est dans une schizophrénie, donc déjà nous avoir un peu la certitude, au moins un faisceau de convergence suffisamment lourd et puissant pour se dire, on va plutôt vers une maladie chronique de cette nature

Psy\Re transcription Psy 9 : 3 - 3 (0)

Ce n'est pas une annonce, ce n'est pas comme l'annonce d'un cancer, c'est le moment où l'on se dit qu'il faut peut-être lui parler de schizophrénie. Mais ça peut être à 1 an d'écart entre les patients

Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

C'est souvent justement quand l'alliance est un peu fragile paradoxalement quand ils ne veulent pas prendre de traitement, qu'ils ne se disent pas malade, qu'ils ne comprennent pas trop ce qu'ils leur arrivent, qu'ils sont dans des ruptures à la fois sociales, scolaires, etc. ...et que l'on sait que ça peut être amélioré par le traitement mais qu'ils ne veulent pas prendre de traitement car ils pensent qu'ils ne sont pas malades

Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

quelque chose ou alors quand y a des questionnements qui sont trop importants de la part de la famille ou des patients

IDE\Re transcription IDE 7 : 5 - 5 (0)

ils ont des questions sur le diagnostic parce que c'est vrai que des fois, c'est des choses qu'on peut avoir comme retour. Soit l'équipe dit au médecin, soit l'équipe tombe d'accord avec le médecin pour dire qu'il faut, là, c'est le moment d'annoncer ou alors c'est là où le patient lui-même qui est en demande d'un diagnostic

IDE\Re transcription IDE 7 : 5 - 5 (0)

le moment, où on est dans une période où on se rend compte qu'il n'y a pas de diagnostic de verbaliser, et on tourne en rond

IDE\Re transcription IDE 7 : 5 - 5 (0)

Ça peut-être dans les prises en charge, on a l'impression de pas avancer ou alors on est en échec depuis plusieurs mois sur cette situation et on se rend compte qu'il n'y a pas forcément non plus de diagnostic de qui ont été verbalisés auprès des patients

IDE\Re transcription IDE 7 : 5 - 5 (0)

Le moment le plus opportun c'est une fois que la crise est apaisée, qu'il y a eu une abrasion en tout cas des symptômes aigus, la personne est beaucoup plus apaisée, le lien de confiance est tissé et là il y a quelque chose qui se tisse entre le patient et les professionnels de santé et

IDE\Re transcription IDE 8 : 6 - 6 (0)

J'ai toujours appris qu'un diagnostic, il ne fallait pas le mettre tout de suite, qu'en fait, ce n'est en tout cas pas qu'il ne fallait pas sortir avec un diagnostic après une première hospit en tout cas en Suisse ça ne se fait pas tu ne mets rien en fait donc moi j'ai plutôt cette culture d'attendre et de plus parler de symptômes et de mettre des mots sur les symptômes dont il souffre.

IDE\Re transcription IDE 9 : 4 - 4 (0)

Il faudrait presque plus que le patient s'apaise en intra qui ressorte et que là il y a un entretien qui soit fait avec l'équipe qui le suit en évoquant aussi l'hospitalisation, ce qui s'est passé mais que ce soit vraiment les gens qui accompagnent, qui annoncent.

IDE\Re transcription IDE 9 : 10 - 10 (0)

il faut que la personne soit prête à l'entendre, le patient.

IDE\Re transcription IDE 10 : 3 - 3 (0)

il commence à questionner, ce qui se passe pour lui et souvent ça vient autour du traitement

IDE\Re transcription IDE 10 : 3 - 3 (0)

Je pense quand il commence à questionner c'est qu'ils sont prêts à entendre quelque chose quoi, ça me paraît compliqué quand la personne est complètement délirante ou inaccessible, d'aller lui faire une annonce de diagnostic qui ne comprendrait pas et qu'il n'entendrait pas forcément

IDE\Re transcription IDE 10 : 4 - 4 (0)

Quand on commence à préparer la sortie en fait hein, quand on commence à préparer le devenir, quand la personne est un peu plus apaisée, c'est sûr que ça ne va pas être quand elle est complètement déstructurée c'est là où c'est le plus opportun

IDE\Re transcription IDE 10 : 4 - 4 (0)

Incertitude

Moi jamais je faisais de diagnostic de maladie justement parce que d'une part, je ne le savais pas, même si y avait un état dissociatif, même s'il y avait des pathologies, enfin des pathologies, des moments aigus, des bouffées délirantes, des grands moments délirants beaucoup de tentatives de suicides, on pouvait que ça évoluerait vers une psychose

Psy\re transcription Psy 1 : 12 - 12 (0)

tu vois l'annonce en tant que tel ce n'est pas un cancer quoi qu'on diagnostique on a l'imagerie c'est sûr et voilà, en règle générale en psychiatrie ce sont des faisceaux de symptôme qui mettent en évidence un syndrome et dont la répétition après tu vois va conduire à un diagnostic, on ne part de zéro

IDE\Re transcription IDE 1 : 3 - 3 (0)

Pour moi, ça ne peut faire l'objet de cette nomination que d'un long suivi et de s'assurer vraiment... que parce qu'au fond, même si on fait un moment dissociatif, un moment délirant Ce n'est pas pour ça que ça va évoluer vers une schizophrénie.

Psy\re transcription Psy 1 : 12 - 12 (0)

Je préfère l'annoncer très vite, quitte parfois à signaler que ça peut être des... un diagnostic de travail et pas un diagnostic définitif, Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Il m'est arrivé de convenir, avec un patient notamment, on, on n'était pas certain du diagnostic, on sait que c'est soit schizophrénie, soit schizo affectif, mais pour l'instant, on n'est pas sûr à 100% et du coup, on travaille avec les 2 diagnostics

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

La certitude de c'est sur les critères, si les critères venaient à changer ou s'il y a une évolution, une évolution du syndrome ou de la clinique du patient ? Enfin faut pas avoir peur de remettre en question ce qu'on avait pu dire et puis expliquer aux patients aussi

Psy\Re transcription Psy 2 : 3 - 3 (0)

Ce n'est pas forcément la maladie schizophrénique qui démarre, pour ça il faut quand même du temps. Il ne faut pas un épisode, il en faut plusieurs quand même pour poser les choses d'une manière aussi fermée.

Psy\Re transcription Psy 7 : 2 - 2 (0)

J'explique bien qu'en psychiatrie on n'a pas de certitude puisqu'on n'a pas un examen comme le COVID, on fait un écouvillon

Psy\Re transcription Psy 8 : 8 - 8 (0)

Est-ce qu'on doit ce qu'on doit forcément aller au-delà ? Ça veut dire si c'est plus acceptable pour le patient de se dire qu'il vient pour une dépression ou des angoisses plutôt que de venir pour une schizophrénie. J'ai envie de dire ce n'est pas grave quoi en fait. Tant qu'il accède aux soins et à des soins corrects, des soins pour sa pathologie qui lui est propre. Bon ben voilà, s'il vient pour une dépression, il me dit une dépression, ben moi je lui dis que voilà une dépression.

IDE\Re transcription IDE 6 : 3 - 3 (0)

il n'est pas si évident que ça a posé le diagnostic de schizophrénie. Il y a tellement de formes variées et en plus ils ne sont pas d'accord entre eux sur les différentes formes, sur les différents diagnostics. J'entends plus parler de schizophrénie catatonique ou hébéphrénique

IDE\Re transcription IDE 7 : 11 - 11 (0)

Le médecin se refusait de poser un diagnostic, estimant que c'était trop tôt puisque d'emblée, elle avait eu quand même des grosses doses de risperdal, mais qui n'étaient pas efficaces en définitif parce que psychiquement on voyait que c'était encore qu'elle était encore très mal, ça la sédaté un petit peu, mais le comportement était complètement malgré tout inadapté

IDE\Re transcription IDE 8 : 1 - 1 (0)

pour avoir une certitude d'un diagnostic de maladie chronique qui engage un certain pronostic, je dirais, qu'on on est quand même très prudent parce qu'on s'occupe quand même d'une population où la fluctuation symptomatique est importante et on sait que des jeunes adolescents, des jeunes adultes peuvent traverser des moments psychotiques ou des moments dissociatifs anxieux, qui peuvent ressembler à éventuellement un processus qui psychotique, voir schizophrénique sachant que déjà il faudrait être bien d'accord sur la définition de qu'est-ce que c'est qu'une schizophrénie et donc on peut avoir affaire à une symptomatologie assez riche et en même temps assez labile qui pourrait faire supposer éventuellement un engagement dans une pathologie de cette nature sans qu'on en ait la certitude donc on reste extrêmement prudent

Psy\Re transcription Psy 9 : 2 - 2 (0)

On connaît quand même assez mal la schizophrénie, finalement, véritablement, alors l'étiopathogénie de la schizophrénie, la physiopathologie de la schizophrénie donc je pense que ça engage à beaucoup de prudence

Psy\Re transcription Psy 9 : 2 - 2 (0)

Etapas

C'était d'abord les symptômes et après l'annonce

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

□Mémo 112

il n'y avait pas de temps dédiés à ça mais au moment du staff, on prenait le temps de bien annoncer le diagnostic à l'équipe et puis après de pouvoir le l'annoncer aux patients

Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

L'acceptation ça veut tout et rien dire mais en fait l'annoncer c'est quelque chose, le définir je pense que c'est encore autre chose et qui devrait être les 2 rapprochés

IDE\Re transcription IDE 1 : 4 - 4 (0)

Cela puisse être repris par exemple 1h après le lendemain et puis peut-être je ne sais pas 5 jours après pour savoir ce qu'il en reste vraiment et ce qu'il a été vraiment compris.

IDE\Re transcription IDE 6 : 5 - 5 (0)

Et à l'hôpital, ce n'était pas rare finalement qu'une hospitalisation se termine sans annonce diagnostique, avec une annonce de symptômes qui posent problème. Et après, c'était repris en CMP

Psy\Re transcription Psy 2 : 6 - 6 (0)

L'annonce est du côté du primaire en réhab normalement les gens, c'est pour ça qu'ils sont dans ce processus-là de projet de soins individualisés où là on est déjà parti de l'acceptation du traitement, l'acceptation de la maladie etc.

Psy\Re transcription Psy 6 : 9 - 9 (0)

J'essaye de respecter l'aspect comme pour n'importe quelle annonce diagnostic de pathologie grave et chronique, c'est à dire déjà ne pas faire d'annonce de diagnostic immédiat, parler effectivement d'abord de la symptomatologie, ensuite, parler des traitements et de l'amélioration sous traitement

Psy\Re transcription Psy 8 : 1 - 1 (0)

C'est comme dans la pathologie somatique, à vrai dire, quand on fait l'annonce d'une mauvaise nouvelle, on annonce une pathologie un peu sévère qui va être chronique etc. on séquence, on fait en plusieurs fois, on fait petit à petit et on fait à plusieurs, on fait tranquillement et on vérifie à chaque fois ce que la personne a compris et où il en est, parce qu'entre ce qu'on dit et ce que les gens comprennent il y a quand même un sacré hiatus

Psy\Re transcription Psy 9 : 4 - 4 (0)

Et je dirais que les maladies chroniques comme le diabète, par exemple, l'annonce d'un diabète, la nécessité de trouver le bon dosage, de trouver son équilibre, etc. au début, les jeunes diabétiques ou les diabétiques sont très dépendants de l'équipe soignante d'endocrino qu'ils peuvent appeler à tout moment du jour et de la nuit pour quand ils ne sont pas bien pour rééquilibrer leurs trucs, etc. Et puis quand ils ont trouvé le bon dosage et

qu'ils sont assez stabilisés, peut-être pendant 5 ans, 10 ans, jusqu'à nouveau qu'il va falloir peut-être reprendre les trucs.

Psy\Re transcription Psy 9 : 9 - 9 (0)

Entre la première fois où s'est évoqué par le patient ou son entourage et les premières réponses du « case manager » le moment où l'on en parle en staff et la consultation où l'on va en parler au patient, il y a au moins plusieurs semaines et souvent deux ou trois mois. Ça s'étale un peu dans le temps

Psy\Retranscription Psy 3 : 3 - 3 (0)

Tous les 6 mois pendant 3 ans

Psy\Retranscription Psy 3 : 12 - 12 (0)

Pendant l'annonce

C'est vraiment un entretien d'annonce où je donne le diagnostic et je donne comment j'y suis arrivé à mon diagnostic avec les différents éléments

Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Si une fois que ça a été fait, et que je n'ai pas d'argument pour autres choses que la schizophrénie je vais faire l'annonce si j'ai des arguments pour autre chose, il m'arrive de faire, d'expliquer aux patients la démarche de diagnostic différentiel et d'échanger avec lui en fait sur les différentes hypothèses

Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Je fais un résumé avec le diagnostic et de la prise en charge aussi.

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

lors de cette séance je mets le traitement en général

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

Les mots qui vont être employés par le psychiatre et qui va conditionner aussi la réception de l'information par un patient, ça c'est vraiment lui qui les maîtrise

IDE\Re transcription IDE 2 : 3 - 3 (0)

J'ai l'impression en tout cas, c'est une obligation maintenant de le dire

IDE\Re transcription IDE 3 : 5 - 5 (0)

il y a un questionnement diagnostic enfin, quand, quand on est dans un cas d'un patient à qui on va annoncer un diagnostic de schizophrénie, il y a déjà eu tout un travail de fait sur les symptômes, sur ben dans le cadre du case management, sur l'adaptation dans la vie quotidienne. Donc ça ne tombe pas comme ça, comme un couper

IDE\Re transcription IDE 5 : 3 - 3 (0)

Je faisais plus une annonce sur les symptômes et on mettait le traitement sur les symptômes et à posteriori on faisait les annonces diagnostics s'il y avait besoin

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

■Mémo 111

quand il y a une stabilité quand même.

Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

Les enjeux éthiques, qu'est-ce qu'on dit qu'est-ce qu'on ne dit pas. Je me rappelle il avait été dit qu'il ne fallait pas que ça dure plus de 10 minutes parce que les gens n'écoutent plus, et puis il va falloir redire parce qu'ils sont un peu dissociés sur le côté traumatique de l'annonce

Psy\Retranscription Psy 4 : 6 - 6 (0)

On doit faire une annonce avec une temporalité dédiée, dans un lieu dédié, adapté, calme, sans être dérangé, sans téléphone, ... prenant le temps d'expliquer posément le diagnostic et d'implication en termes de poursuites d'examen diagnostics, de thérapeutiques, le pronostic et ceci en but de favoriser la compréhension, l'information claire et loyale et appropriée du patient

Psy\Retranscription Psy 5 : 1 - 1 (0)

Souvent les annonces diagnostic pour la schizophrénie, théoriquement, cela devrait être fait avec le patient qui dans un état on va dire de quasi récupération, ce qui est très rarement le cas en fait, on arrive souvent avec des 1ers épisodes qui peuvent être initialement très bruyant mais la plupart du temps c'est surtout des 1er épisodes à évolution un petit peu plus insidieuse avec des gens qui ont commencé à avoir des troubles cognitifs, qui ont commencé à avoir une désinsertion sociale, qui sont souvent insuffisamment ou pas encore totalement jugulé d'un point de vue des

signes psychotiques, qui sont encore désorganisés, un petit peu, qui sont délirant, souvent, et en plus et si on arrive à faire en sorte un peu de sabrer les symptômes psychotiques on va tomber sur la dépression post psychotique où là en plus il risque d'interpréter difficilement avec le masque gris de la dépression tout ce qu'on va leur annoncer
Psy\Retranscription Psy 5 : 1 - 1 (0)

Avant annonce

La plupart du temps, j'ai eu un, plusieurs, un ou plusieurs entretiens avec le patient avant
Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

Effectivement c'est l'IRM et bilan sanguin complet avec les anticorps antinucléaires le cuivre ou enfin et toutes les recherches de pathologies vénériennes toutes les causes organiques n'ont pas été écartées, par exemple, je ne vais pas faire d'annonce
Psy\Re transcription Psy 2 : 2 - 2 (0)

je prévenais en général qu'on allait faire une annonce diagnostic au patient un peu avant et souvent les échanges sur les symptômes, etc., étaient assez informels
Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

il y a un temps d'évaluation aussi sur le moment. Où est-ce que le patient est prêt aussi à avoir un diagnostic ou pas
Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

On peut le faire avant, les gens peuvent s'interroger avant une stabilité clinique. Avant la stabilité clinique, je pense qu'il faut rester vraiment symptomatique, qu'est-ce que j'ai ? je ne sais pas, mais par contre enfin, vous avez, je ne sais pas moi tendance à avoir une tachypsychie ou à être désorganisé lorsque vous parlez, est-ce que vous en rendez compte, moi je vous traite là-dessus. Et puis vous avez-vous, vous me dites que vous avez des choses qui se passent dans votre esprit, vous percevez des ondes, ça vous angoisse, moi je traite ça et ensuite, au fur et à mesure, on peut nommer les choses
Psy\Re transcription Psy 8 : 3 - 3 (0)

Les habitudes de service j'ai l'impression de manière informelle on discute du diagnostic du moment quand il peut être compliqué on va apporter nos éléments pour nourrir un peu le débat sur le moment avant, après il y a souvent des débrief après entre nous
IDE\Re transcription IDE 2 : 3 - 3 (0)

Déjà, on a une première idée un peu à J 0 la première visite et puis après 6 mois on va comparer, on va comparer les scores, ils n'auront pas de Rorschach mais on va voir déjà puisqu'ils sont traités normalement du coup au bout de 6 mois ils sont traités
IDE\Re transcription IDE 5 : 2 - 2 (0)

On va discuter généralement autour d'un an de prise en charge
IDE\Re transcription IDE 5 : 2 - 2 (0)

on n'a pas fait de, on n'a pas fait d'annonce à moins d'un mois de prise en charge et ce que j'ai remarqué aussi souvent puisqu'ils sont traités par un anti psychotique, c'est souvent les signes négatifs qui vont persister plutôt
IDE\Re transcription IDE 5 : 2 - 2 (0)

s je suis plutôt dans du temps avant d'annoncer le diagnostic en fait de de pouvoir comme ça, s'il y a vraiment un lien thérapeutique qui est instauré et de confiance avec le patient. Je pense plus on reprend avec lui avec les mots qu'il a pu dire ce qu'il a vécu et ce qui a pu le soulager, ce sera plus entendable après. On s'est d'abord rencontré à tel moment.
IDE\Re transcription IDE 9 : 12 - 12 (0)

Nous avons un staff hebdomadaire et donc au maximum il se passe une semaine entre la consultation d'annonce et le staff suivant. Et à chaque fois au staff suivant on se demande « comment ça va le patient depuis la consultation d'annonce ? » et en fait les « case manager » ont toujours eu un contact dans la semaine pour refaire le point et pour qu'on puisse en reparler en staff. Ce qui permet ça c'est vraiment le staff je crois

Psy\Retranscription Psy 3 : 7 - 7 (0)

On se base pas mal sur l'évaluation que l'on a proposée parce que je trouve que ça a permis qu'il soit déjà entendu parler de troubles psychotiques, de psychose et qu'ils aient une idée assez claire des symptômes qui sont reliés aux troubles psychotiques

Psy\Retranscription Psy 4 : 1 - 1 (0)

On fait souvent un briefing avant, qu'est-ce que moi je veux faire, souvent qu'est-ce qu'ils connaissent, où on en est dans les informations puis après évoquer le diagnostic qu'est-ce que ça veut dire pour eux, évoquer le pronostic, évoquer le ttt et puis évoquer la suite. Psy\Retranscription Psy 5 : 4 - 4 (0)

Oui, alors souvent, on était interpellé par les familles ou par la personne elle-même en disant qu'est-ce que j'ai moi, comme diagnostic, ou quel est le diagnostic de mon enfant ? Quand on était interpellé en tant qu'infirmière, en tout cas par les personnes, d'abord on questionnait de quoi ils étaient au courant, eux, avant de pouvoir dire quoi que ce soit

IDE\Re transcription IDE 10 : 1 - 1 (0)

Post annonce

Ce qui est certain c'est que dans la semaine ils ont un contact avec le patient pour rediscuter de l'entretien pour savoir ce qu'ils ont compris, comment ils l'ont vécu et en fonction de ce que l'on perçoit lors de la consultation d'annonce, parfois dans la journée, il rappelle le patient pour voir comment ça va, s'ils veulent rediscuter de l'entretien, de ce qui a été dit

Psy\Retranscription Psy 3 : 6 - 6 (0)

Cette prise de contact systématique après la consultation en fait c'est spontanément que ça s'est fait dans la semaine on s'assure toujours d'avoir eu un contact avec le patient

Psy\Retranscription Psy 3 : 6 - 6 (0)

Et puis y a tout le débriefing quoi genre alors voilà qu'est-ce que vous en avez pensé ? Est-ce que ce que vous avez des questions par rapport à ce qui s'est dit ? Est-ce que ça a provoqué de l'angoisse est-ce que non pas du tout, au contraire Est-ce que c'est un soulagement enfin je pense que notre place elle est plus dans l'après

IDE\Re transcription IDE 1 : 3 - 3 (0)

■ Mémo 34

Nous avons un staff hebdomadaire et donc au maximum il se passe une semaine entre la consultation d'annonce et le staff suivant. Et à chaque fois au staff suivant on se demande « comment ça va le patient depuis la consultation d'annonce ? » et en fait les « case manager » ont toujours eu un contact dans la semaine pour refaire le point et pour qu'on puisse en reparler en staff. Ce qui permet ça c'est vraiment le staff je crois

Psy\Retranscription Psy 3 : 7 - 7 (0)

Avant, après il y a souvent des débrief après entre nous un débriefing comme après une réa ou une situation compliquée où tu as chaud, c'est plus savoir ce qu'il va falloir compléter reprendre avec le patient derrière

IDE\Re transcription IDE 2 : 3 - 3 (0)

J'essaye après je te dis ce n'est vraiment pas quelque chose qu'on fait nécessairement de manière systématique de poser vraiment un diagnostic.

Discuter des difficultés des troubles, de la suite, oui

IDE\Re transcription IDE 2 : 4 - 4 (0)

■Mémo 40

je trouve que c'est vraiment après l'annonce qu'il y a toute l'importance mais sur le processus d'annonce

IDE\Re transcription IDE 2 : 5 - 5 (0)

■Mémo 46

Voilà questionner déjà le médecin sur comment il a pu formuler les choses pour nous après ne pas faire d'impair et reprendre le même vocabulaire.

Aussi pour savoir vraiment ce qui a été dit

IDE\Re transcription IDE 3 : 2 - 2 (0)

Revenir sur des éléments factuels qui se sont passés dès l'admission et jusqu'à ce moment-là et venir les expliquer, venir les reprendre, les réexpliquer si le patient est en capacité et en demande aussi

IDE\Re transcription IDE 6 : 4 - 4 (0)

un temps de reprise entre guillemets, à la fin de l'entretien entre le soignant et probablement le psychiatre puisque c'est lui qui fait l'annonce diagnostic, théoriquement. Voir la psychologue

IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Un débrief après l'entretien un peu ou en tout cas de l'annonce qui a été faite en équipe du coup, parce que pour moi ça inclut qu'il y ait quand même au moins un psychiatre, un infirmier, voire même une psychologue enfin ça dépend comment tu vois les choses plus en équipe pluri disciplinaire le débriefing auprès du patient, il doit se faire dans un 2nd temps, peut-être une fois l'annonce faite la temporalité dans la semaine qui suit, un temps de reprise peut être avec le patient et le référent et l'infirmier référent. Pour reprendre les choses qui ont été dites durant l'entretien, pour faire un retour

IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Travail en collaboration

En hospitalier ? Non, j'étais avec un infirmier à chaque fois un infirmier pour plusieurs raisons, notamment la cohésion de prise en charge parce que quand on est en intra, le médecin n'est pas autant présent que les infirmiers

Psy\Re transcription Psy 2 : 4 - 4 (0)

Je trouve que les infirmiers, soient présents au moment de l'annonce pour qu'il y est des transmissions à l'équipe de ce qui a été dit et de la manière dont c'était dit aussi et notamment sur certains des symptômes qui peuvent être plus ou moins bien compris par chacun j'étais avec les infirmiers parce qu'on travaille en équipe dans la démarche plutôt du diagnostic d'avoir l'avis des infirmiers sur pas mal de choses, c'est très aidant

Psy\Re transcription Psy 2 : 5 - 5 (0)

Ne serait-ce que pour les symptômes que le patient ne remarque pas quand l'insight n'est pas très important et que nous, on n'est pas suffisamment force avec le patient comparativement à une équipe infirmière en intra et du coup on peut ne pas voir tous les symptômes

je n'ai pas le souvenir de se questionner sur des diagnostics, oui, après, sur la façon de l'annoncer, pas forcément à des temps différents moi c'est plutôt un petit peu comme ça que je le vois

IDE\Re transcription IDE 3 : 2 - 2 (0)

quand il mène l'entretien, il passe à côté de certaines réponses où certaines choses ou de certains comportements non verbaux, que l'infirmier où qui peut être présent lors de l'entretien avec lui, peut aussi gérer, je pense peut aussi reprendre, je pense surtout

IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

un temps de reprise entre guillemets, à la fin de l'entretien entre le soignant et probablement le psychiatre puisque c'est lui qui fait l'annonce diagnostic, théoriquement. Voir la psychologue

IDE\Re transcription IDE 7 : 4 - 4 (0)

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

on est déjà un peu dans la prise en charge sur l'ancrage dans la réalité ou les choses comme ça avec le patient etc on est un peu au-delà du diagnostic.

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

Alors déjà au niveau des symptômes, il y avait quand même une évaluation qui était rapportée par les infirmiers et du coup, c'était parfois intéressant d'avoir les infirmiers qui ont pu constater aussi ces symptômes pour pouvoir s'appuyer sur eux en entretien

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

t le temps hospitalier que le patient passe en dehors du médecin et le membre de l'équipe, c'est aussi pour ramener finalement tout ce qui peut être vu dans le comportement du patient dans les interactions avec les autres patients, dans les temps d'activité, dans le service. Leur parole est extrêmement précieuse parce que nous il n'y a que ce qui se passe en entretien. Et on a besoin aussi d'avoir tous ces éléments là parce que ça participe à la construction du diagnostic.

Psy\Re transcription Psy 7: 7 - 7 (0)

Ça permet aussi d'étayer le discours médical et d'étayer aussi l'hypothèse diagnostique.

Psy\Re transcription Psy 7: 7 - 7 (0)

On ne sait pas, est-ce qu'il est au courant, on ne sait pas. C'est plutôt en équipe, des fois on se disait, mais est-ce qu'il est vraiment informé de son diagnostic. Puis finalement on se rendait compte au fur et à mesure des entretiens et des démarches que non, en fait. Ou alors on ne savait pas nous, c'est à dire que le Psy avait pu le dire, mais nous on n'était pas forcément informé, il n'y avait pas de retour non plus au niveau médical sur cette annonce diagnostic

IDE\Re transcription IDE 7: 5 - 5 (0)

■Mémo 64

Sur le CMP, les médecins voyaient leurs patients seuls, on n'était pas avec eux. Moi où j'étais sur le secteur où j'étais, il y avait les entretiens infirmiers d'un côté et les entretiens médicaux de l'autre, il n'y avait pas tant que ça de collaboration

IDE\Re transcription IDE 7: 6 - 6 (0)

Là où je l'ai vu le plus, c'est sur l'hospitalisation. Pour moi dans la collaboration, c'est plus dans le processus de diagnostic de la maladie que là on a de la collaboration parce qu'on aborde nos éléments cliniques et nos éléments de recueil au quotidien, d'observation

IDE\Re transcription IDE 7: 6 - 6 (0)

En aval, bah une fois que le diagnostic est posé, il y a quand même tout une collaboration pour le suivi.

IDE\Re transcription IDE 7: 6 - 6 (0)

quand la question se pose qd même, ça prend un peu de temps, qu'on soit certain de ce que l'on va dire, et souvent on se met bien d'accord entre nous.

Psy\Retranscription Psy 3: 3 - 3 (0)

on l'appelle pour savoir ce que lui de son côté a dit au patient. Pour lui dire ce que l'on aimerait dire et savoir ce que lui en pense

Psy\Retranscription Psy 3: 3 - 3 (0)

C'est important aussi que le psychiatre traitant sache. Des fois ce n'est pas nous qui le faisons ; c'est le psychiatre traitant qui le fait. On se met d'accord sur ce que l'on va dire comme diagnostic, sur ce que l'on va dire sur les modalités d'évolution et qui va le dire et en gros savoir si c'est le psychiatre traitant sur le secteur ou le psychiatre de l'unité

Psy\Retranscription Psy 3: 3 - 3 (0)

nous avons un staff hebdomadaire et donc au maximum il se passe une semaine entre la consultation d'annonce et le staff suivant. Et à chaque fois au staff suivant on se demande « comment ça va le patient depuis la consultation d'annonce ? » et en fait les « case manager » ont toujours eu un contact dans la semaine pour refaire le point et pour qu'on puisse en parler en staff. Ce qui permet ça c'est vraiment le staff je crois

Psy\Retranscription Psy 3: 7 - 7 (0)

on n'impose pas un cadre au psychiatre avec qui on travaille on se met juste d'accord sur les mots qu'on utilisera comme ça on pourra les reprendre ensuite mais on n'impose pas qu'il y ait les parents systématiquement, que ça se passe en deux temps, chaque psychiatre fait comme il pense que c'est bien.

■Mémo 66

une collaboration plutôt en amont dans le processus d'annonces et en aval dans l'accompagnement

IDE\Re transcription IDE 7: 7 - 7 (0)

Pour moi la collaboration c'est plus, je te dis le côté ETP. Parce que le questionnement concernant la maladie, c'est plus pour moi du domaine de l'ETP

IDE\Re transcription IDE 7: 8 - 8 (0)

■Mémo 69

je pense, ce n'est pas dans la culture et que c'est en lien avec le médecin responsable de la structure en fait, qui travaille beaucoup seul et qui sait

IDE\Re transcription IDE 9: 7 - 7 (0)

■Mémo 75

Psy\Retranscription Psy 3: 11 - 11 (0)

On se concerte en équipe. Bon déjà il y a cette restitution, il y a eu le staff d'équipe classique mais sur l'évolution des patients qui sont pris en charge sur la filière on s'est toujours concerté en équipe avant de se dire « là il serait temps de lui parler de schizophrénie »

Psy\Retranscription Psy 4: 6 - 6 (0)

un discours commun

Psy\Retranscription Psy 4: 8 - 8 (0)

ce serait vraiment l'idéal, ce serait même qu'on fasse un truc en lien avec le généraliste, faire un compte rendu de la consultation d'annonce.

Psy\Retranscription Psy 5: 14 - 14 (0)

Accompagnement

Ne serait-ce que pour les symptômes que le patient ne remarque pas quand l'insight n'est pas très important et que nous, on n'est pas suffisamment force avec le patient comparativement à une équipe infirmière en intra et du coup on peut ne pas voir tous les symptômes

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

on est déjà un peu dans la prise en charge sur l'ancrage dans la réalité ou les choses comme ça avec le patient etc on est un peu au-delà du diagnostic.

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

Pour un meilleur accompagnement de la personne, dans ce but-là, donc pour l'avant et l'après

IDE\Re transcription IDE 4: 6 - 6 (0)

on ne peut pas faire d'accompagnement auprès de ces patients sans être pro actif au départ

IDE\Re transcription IDE 5: 2 - 2 (0)

Et nous, on est vraiment là pour beaucoup plus pour l'accompagner quand même.

l'accompagner quoi, mais vous êtes infirmière vous voyez ce que ça veut dire la présence, la bienveillance, l'accompagnement des échanges sur le quotidien, tout ça ça apaise

Psy\Re transcription Psy 6: 7 - 7 (0)

IDE\Re transcription IDE 7: 8 - 8 (0)

Pluridisciplinarité

quand on est en réhabilitation psychosociale, on est dans une situation comment dire transversale et pas pyramidale

Psy\Re transcription Psy 6: 4 - 4 (0)

e le patient n'est jamais seul, il n'est pas lâché qu'ils se sentent avant tout soutenu même après l'annonce de ce diagnostic. Les choses ne s'arrêtent pas à ça et puis dans d'autres situations, en effet, ça pouvait être avec la présence d'un membre de l'équipe, notamment quand il y avait un entretien familial, il y avait le patient, un membre de la famille et souvent le médecin, prend aussi un membre de l'équipe infirmier ou aide-soignant pour qu'il y ait aussi le discours de l'ensemble de l'équipe, un représentant en tout cas de l'équipe et du coup face aux patients pour aussi donner des explications avec leurs mots à eux et que ce soit pas que quelque chose, justement de médical.

Psy\Re transcription Psy 7: 7 - 7 (0)

on va dire en pluridisciplinarité, mais sans que il n'y a pas de cadre prévu à ça

Psy\Re transcription Psy 9: 5 - 5 (0)

puis pluridisciplinaire avec un temps médical, infirmier et social, parce qu'il y a toujours le médico-social et il faut que ces gens-là puissent bénéficier

Lors de staff, oui, quand on présente nos premières fois, voilà, on présente notre anamnèse, tout ça, on fait des hypothèses et y a, on en parle avec un psychiatre, psychologue, bien souvent, oui, il y a une orientation diagnostique qui se fait après le temps que le patient n'a pas été vu

IDE\Re transcription IDE 3: 1 - 1 (0)

. Ce qui a été aussi prévu, c'est en parallèle un suivi psycho qu'elle n'avait pas avant, pour essayer de travailler la relation justement mère enfants.

IDE\Re transcription IDE 4: 2 - 2 (0)

c'est intéressant sûrement de travailler en équipe

IDE\Re transcription IDE 4: 6 - 6 (0)

, les échanges en fait sont pluri pluridisciplinaires dans le sens où il y a déjà des échelles d'évaluation ? Y a le test projectif avec les psychologues y a toute la dimension clinique, que ce soit médical ou même vous

IDE\Re transcription IDE 5: 2 - 2 (0)

la psychologue, enfin tous les soignants, c'est de désamorcer, de pouvoir mettre des mots et des émotions aussi sur cette maladie qui est annoncée, qui est quand même une maladie chronique

des aides de réhabilitation psycho-social et que tout ça leur soit présenté, par ceux qui manient le mieux

quoi

Psy\Re transcription Psy 9: 11 - 11 (0)

C'est vraiment une discussion d'équipe à laquelle participe le « case manager » du patient, le médecin du patient mais aussi tous les membres de l'équipe. Et l'on se met bien d'accord sur ce que l'on va dire exactement, quels mots l'on va utiliser quels mots précisément l'on va utiliser

Psy\Retranscription Psy 3: 3 - 3 (0)

En fait souvent on se met en lien avec le psychiatre traitant parce que l'on a un « crise manager » par patient, un médecin référent sur l'unité, mais ils ont tous un psychiatre traitant sur le secteur.

Psy\Retranscription Psy 3: 3 - 3 (0)

le « case manager » refait le point avec le patient

Psy\Retranscription Psy 3: 6 - 6 (0)

Moi je pense qu'une consultation pluridisciplinaire dédiée d'annonce à tout son sens en psychiatrie, pour des consultations qui ne sont pas en service d'admission

Psy\Retranscription Psy 5: 10 - 10 (0)

IDE\Re transcription IDE 7: 9 - 9 (0)

s 3 soignants indispensable avec le Psy et l'infirmier. L'infirmier plus dans la permanence, l'IPA dans la continuité des soins et le psychiatre en tant que garant des soins. Mais l'infirmier doit être inclus et pas que l'IPA, il faut qu'il y ait 2 pour moi

IDE\Re transcription IDE 7: 11 - 11 (0)

mais on en parle en amont, en équipe de savoir effectivement comment annoncer des choses.

IDE\Re transcription IDE 10: 1 - 1 (0)

concertée avant on va mentionner le briefing en pré entretien qu'on va faire ça, de là à dire qu'il va une véritable concertation, je pense que concertation c'est trop forme

Psy\Retranscription Psy 5: 10 - 10 (0)

Avoir une consultation avec une assistante sociale, un infirmier, un/une psycho et un médecin c'est l'idéal, mais c'est difficile de mobiliser autant de professionnel d'un coup. Il ne faut pas que ce soit porter uniquement par le médecin, faut que ce soit portée par toute une équipe

Psy\Retranscription Psy 5: 11 - 11 (0)

IPA

les annonces de CMP je pense il a sa place de reprise avec le patient

IDE\Re transcription IDE 2: 6 - 6 (0)

un IPA aussi en service ce n'est pas compliqué mais du coup il peut en avoir un sur la reprise d'un suivi en extra hospitalier. Je pense que là il aurait toute sa place sur la psychoéducation sur peut-être reprendre l'annonce diagnostic un peu plus en longueur avec aussi le recul et la maturité du patient face à cette annonce. Mais sur un temps, un 2e temps quoi le temps de l'extra hospitalier

IDE\Re transcription IDE 2: 6 - 6 (0)

Peut-être avec, ça pourrait être un IPA ou quelqu'un de plus former à ça, mais qu'il soit capable de voir le patient assez rapidement après l'annonce avec des outils et une certaine habitude, déconstruire peut-être plus

rapidement et permettre au patient de se réapproprié plus rapidement le diagnostic que quand c'est fait un petit peu pas à la va vite mais dans le service avec le tumulte de la vie d'un service de psychiatrie, pourquoi pas

IDE\Re transcription IDE 2: 7 - 7 (0)

■Mémo 43

je pense parce que ça va faire partie de notre travail quand même. On est là pour des pathologies chroniques, entre autres, parce que l'IPA va avoir un rôle de garant un peu aussi de collaboration dans les soins avec le psychiatre et avec l'équipe

IDE\Re transcription IDE 7: 11 - 11 (0)

une IPA, ça va faire une personne de plus à gravité autour

IDE\Re transcription IDE 7: 11 - 11 (0)

Partage des savoirs

. J'ai adoré ce boulot parce que chacun apportait en particulier pour cette jeune mais et pour plein d'autres, chacun apportait son morceau de savoir sur le patient, comment ils voyaient et évidemment on avait la synthèse toutes les semaines, des réunions de synthèse 2h

Psy\re transcription Psy 1: 13 - 13 (0)

'on sait partager une sorte de savoir et puis dire est ce que ça correspond à ce que tu es en train de vivre

IDE\Re transcription IDE 1: 4 - 4 (0)

Rôle IDE

Alors déjà au niveau des symptômes, il y avait quand même une évaluation qui était rapportée par les infirmiers et du coup, c'était parfois intéressant d'avoir les infirmiers qui ont pu constater aussi ces symptômes pour pouvoir s'appuyer sur eux en entretien

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

c'est un appui supplémentaire

il n'est pas pendant l'entretien, il est après

IDE\Re transcription IDE 1: 3 - 3 (0)

un rôle de spectateur

IDE\Re transcription IDE 1: 3 - 3 (0)

la vraie intervention elle sera plutôt après

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

l'infirmier doit pouvoir réexpliquer.

Psy\Retranscription Psy 4: 8 - 8 (0)

Les patients vont plus facilement s'adresser aux infirmiers et c'est important d'utiliser les mêmes mots

Psy\Retranscription Psy 4: 8 - 8 (0)

reformuler, mentionner différemment, trianguler

Psy\Retranscription Psy 5: 10 - 10 (0)

IDE\Re transcription IDE 1: 3 - 3 (0)

on va s'arrêter aux difficultés que le patient a dans sa vie quotidienne mais sans aller vraiment sur poser un mot au trouble

IDE\Re transcription IDE 2: 2 - 2 (0)

il est tout seul on peut les voir derrière à sa demande pour une reprise sur un entretien infirmier

IDE\Re transcription IDE 2: 3 - 3 (0)

■ Mémo 39

la relation d'aide

IDE\Re transcription IDE 2: 3 - 3 (0)

On va reformaliser un entretien avec le patient derrière si on sent qu'il y a besoin

IDE\Re transcription IDE 2: 4 - 4 (0)

■ Mémo 44

revenir très vite avec le patient ou ses proches sur ce qu'ils ont compris, sur ce qui a été dit

IDE\Re transcription IDE 3: 2 - 2 (0)

notre rôle il est vraiment là en fait c'est : un 2e temps quoi.

IDE\Re transcription IDE 3: 2 - 2 (0)

un côté de réassurance et vraiment de faire le lien qu'après on sera un interlocuteur aussi privilégié, facilement accessible pour échanger que ce soit aussi bien avec le patient que ses proches

IDE\Re transcription IDE 3: 2 - 2 (0)

un intérêt à le faire dans certaines situations pour pouvoir, reprendre les choses, à posteriori, après post annonce, reprendre les choses avec le patient pour voir ce qu'il en a saisi.

IDE\Re transcription IDE 3: 2 - 2 (0)

pouvoir reprendre avec le, le patient ou ses proches après qu'il repartait, ce qui avait pu être dit quoi, c'était surtout un rôle de soutien

IDE\Re transcription IDE 3: 4 - 4 (0)

éducation

IDE\Re transcription IDE 3: 8 - 8 (0)

je suis convaincu qu'on a un rôle par contre juste après et avant et après d'ailleurs parce qu'avant dans le fait d'apporter des éléments qui vont aider

les médecins au diagnostic et puis après dans l'accompagnement de la personne pour accepter ce qu'il lui arrive quand même.

IDE\Re transcription IDE 4: 2 - 2 (0)

e j'ai essayé de la rassurer sur le fait que plutôt, puis lever ses appréhensions et essayer de lui expliquer que ça allait aider la relation voilà mais ce n'était pas gagné.

IDE\Re transcription IDE 4: 3 - 3 (0)

□Mémo 52

j'avais ma place, j'ai pu, j'ai pu intervenir par exemple surtout en comment dire en tiers quoi

IDE\Re transcription IDE 4: 3 - 3 (0)

□Mémo 54

l'annonce diagnostic oui, généralement déjà nous en amont on fait dire, on fait poser le diagnostic entre nous avant de l'annoncer aux patients, donc déjà on est d'accord sur enfin sur le fait que c'est bien une schizophrénie

IDE\Re transcription IDE 5: 3 - 3 (0)

on va être assez présent dans les suites pour répondre aux questions et voir s'il n'est pas trop impacté par ça, enfin s'il ne se sent pas trop stigmatisé ou quelle représentation il a de de la maladie quoi

IDE\Re transcription IDE 5: 3 - 3 (0)

on va faire le lien avec tous les groupes, comment dire de réhabilitation qui peuvent être mis en place à la suite de ça

IDE\Re transcription IDE 5: 3 - 3 (0)

on est soutenant pour le patient

IDE\Re transcription IDE 5: 3 - 3 (0)

☐Mémo 60

on est comme soutien plutôt que comme annonceur

IDE\Re transcription IDE 5: 4 - 4 (0)

oui ben après, souvent les questions qui viennent, c'est, c'est comment dire, très souvent, il entend bien, par exemple leur fatigue avec le traitement, ben là on peut leur dire que c'est la maladie, la schizophrénie ça fatigue, plutôt commencer un peu à un travail autour de la conscience des troubles et de l'éducation thérapeutique beaucoup aussi.

IDE\Re transcription IDE 5: 4 - 4 (0)

☐Mémo 61

On se questionne beaucoup, surtout en admission, on s'est beaucoup questionné

IDE\Re transcription IDE 6: 1 - 1 (0)

pour débrief, débrief sur l'entretien

IDE\Re transcription IDE 6: 3 - 3 (0)

le soignant est là pour prendre des notes, pour venir apporter des éléments cliniques de son quotidien, de sa pratique

IDE\Re transcription IDE 6: 3 - 3 (0)

e l'infirmier peut faire la jonction entre le discours médical et le ressenti du patient, je pense que l'infirmier peut faire la jonction entre les 2 protagonistes.

IDE\Re transcription IDE 6: 5 - 5 (0)

■ Mémo 63

ce rôle d'observateur et peut-être de pouvoir rebondir en tant qu'animateur

IDE\Re transcription IDE 7: 4 - 4 (0)

un animateur ce n'est pas moi qui tiens le cadre de l'entretien, mais qui rebondit sur des questions ou sur des sujets ou des réponses qui m'ont paru importantes, qui me paraît important de reprendre

IDE\Re transcription IDE 7: 4 - 4 (0)

l'infirmier qui est plus là pour gérer

IDE\Re transcription IDE 7: 4 - 4 (0)

un garant des soins, garant d'une continuité de soins quand même, même s'il y a des ruptures

IDE\Re transcription IDE 7: 6 - 6 (0)

cette fonction, de permanence quand même 24h/ 24

IDE\Re transcription IDE 7: 6 - 6 (0)

l'infirmier qui est présent au moment de l'annonce du diagnostic en hospitalisation, il garde quand même un côté un plus proche

IDE\Re transcription IDE 7: 9 - 9 (0)

être garant

IDE\Re transcription IDE 8: 7 - 7 (0)

peut-être de soutien parce qu'effectivement ils nous connaissent quelque part

IDE\Re transcription IDE 8: 9 - 9 (0)

c'était de la confiance par rapport à tout le lien que j'avais créé avec cette patiente, tu vois, c'était la confiance, j'étais là pour dire je suis là, j'écoute, et en fait, j'aurais rebondi s'il y avait des éléments qui n'étaient pas forcément bien compris ou bien entendu tu vois.

IDE\Re transcription IDE 9: 4 - 4 (0)

pour reformuler

IDE\Re transcription IDE 9: 4 - 4 (0)

l'appuie quelquefois, c'est vrai que les patients, quand ils sont face au médecin, ils peuvent aussi un peu perdre leur contenance, oublier certaines choses. Et nous, on est aussi là pour préciser, mettre d'autres mots, peut-être plus techniques à certains moments donnés

IDE\Re transcription IDE 9: 4 - 4 (0)

Et nous on est là un peu pour compléter quand il y a besoin de compléter des informations quoi.

IDE\Re transcription IDE 10: 1 - 1 (0)

il est là en appui et souvent, en fait en à la fin de cet entretien en famille qui où il y a cette annonce de diagnostic

IDE\Re transcription IDE 10: 1 - 1 (0)

souvent nous on est là pour reprendre ce qui a été dit, pour réexpliquer et réexpliquer les traitements aussi, réexpliquer comment ça pourrait se passer à l'avenir en essayant de pas être alarmiste non plus, parce que

souvent, c'est le traitement aussi qui est mis en avant et puis les peurs de cette maladie quand même qui est assez compliqué quoi

IDE\Re transcription IDE 10: 2 - 2 (0)

l'éducation autour du traitement aussi bon on peut réexpliquer les choses quand le traitement vient là aussi pour faire en sorte que ça se passe bien au quotidien même que les gens ne sont pas forcément réhospitalisés par la suite et que ...

IDE\Re transcription IDE 10: 4 - 4 (0)

le rôle infirmier est plus sur l'explication en post annonce sur les informations et explications de la psycho éducation autour du traitement.

IDE\Re transcription IDE 10: 4 - 4 (0)

le rôle spécifique c'est de la réassurance

IDE\Re transcription IDE 10: 5 - 5 (0)

Projet de soin personnalisé

Elle a participé au groupe d'éducation thérapeutique sur la schizophrénie. Elle a trouvé ça très intéressant. Je crois qu'elle a trouvé ça intéressant car ça lui parlait et non pas parce que c'était une information intéressante

Psy\Retranscription Psy 3: 5 - 5 (0)

Je n'utilise pas forcément ces mots auprès des patients mais j'essaie de vulgariser un peu ça. Ça donne des pistes, ce sur quoi on peut travailler puis mettre des mots sur des angoisses qui peuvent être envahissantes ils ne savent pas trop d'où ça vient.

tu as le temps du plan de soin qui va se faire en préparation à la sortie

IDE\Re transcription IDE 2: 3 - 3 (0)

même si le diagnostic n'est pas définitif ou au moins qu'on essaie de leur expliquer, ce qui motive telle ou telle prescription quoi ça c'est c'est hyper important parce qu'ils peuvent aller voir et du coup ça pourrait même les rassurer, je pense de savoir que c'est dans ce but là, dans un objectif précis, sans que ce soit pour assurément confirmer un diagnostic par exemple

Psy\Retranscription Psy 4: 2 - 2 (0)

IDE\Re transcription IDE 4: 8 - 8 (0)

on ne savait pas trop où on allait dans le projet de soins. On se rendait bien compte que nous on ne savait pas que le patient non plus et qu'il était temps, entre guillemets, de justement, de poser les choses en synthèse avec le Psy pour voir comment on pouvait faire

IDE\Re transcription IDE 7: 5 - 5 (0)

■ Mémo 65

individualisé, c'est un bon terme, je pense, par rapport à sa façon à son projet de soins

IDE\Re transcription IDE 7: 10 - 10 (0)

Avec ce diagnostic, il y a tout un accompagnement qui lui est proposé, pas de sortie immédiate mais tous les contacts, contact hôpital de jour, le CMP ici il connaît déjà, mise en place de l'injection, et avec des entretiens de famille assez réguliers.

IDE\Re transcription IDE 9: 5 - 5 (0)

pour que ce soit réfléchi en fait, sous forme de synthèses qui soient faites ou des points par les personnes qui suivent le patient avec peut être des dates, de la clinique, le suivi, de ce que le patient présente, de ce qu'il dit, de l'évolution de la maladie qui puisse être aussi des outils pour l'annonce tu sais la fameuse histoire, mais des choses qu'on puisse faire ressortir de nos logiciel cariatides et tout peut être un peu noyé, mais si on peut mettre en évidence par exemple le 1er accueil ça puis ensuite lors des différents

entretiens, on peut parler de ci, on peut parler de ses voix. Tu vois des moments où ils repèrent ses symptômes. Qu'ils puissent être après repris.

IDE\Re transcription IDE 9: 11 - 11 (0)

IDE/psychiatre

En hospitalier ? Non, j'étais avec un infirmier à chaque fois

Psy\Re transcription Psy 2: 4 - 4 (0)

je trouve que les infirmiers, soient présents au moment de l'annonce pour qu'il y est des transmissions à l'équipe de ce qui a été dit et de la manière dont c'était dit aussi et notamment sur certains des symptômes qui peuvent être plus ou moins bien compris par chacun

Psy\Re transcription Psy 2: 5 - 5 (0)

quand on est dans le service à l'unité d'accueil médico psychologique et qu'on se trouve face à ce type de questionnement, ce n'est pas spécialement concerté mais il y a beaucoup d'entretiens alors à la fois médical mais aussi qui sont souvent des entretiens médicaux quand ils sont à l'hôpital, sont toujours faits en double, avec un infirmier présent, donc de toute façon, il y a toujours les entretiens peuvent être repris après par l'équipe infirmière et donc ce n'est pas forcément décider au sens décider, organiser mais si on va avoir parlé de quelque chose c'est vrai, que souvent, on se dit ça serait bien que ce soit repris en entretien infirmier cet après-midi ou demain

Psy\Re transcription Psy 9: 5 - 5 (0)

le psychiatre et un soignant avec le patient

IDE\Re transcription IDE 2: 3 - 3 (0)

■Mémo 37

la collaboration aujourd'hui, elle est différente. Je pense effectivement. Enfin, nous nous précisons ici puisqu'on n'a pas de présence médicale donc on échange que par mail où le jour où le médecin est là, mais le jour où le médecin est là, il a plein de consultations, donc voilà le temps d'échange, il est très limité.

IDE\Re transcription IDE 4: 5 - 5 (0)

on prévoit un entretien commun et généralement, toujours à chaque fois, j'ai été là, dans les cas où on a annoncé que ce soit avec Psy 3, avec Psy 4 ou un médecin psychiatre du secteur

IDE\Re transcription IDE 5: 3 - 3 (0)

je ne suis pas très optimiste par rapport à ça. Les médecins voient leur consult non non il n'y a pas, il n'y a plus, je ne sais pas, je n'ai jamais connu en cas de

médecin qui faisait des échanges cliniques

IDE\Re transcription IDE 6: 6 - 6 (0)

les médecins restent dans leur bureau et partent directement sans appel ni rien, ni un au revoir

IDE\Re transcription IDE 6: 7 - 7 (0)

le Médecin est le garant de la prise en charge, l'infirmier présent il est un appui, il est un repère pour le patient

IDE\Re transcription IDE 7: 7 - 7 (0)

pour assurer une sécurité ou pour pointer un comportement qui est inadapté, qui est relevé par nous et que ce soit recadré et dans ces cas-là elle nous reçoit

IDE\Re transcription IDE 8: 8 - 8 (0)

, j'ai presque envie de dire, j'ai

l'impression que c'est non plus pas dans notre culture à nous en fait infirmière finalement. On laisse tomber ça au médecin. Je crois qu'on est très passif, en fait, je suis très passive, et je me dis que notre boulot c'est de transmettre au médecin nos observations, ce qu'on peut voir, les symptômes qu'on peut mettre en évidence. Et après, c'est le boulot des médecins

IDE\Re transcription IDE 9: 7 - 7 (0)

il y a un suivi infirmier et médical, ça, ça ne se fait pas ici, mais d'avoir des entretiens communs avec le patient comme pour faire un bilan, tu vois tous les 6 mois ou toutes les années ça pourrait être quelque chose de pas mal en fait

IDE\Re transcription IDE 9: 11 - 11 (0)

, le médecin étant le garant mais l'infirmier étant celui qui assure la permanence des soins et s'assure de la continuité du soin

IDE\Re transcription IDE 10: 2 - 2 (0)

c'est une autre forme de collaboration, c'est plus au travers de la traduction

IDE\Re transcription IDE 10: 8 - 8 (0)

le médecin il attribue un rôle précis avec des objectifs à l'infirmier dans le travail

IDE\Re transcription IDE 10: 8 - 8 (0)

Psychiatre seul c'est le médecin qui Psy 5 : qui porte la responsabilité d'annonce

Psy\Retranscription Psy 5: 10 - 10 (0)

C'est surtout le médecin qui parle

IDE\Re transcription IDE 1: 3 - 3 (0)

Après sur le temps d'annonce en soi, là c'est le médecin qui est maître

IDE\Re transcription IDE 2: 2 - 2 (0)

ils font ça de manière indépendante

IDE\Re transcription IDE 2: 4 - 4 (0)

C'était vraiment du domaine médical

IDE\Re transcription IDE 7: 3 - 3 (0)

le médecin il a quand même cette fonction, quand même toujours très paternaliste en tout cas de représentation paternaliste du patient.

IDE\Re transcription IDE 7: 7 - 7 (0)

r le psychiatre, en tout cas pour le médical, c'est la cohérence dans les soins qui sont mis en place du fait d'un diagnostic qui a été posée

IDE\Re transcription IDE 7: 7 - 7 (0)

est-ce que ça appartient au patient et avec le médecin

IDE\Re transcription IDE 8: 9 - 9 (0)

la posture du médecin est plus en posture haute que nous, on est plus à leur niveau, on va dire

IDE\Re transcription IDE 8: 9 - 9 (0)

tu sais nous quand on nous demande de quoi souffre ma fille, mon mari on renvoi généralement, toujours au médecin

IDE\Re transcription IDE 9: 6 - 6 (0)

c'est le médecin qui annonce le diagnostic

IDE\Re transcription IDE 10: 1 - 1 (0)

il y aurait du coup l'annonce qui est faite par le médecin

IDE\Re transcription IDE 10: 4 - 4 (0)

ça dépend alors c'est le médecin qui annonce. Effectivement, après ça dépend aussi quel médecin et comment il annonce quoi. Selon la personnalité du médecin ou de la manière d'aborder les choses, ça peut être plus ou moins facile, on va dire

IDE\Re transcription IDE 10: 7 - 7 (0)

■ Mémo 80

Annexe IX/ Exemple d'Entretien Psychiatre

Psy 5 : Dr Jules Eleuterio je suis médecin psychiatre sur l'EPSM Charcot, DESS de Psychiatrie et je suis actuellement en responsabilité de l'unité Pussin qui est une des 4 unités d'admission de l'EPSM, forte de 25 à 26 lits.

IPA : Et donc ce que je t'avais plus ou moins expliqué c'est que je réalise mon sujet sur le travail en collaboration dans le processus d'annonce diagnostic, j'ai donc ciblé le travail en collaboration et du coup ma 1ère question elle est plus autour du processus d'annonce, j'imagine que dans ta pratique tu fais des annonces diagnostics.

Psy 5 : ça arrive oui que je fasse des annonces diagnostics, c'est arrivé quand j'étais interne d'oncologie en 2013/2014 et puis interne en psychiatrie entre 2015 et 2019 et quand j'étais praticien contractuel et chef de clinique des universités depuis 2019.

IPA : alors plus particulièrement en psychiatrie auprès de personnes atteintes d'un trouble schizophrénique et du coup comment tu procèdes ?

Psy 5 : alors nous dans les cours de médecine en 6^{ème} année, un peu avant, mais surtout en 6^{ème} année qu'on l'apprend de façon sérieuse parce que c'est qqchse qui potentiellement être opposable qui peut sortir sur les ECN, le truc le plus important qu'un médecin passe de sa vie avec la 1^{ère} année de médecine.

C'est qu'on doit faire une annonce avec une temporalité dédiée, dans un lieu dédié, adapté, calme, sans être dérangé, sans téléphone, ... prenant le temps d'expliquer posément le diagnostic et d'implication en termes de poursuites d'exams diagnostics, de thérapeutiques, le pronostic et ceci en but de favoriser la compréhension, l'information claire et loyale et appropriée du patient. Bon ça c'est la partie vitrine, c'est ce qu'on est censé faire, c'est la partie idéale théorique. L'idéal théorique il est rarement possible, il est rarement possible mais il faut arriver comme toujours à faire en sorte d'arriver à ... je ne vais pas dire le consensus mais le lien, l'approche, l'asymptote la plus proche possible de cette théorie. Souvent les annonces diagnostic pour la schizophrénie, théoriquement, cela devrait être fait avec le patient qui dans un état on va dire de quasi récupération, ce qui est très rarement le cas en fait, on arrive souvent avec des 1ers épisodes qui peuvent être initialement très bruyant mais la plupart du temps c'est surtout des 1^{er} épisodes à évolution un petit peu plus insidieuse avec des gens qui ont commencé à avoir des troubles cognitifs, qui ont commencé à avoir une désinsertion sociale, qui sont souvent insuffisamment ou pas encore totalement jugulé d'un point de vue des signes psychotiques, qui sont encore désorganisés, un petit peu, qui sont délirant, souvent, et en plus et si on arrive à faire en sorte un peu de sabrer les symptômes psychotiques on va tomber sur la dépression post psychotique où là en plus il risque d'interpréter difficilement avec le masque gris de la dépression tout ce qu'on va leur annoncer. Donc c'est quand même dur, ce n'est pas la 1^{ère} fois qu'on en voit, 1% de la population qui est schizophrène, que le risque d'évolution c'est la dégradation cognitive, la désinsertion sociale, le suicide, ...et ben déjà ça c'est qqchse qu'on doit leur dire parce qu'on est obligé médico légalement de les informer, on est obligé de les informer du fait qu'ils vont nécessiter d'un traitement durant un temps prolongé 2 ans ou 5 ans ou à vie. On sait qu'on a un risque s'ils interrompent le ttt plus tôt qu'il y ait une récurrence qui va d'emblée qualifier sur une évolution péjorative de la maladie. Et tout ça on doit le dire face à cette personne qui n'est pas à 100% de ses capacités et qui ne le sera peut-être plus jamais d'ailleurs et avec une famille qui est des fois aggravantes dans la symptomatologie et qui en même temps en rôle d'aidant.

Pour ainsi dire on se retrouve dans une situation où on doit ménager la chèvre et le chou.

Alors les annonces diagnostics je vais peut-être t'en parler de 3/4, je ne sais pas comment tu avais fait avec les autres personnes. Je peux essayer éventuellement de te présenter au moins 1 ou 2 annonces diagnostic, comment moi je m'en souviens maintenant parce que ça date un peu.

IPA : j'ai eu à faire à des situations, on m'a évoqué des situations, on m'a illustré par des situations

Psy 5 : alors on va dire que le prototype 1 c'est une patiente que j'ai vue ici, ça devait être en fin de l'année dernière ou au début de cette année. C'était quand j'étais à Pussin, on va dire à partir de novembre de l'année dernière.

C'est une jeune femme qui arrive, 23 ans, alors qui arrive, amenée par les urgences sur... c'est une jeune fille qui est suivie par une psycho en libéral qu'elle voit par téléconférence et cette jeune fille exprime à sa psychologue des idées suicidaires. La psychologue l'adresse aux urgences, UMP, transfert en hospitalisation en psychiatrie. Et donc on voit cette jeune fille qui est une jeune fille de 23/24 ans, 22/24 ans disons-nous, mince, très perdue, qui est extrêmement maniérée, très énigmatique, très toquée, extrêmement anxieuse, et qui en fait explique qu'elle a interrompu son traitement par risperdal qu'elle avait depuis de nombreuses années, prescrit par un psychiatre libéral, de je crois que c'est Lorient ou Quimperlé, je ne me rappelle plus, qu'elle a interrompu ce ttt et depuis elle a une recrudescence des idéations suicidaires. Donc cette jeune fille, c'est une jeune fille où très rapidement en posant des questions on s'aperçoit qu'elle a un syndrome d'automatisme mental ancien qui était présent quand elle n'avait pas de risperdal et qui a cédé sous risperdal et qui revenu depuis qu'elle a arrêté le risperdal. C'est une jeune fille qui présente un fléchissement de ses capacités, qui est aide vétérinaire, je crois de mémoire, je ne sais pas si elle était aide vétérinaire, elle était sur un parcours de professionnalisation, elle n'arrive plus à aller au travail, elle a l'impression de moins bien réfléchir qu'avant, elle présente une désorganisation à minima, elle présente un syndrome hallucinatoire avec des hallucinations intra psychiques à type de syndrome d'automatisme mental, il y a une composante de rationalisme morbide mais qui est plutôt caché par une inhibition, y a des tocs très sévères à but de réassurance, mais ça s'est associé. Ça dure depuis très longtemps, ça a juste réapparu après l'arrêt du ttt. D'ailleurs, en fait on s'aperçoit qu'elle a eu quand même un fond délirant malgré le risperdal. Et donc cette jeune fille, on est sur un tableau clinique très évocateur d'une schizophrénie, en fait qui est évocateur d'une schizophrénie, qui dure depuis qq temps avec un risque suicidaire, une des complications graves de la schizophrénie. Et donc je reçois les parents de cette jeune fille, parents qui sont séparés, une mère qui est médecin, un père qui est je ne sais plus trop quoi. Et je suis d'emblée en difficulté, parce que ce sont le père ne dit pas grand-chose, la mère cherche à tout prix à faire coller un diagnostic d'autisme à sa fille.

Cette situation pose problème parce qu'un autiste ne délire pas et encore moins avec un automatisme mental. Le syndrome d'automatisme mental majeur de Clérambault en termes de phénoménologie est pathognomonique de la schizophrénie. J'exprime donc ceci à la mère. Après qu'elle est mentionnée les éléments, je lui explique la triade diagnostic de la schizophrénie. Le fait que cette jeune fille ait été traité depuis de nombreuses années par un ttt par risperdal. Et là, le problème que j'ai, et que cette maman me dit qu'on ne lui a jamais parlé d'un diagnostic de schizophrénie. On lui a parlé d'un diagnostic de psychose.

IPA : d'accord

Psy 5 : dont elle ne s'est pas saisie. L'entretien se passe, on ne peut pas dire qu'il se passe bien. On a quand même l'information par le père qu'il a un frère qui est schizophrène. Donc on commence à avoir notre faisceau d'arguments diagnostic qui se renforcent. Mais la mère veut, persiste à essayer d'envoyer sa fille dans un Centre Ressource Autisme, pour un diagnostic d'autisme.

IPA : et la fille ...

Psy 5 : complètement passive, et elle n'accepte pas le diagnostic de schizophrénie et elle n'accepte pas le diagnostic d'autisme non plus

IPA : et de psychose...

Psy 5 : elle est psychose, heureusement elle est psychose depuis longtemps et que le diagnostic ne change rien. Toujours cette impression que le monde est dangereux, on va dire ça comme ça. Elle avait l'impression de transmission de pensées, que les gens lisaient dans ses pensées quand on la regardait, et qu'on avait une addition soustraction, enfin surtout soustraction de pensées.

Un tableau clinique qui est évocateur hors consommation de toxiques et ce n'était pas le genre à consommer des toxiques d'une schizophrénie déclarée.

Ça c'est un exemple d'annonce diagnostic récent dont je me souviens, où j'étais bien en difficulté car c'est une annonce qui aurait dû être faite avant, qui a sûrement été faite avec plus ou moins de feutre pour cacher le truc ou pour adoucir. Néanmoins, c'est une annonce qui s'est mal passée parce que la mère n'était pas prête, parce que la fille n'était pas prête, le père par contre avait tout à fait compris que c'était ça.

IPA : et du coup tu l'as fait en un seul temps ou tu as vu d'abord la fille et ensuite les parents et la fille

Psy 5 : j'ai vu ... alors habituellement ce que je fais c'est voir les parents et la personne, ou juste les parents et la personne. Là j'avais vu la jeune fille avant. J'en avais parlé déjà, mais elle ne se retrouve pas dans ce diagnostic. Ça fait 10 ans qu'elle est malade, ça fait 10 ans qu'on ne lui donne pas ce diagnostic. Là le médecin qui apparaît en ce ... oui c'est un diagnostic de schizophrénie avec des arguments cliniques qui se tiennent, mais avec le manque, le facteur de durée d'exposition au patient plus faible. On préférera toujours un praticien qui va dans le sens du patient parce qu'il le connaît depuis 10 ans et qui sait que c'est une schizophrénie, qui traite la schizophrénie sans dire que c'est la schizophrénie. Ce qui à mon sens ne rentre pas dans une prise en charge loyale et appropriée du patient Vs le praticien qui dit ben là on arrête un peu.

Ça c'est la 1^{ère} situation clinique qui me fait écho sur les difficultés de l'annonce. Effectivement on y arrive pour poser une étiquette à un système ou un membre d'un système, les membres de ce système ne sont pas forcément prêts à entendre qu'on veut poser une étiquette.

IPA : et du coup cette annonce elle s'est faite à la demande de qui finalement du coup ...

Psy 5 : à la demande du patient et de la famille. Ils voulaient surtout qu'on annonce un diagnostic d'autisme à un diagnostic de schizophrénie.

IPA : ils attendaient surtout que tu les conforte dans leur idée ...

Psy 5 : ouais, c'est un diagnostic qui a été posé dans le fauteuil où tu es ...

IPA : d'accord

Psy 5 : (rires) dans un bureau qui est relativement isolé dans une des ailes du pavillon d'admission, pas directement dans le service, j'avais mon téléphone bien évidemment, c'était un espace de temps dédié, un espace physique dédié, un temps dédié, au vu de la gravité j'avais réservé 1 heure et j'avais une infirmière avec moi et je me demande si je n'avais pas un étudiant ou une étudiante avec moi.

IPA : d'accord, donc du coup cela avait été échangé en équipe en amont

Psy 5 : ouais

IPA : sur ...,

Psy 5 : on fait souvent un briefing avant, qu'est-ce que moi je veux faire, souvent qu'est-ce qu'ils connaissent, où on en est dans les informations puis après évoquer le diagnostic qu'est-ce que ça veut dire pour eux, évoquer le pronostic, évoquer le ttt et puis évoquer la suite.

Alors pour info, la jeune fille avait demandé, la mère avait demandé la sortie de la jeune fille et elle est allée prendre un autre rendez-vous auprès d'un autre médecin. J'ai fourni mon compte rendu pour lui dire ben voilà. Le problème je crois que c'était un neurologue, ce n'était pas, c'était un généraliste qui a fait une capacité, ce n'était pas un psychiatre.

Comme toujours le problème c'est là...

IPA : si je reviens le moment opportun c'est quand même la stabilité, l'abrasion des symptômes positifs

Psy 5 : où le moment où la famille insiste à mort (rires)

IPA : où le moment où la famille insiste, où la demande du patient

Psy 5 : ouais, alors là le problème que j'ai eu c'est qu'effectivement en termes de temporalité, je me demande si ce n'était pas aux alentours de Noël et s'il n'y avait pas l'enjeu qu'elle reparte chez elle.

IPA : d'accord

Psy 5 : en tout cas, la décision d'annonce a été trop rapide mais je pense qu'on était coincé avec les enjeux familiaux, systémiques. Et puis coincé aussi dans le fait qu'on était face à une famille qui était dans la minimisation des troubles et qu'il fallait aussi leur faire comprendre la problématique. Comme si l'annonce pouvait faire avancer le positionnement de la famille.

IPA : il y a une grande ambivalence aussi, dite moi surtout mais surtout ne me dite pas

Psy 5 : Dites-moi ce que je veux entendre ou ne me dites rien, mais ça c'est très souvent le cas dans les annonces diagnostiques.

En onco, il m'est arrivé d'être confronté à des situations éthiques compliqués. Alors je vais parler de cette 2^{ème} situation.

J'étais un peu plus jeune interne et j'étais un peu plus ...

Donc c'est cette dame, que ... 39 ans, j'étais interne en oncologie à ce moment-là et j'ai fait un dimanche de garde aux urgences de la cavale blanche et je vois arriver cette patiente avec un cancer du sein triple négatif. Prise en charge déjà sur 2 lignes de chimio en palliatif, pour métastases multiples, métastases hépatiques, métastases osseuses, devait y avoir des métastases ganglionnaires. Et donc cette femme arrive pour un malaise étiqueté embolie pulmonaire, étiqueté embolie pulmonaire. Cette dame a fait un malaise où elle est tombée avec une baisse de tension, on n'a pas eu plus d'infos et donc elle arrive aux urgences.

Euhhhhh ... Effectivement elle a un cancer, évolutif avec un risque de thrombo embolie. Ben ce n'est pas une embolie qu'on va trouver, c'est une dame qui a fait une crise d'épilepsie sur découverte de localisation cérébrale de son cancer du sein. Cette dame elle est en post comitiale, elle n'est pas forcément très bien et surtout on a une famille qui nous demande ce qu'il se passe. On nous a dit qu'elle allait mieux, qu'elle allait guérir de son cancer, qu'elle allait mieux avec les séances de chimio qu'est-ce qu'on fait.

Donc on est aux urgences qu'est-ce qu'on fait ? et ben surtout on dit elle va être hospitalisée en cancérologie pour suite de bilan. On fait un scanner cérébral, on s'aperçoit qu'il y a des lésions hypodenses enfin surtout des zones hypodenses au niveau cortical et sous cortical chez cette dame. Qu'il n'y a pas d'effet de masse, c'est une dame qui a des métastases cérébrales qui viennent d'être découverte sur une crise d'épilepsie dans un contexte de cancer évolutif. Voilà ça ne sent pas bon pour le pronostic.

IPA : hum hum

Psy 5 : c'est une dame qui va mourir très rapidement. Elle est donc transférée en oncologie. Le samedi suivant, je suis de samedi matin en oncologie, le samedi matin en oncologie à Brest on fait le tour du service d'hospitalisation continue d'onco hématologie pour voir les situations cliniques, et je retrouve cette dame. Cette dame qui est restée une semaine du dimanche au

samedi avec très rapidement une IRM cérébrale, en début de semaine, qui a montré des localisations secondaires et elle est restée sans voir un médecin toute la semaine.

IPA : hum hum

Psy 5 : (grimaces) quand je demande à mon senior, surtout t'annonces rien, tu ne dis rien, elle sera vu la semaine prochaine.

Qu'est-ce que je fais-moi quand je suis confronté à une patiente qui me dit qu'est-ce que j'ai docteur ?

Ça c'est un exemple d'annonce qui a été fait peut-être de façon inappropriée de ma part, mais néanmoins on était obligé dans cette situation-là de ne pas sortir de la chambre en disant je vais vous dire de revoir qqn. Je lui ai dit qu'elle avait des localisations cérébrales secondaires à son cancer.

Ça c'est une situation clinique qui est compliquée, c'est une dame qui a tout de suite compris que c'était foutu. Et qui a tout de suite compris, parce qu'elle n'était pas bête, qu'en fait on l'avait baratiné que sa tumeur était en régression. Ça c'est une autre situation un peu complexe.

Une situation complexe parce que c'était une dame qui était très en colère, très colère contre le service, très en colère contre moi, parce que moi j'ai fait une annonce en même temps c'est une dame qui a demandé à avoir des informations.

Surtout dites-moi et me dites pas ce que j'ai... Dites-moi qqchose qui va dans mon sens.

Elle avait aussi un effet des localisations tumorales sur son cerveau.

IPA : alors dans les 2 situations que tu as citées, il y a des similitudes, parce que dites-moi mais en même temps allez dans mon sens. Donc finalement dans ce processus d'annonce, comment faire parce qu'il y a l'annonce en elle-même, mais quand je parle de processus, il y a différent temps en fait

Psy 5 : l'annonce on nous la donne comme obligatoire en médecine, dans un contexte dédié, un temps dédié, avec un patient qui a cheminé.

Mais en fait c'est une situation qui arrive très rarement. Les patients ont rarement cheminé pour avoir une idée de ce qu'ils ont, et être réceptif à l'annonce surtout dans une situation aigue.

IPA : surtout dans la situation aigue...

Psy 5 : après la question subsidiaire, est-ce qu'être en service d'onco sans voir un médecin c'est de l'aigu.

IPA : après la question aussi est-ce qu'en service d'admission en psychiatrie on peut faire des annonces. Est-ce que ça peut se faire à postériori...

Psy 5 : les gens, les patients enfin les usagers quand il ..., la 1^{ère} question c'est qu'est-ce que j'ai Docteur, la 2^{ème} question c'est pourquoi vous me donnez un antipsychotique Docteur.

Ça veut dire quoi je suis psychotique, je suis anxieux, je suis schizophrène c'est marqué que ça se donne aux schizophrènes...

IPA : d'autant plus qu'on est dans une discipline où on n'attend pas le diagnostic pour traiter

Psy 5 : c'est ça, donc on est obligé d'expliquer le diagnostic, le diagnostic qui se fait sur des arguments de temps et de durée, des arguments de fréquence, sur la symptomatologie et sur l'évolution. Donc on est rarement sur une annonce 100% fiable, surtout en psychiatrie où la corrélation entre les diagnostics prend beaucoup de temps (rires) et est très, le diagnostic change très souvent. La stabilité diagnostic elle n'est pas évidente en onco et en longitudinale en psychiatrie. Donc c'est ça qui est intéressant aussi, l'enjeu de l'annonce s'est aussi de ne pas enfermer le patient dans un diagnostic qui aura un pronostic moins bon, qui a un pronostic statistiquement moins bon que celui du pronostic individuel du patient.

Je ne sais pas si je suis clair

IPA : si si tout à fait, finalement ce que je comprends c'est comment mobiliser ses ressources aussi à ce moment-là, c'est ne pas l'enfermer dans des critères

Psy 5 : c'est l'effet du chat de Schrödinger, si tu regardes dans la boîte en disant qu'il est mort il sera sûrement mort. Si tu dis qu'il va être schizophrène et qu'il va faire 25 récidives et qu'à la fin il ne pourra pas sortir de chez lui sans que le chat du voisin veuille le manger ou lui vider son cerveau. Le mec il ne va pas apprécier beaucoup son diagnostic de schizophrénie, il va se rapprocher du diagnostic d'autisme qui lui donne une AVS, qui lui donne le droit d'aller sur les hôpitaux de jour ... ça c'est un truc important il faut qu'on arrive quand on donne un diagnostic à ne pas en faire qqchse de péjoratif ...

Et en même temps, on ne peut pas ne pas lui annoncer le risque sinon ça ne sert pas à grand-chose.

Alors est ce que je peux donner un autre exemple qui s'est un peu mieux déroulé, euhh...

IPA : du coup dans les informations que tu délivres c'est plus autour du symptôme, des différents symptômes que le patient a, où du coup tu vas t'enquérir de et bien vous qu'est-ce que vous en pensez ?

Psy 5 : souvent ce que je fais, moi je pars de l'expérience du patient, de l'expérience de qu'est-ce qu'il vit ? Est-ce qu'il vit des hallucinations ? Est-ce qu'il vit la désorganisation ? Est-ce qu'il vit de l'anxiété ? Est-ce qu'il vit ... ? enfin ce qu'il ressent. Souvent ce sont des entretiens avec les membres, avec des aidants, la famille, conjoint, ce genre de chose, que je questionne. Récemment on a eu un jeune qui est arrivé, il nous livrait une expérience très lisse, il ne nous disait pas grand-chose et pourtant les parents l'avaient vu sur des moments de désorganisation quasi catatonique, voire catatonique, à rester debout à regarder ses pieds pendant une demi-heure dans le jardin, sans parler ou des fois rien.

Voilà ça c'est un exemple ou pour le coup on a dû rappeler au patient ce qu'on avait vu, le père qui n'était pas très adapté, il nous a quand même sorti une vidéo de son fils, en train de faire effectivement un état catatonique, n'y avait plus personne aux manettes (sourire). Donc il était debout comme ça à regarder et ça a duré une demi-heure. Ça le patient ne pouvait pas nous le livrer et c'est pourtant pathognomonique d'épisode catatonique, bref...

Moi je me base sur les expériences du patient, enfin sur le vécu du patient, sur ce qu'à constater la famille et la plupart je replace ça dans ma grille diagnostic : ça dure plus de 6 mois, vous ne consommez pas de cannabis, dans ce contexte vous n'arrivez plus à travailler vous restez chez vous, vous êtes isolé, vous n'arrivez plus à penser, blablabla, y a des moments où vous êtes désorganisés, y a des moments où vous êtes étrange, y a des moments où vous bloquer pendant quelques temps, à plus du tout parler, et même vos parents vous disent « t'étais en train de dire quoi » ça n'a aucun sens et puis après y a les expériences les phénomènes élémentaires hallucinatoires ou interprétatif ou intuitif ou imaginatif et là on peut construire un petit les éléments qui qualifient le délire, le délire de désorganisation, d'évolution etc pour poser le diagnostic.

J'essaie de le construire comme ça, d'explicitier à chaque fois les choses. En disant que moi j'ai constaté ça, les parents ont constaté ça, pour vraiment montrer le raisonnement, pour que ce ne soit pas un diagnostic asséné de but en blanc comme ça et montrer qu'il y a des arguments.

IPA : du coup quel impact cela peut avoir sur la personne soignée ?

Psy 5 : souvent ça rassure beaucoup la famille quand ils sont prêts à entendre.

Le patient ça dépend du degré d'insight, ça dépend de l'alliance, ça dépend de la confiance dans le soin, ça dépend du côté un peu pas dire conspirationnisme mais du fond paranoïaque que peut avoir le patient et puis effectivement des expériences éventuelles, la signification qu'il met derrière ses expériences.

Un patient qui arrive en disant qu'il est l'envoyer de Dieu, il est plus difficile de le convaincre qu'il est schizophrène surtout s'il y a une meilleure insertion sociale y a un meilleur diagnostic, que si on des gens qui pensent qu'on leur envoie des ondes ou y a des espions du KGB qui leur envoient des ondes, en général ça ne passe pas socialement.

Je ne sais pas si je réponde à ta question.

IPA : si si et du coup au niveau de la relation, tu disais qu'il fallait une bonne alliance, finalement l'impact de l'annonce sur la relation, ça l'impact ou pas ?

Psy 5 : ça dépend, ça dépend, pour la petite jeune fille dont j'ai parlé avant ça était très simple, on a plus entendu parler d'eux sur l'hôpital.

Euh, euh

Y a certains patients qui apprécient qu'on leur dise les choses, est ce que je peux trouver un exemple, je n'en ai pas de très saillant. Cette dame bipolaire qui est arrivée avec un état de manie, avec délire de persécution et mégalomaniaque, qui est arrivée vraiment en difficulté, là pour le coup on a mis d'emblée un ttt thymorégulateur, elle a d'emblée questionné pourquoi un ttt thymorégulateur « chui bipolaire » ben on ne peut pas trop dire non dans le contexte là.

Euh là aussi ça a été un travail d'éducation, elle ne souhaite pas être suivie par qqn d'autre que moi-même même si je crois dans la répartition elle n'est pas pour moi et au contraire le fait d'avoir été honnête avec elle à lier une relation d'alliance thérapeutique qui est quasi à toute épreuve.

IPA : après c'est la bipolarité ce n'est pas la même chose ...

Psy 5 : ce n'est pas la même chose que la schizophrénie, après y a certain pour qui je n'ai pas fait d'annonce, je n'ai pas fait d'annonce où là le fait de reprendre tout ça de faire une 2^{ème} consultation d'annonce même s'ils étaient déjà au courant. Le fait de se poser et de prendre du temps avec les personnes d'expliquer pourquoi on raisonne, d'explique ce qu'on essaie de cibler, c'est presque une annonce on va dire thérapeutique que d'annonce diagnostic ou pronostic. Là par contre le fait de prendre du temps pour expliciter la démarche, les enjeux, les objectifs, ça joue aussi.

Ça ne rentre pas trop dans la question de l'annonce ...

IPA : si si, finalement y a l'annonce mais il n'y a pas que l'annonce il y a tout le processus, ce que je disais y a l'amont, l'annonce en elle-même (pendant) et l'après et ce que j'interroge aussi c'est la collaboration, le travail en collaboration médecin, paramédicaux, famille, patient et c'est vrai qu'en admission les personnes que j'ai pu interroger les psychiatres et les infirmiers dans la pratique en admission ça se fait, ce duo-là médecin infirmier. En CMP pas forcément ...

Psy 5 : autant en service d'admission, il faut à tout prix que ce soit multidisciplinaire, en temps dédié tout ça. Moi je pense qu'en consultation, en médical seul au CMP ça n'a pas lieu. Les consultations au CMP par définition ce n'est pas un temps isolé, ce n'est pas un lieu dédié, ce n'est pas un lieu accueillant forcément et au vu de la pression majeure au CMP l'annonce au CMP : mauvais plan.

IPA : d'accord

Psy 5 : pour moi l'annonce au CMP dans les conditions actuelles ce n'est pas possible, c'est-à-dire que la consultation d'annonce elle est éprouvante pour le patient, éprouvante pour la famille, elle aussi éprouvante pour le professionnel. On ne peut pas bâcher, on ne peut pas bâcler, on ne peut pas expédier ce genre de chose.

IPA : et du coup ce serait où ce lieu ?

Psy 5 : alors je vais reprendre un exemple d'onco, j'ai fait un stage de, pas très longtemps, parce que c'était un stage coupé en 3 semaines en service de chirurgie ORL à Brest, Pr Marinowski, ils avaient une consultation dédiée cancéro ORL, consultation d'annonce : 1 heure avec les infirmiers je crois qu'il y avait peut-être les étudiants en médecine, le chirurgien et je me demande s'il n'y avait pas l'onco ou le radiothérapeute oncologue. Une vraie consultation, enfin je crois que la consultation de l'onco se faisait directement après ce n'était pas dans le même lieu mais c'était un fast track, c'était très rapide toute la journée sur la consultation et tu avais une heure dédiée avec le chirurgien comment il allait couper, qu'est-ce qu'il allait faire et les conséquences. Moi je pense qu'une consultation pluridisciplinaire dédiée d'annonce à tout son sens en psychiatrie, pour des consultations qui ne sont pas en service d'admission.

IPA : d'accord mais du coup

Psy 5 : isolé

IPA : isolé de la consultation au CMP, isolé de l'hospitalisation, le lieu reste à définir et le temps c'est en dehors de ses 2 entités là

Psy 5 : ouais ouais, par contre la question c'est comment faire avec les effectifs, à mon sens ce n'est pas possible à ce moment-là mais faut pas qu'on arrive à niveler vers le bas sur les pôles.

IPA : on arrive tout de suite à la fin c'est intéressant, du coup mon questionnement c'est est ce que l'annonce se fait de façon concertée, sachant que l'annonce revient au médecin, mais est ce que c'est échanger en équipe pluridisciplinaire, est ce ça se fait de façon concertée en équipe, quel est la place de chacun, sachant que c'est le médecin qui

Psy 5 : qui porte la responsabilité d'annonce

IPA : et le soignant qui accompagne, qui est plutôt là pour entendre et pour accompagner ensuite

Psy 5 : reformuler, mentionner différemment, trianguler

IPA : et faire un débriefing

Psy 5 : Alors donc reprenons la 1^{ère} question

IPA : est-ce que l'annonce se fait de façon concertée en pluridisciplinaire

Psy 5 : alors oui, concertée avant on va mentionner le briefing en pré entretien qu'on va faire ça, de là à dire qu'il va une véritable concertation, je pense que concertation c'est trop formel.

IPA : mais en tout cas il y a un échange sur éventuellement qui fait quoi, les mots qui vont être utilisés

Psy 5 : alors les mots je ne pense pas que dans ma version du briefing pré consultation famille où on va parler du diagnostic, ce soit directement fait, on peut dire que c'est une consultation qui va comporter une part d'annonce mais ce n'est pas qu'une consultation d'annonce. Par ce qu'en psychiatrie il est difficile d'isoler consultation d'annonce, alors que rencontrer un psychiatre qui va rencontrer pendant une heure pour vous expliquer que vous êtes schizophrène au revoir qui n'essaie pas de faire du lien, qui n'essaie pas de faire de l'alliance, qui n'essaie pas de contextualiser la prise en soin et la consultation actuelle : marche pas.

C'est une heure de consultation pour expliquer qui on est, faire une place dans la vie du patient, expliquer pourquoi on pose un diagnostic et tout ça c'est 1h, 1h30 et des fois en plusieurs fois avec des intervenants familiaux.

IPA : avec un binôme possible ou c'est principalement médical

Psy 5 : alors moi je ne conçois pas faire des consultations en psychiatrie avec au moins un infirmier avec moi.

Avoir une consultation avec une assistante sociale, un infirmier, un/une psycho et un médecin c'est l'idéal, mais c'est difficile de mobiliser autant de professionnel d'un coup. Il ne faut pas que ce soit porter uniquement par le médecin, faut que ce soit portée par toute une équipe.

IPA : oui pour que ce soit ensuite relayé, accompagné, entendre ce qui a été dit pour pouvoir le reprendre et l'expliquer

Psy 5 : et l'autre point important c'est quid du portage du diagnostic face à un autre médecin parce que la stabilité du diagnostic en longitudinal en psychiatrie c'est très faible. Personne ne va présenter un trouble d'allure bipolaire va avoir un diagnostic de bipolarité puis traiter pour une bipolarité puis on va s'apercevoir au bout de 2 ans qu'il délire en dehors des états thymiques hauts ou bas, donc on va dire qu'on est plutôt sur un trouble schizo affectif et puis à la fin on va s'apercevoir que la personne carburée à l'ecstasy tout le temps et c'était une pharmaco psychose. C'est un exemple un peu caricatural mais c'est un exemple que la personne qui va avoir une pharmaco psychose va invalider les diagnostics antérieurs.

IPA : ça montre aussi l'incertitude aussi

Psy 5 : n'y a pas la difficulté à annoncer un diagnostic en être certain de la difficulté d'une famille d'un patient et d'un patient à avoir confiance par le professionnel sachant que plus tard ça peut être invalider par un autre professionnel qui a un prisme de lecture différent.

IPA : et il y a aussi le caractère évolutif

Psy 5 : et effectivement il y a un dernier truc c'est qu'on travaille en psychiatrie et la symptomatologie des schizophrènes c'est la persécution avec un mécanisme délirant interprétatif avec des fois des délires mégalomaniques. On est confronté à des personnes où le rapport à la réalité peut être altéré ou abolie et dans ce contexte le risque c'est d'avoir des gens qui vont enregistrer tout ou partie de l'information et euh ... (ce n'est pas un barrage, rires) j'essaie de reformuler le truc mais on est aussi face à des gens qui vont faire un retour à postériori de ce qui s'est passé, qui vont réinterpréter avec une réorganisation de la réalité, donc il convient de faire vachement attention à ça, il faut faire vachement attention et c'est pour cela qu'il ne faut pas être seul à porter ça et faut pas être seul en face de la famille. Comme la consultation d'annonce en onco sauf avoir en plus avec la personne qui peut réinterpréter de façon délirante à postériori ça rajoute ...

IPA : à la différence avec la consultation d'onco c'est très paramétrer, c'est très protocolé il y a l'annonce et puis il y a le suivi post annonce, l'accompagnement de suivi et c'est très ...

Psy 5 : on gagnerait fortement à s'inspirer de l'onco pour faire des consultations d'annonce et on gagnerait énormément à s'inspirer de la stadification ou de la gradation stadification en onco pour la prise en charge de la schizophrénie. D'ailleurs c'est les reco Orygen 2016 du du des Australiens qui classent en stat l'évolution des psychotiques et ça non seulement si on arrive à le remettre dans nos raisonnements, ce serait top.

IPA : du coup ça répond un peu à ma question est ce qu'il y a un temps formalisé autour de l'annonce diagnostic

Psy 5 : alors faudrait pas prendre la famille en disant alors on va vous annoncer que votre fils est schizophrène, on fait une consultation où on sait qu'il y aura une composante quasi inévitable d'annonce diagnostic. Après ce serait peut-être bien, effectivement, de dire, de spécifier dans les transmissions et dans notre ... en gros de dire on va faire une consultation famille avec consultation annonce ou avec composante d'annonce. Peut-être que ça peut être intéressant de le formuler comme ça, entretien famille avec composante d'annonce diagnostic. Oui ça peut être intéressant de le dire comme ça.

IPA : et du coup, ce que je comprends c'est un temps formalisé autour enfin ce serait intéressant la plus-value ce serait ...

Psy 5 : on aime bien se faire mal (rires), la plus-value je pense que c'est une plus-value éthique, c'est-à-dire quand on fait le serment Hippocrate on est censé faire une prise en charge qui est pour le bien du patient, avec une information claire, loyale et appropriée. Pour moi, l'information claire, loyale, appropriée elle est nécessaire, obligatoire, elle doit être mesurée et adaptée aux capacités du patient à recevoir l'information mais il ne faut pas que sa bride derrière ce risque que le patient ne soit pas en capacité d'entendre, pour se défilier. Or moi en psychiatrie, je vais peut-être faire un peu mégalomanie, parano en disant ça mais j'ai constaté quand même pas mal de situation où on a laissé pourrir la personne pendant 5 ans ou 10 ans avec du

risperdal et quand il questionne qqn avec qui il arrive à faire du lien en disant « *qu'est-ce que j'ai Docteur ?* ». Le mec il a déjà la réponse, le mec il a déjà cherché sur internet, le mec il sait très bien que depuis 10 ans on le traite avec un médicament qui fait éteindre les hallucinations. Quand il a arrêté, il a eu des hallucinations, il a regardé sur internet, ce qu'il attend c'est qu'il est qqn de confiance qui confirme son truc.

IPA : oui parce qu'en général ils savent

Psy 5 : Ah mais bien sûr qu'ils savent, ils savent, ils savent...

IPA : ils savent, ils cherchent

Psy 5 : ils savent même mieux que nous les effets indésirables des médicaments parce qu'ils les prennent, donc évidemment qu'ils savent qu'il y a un trouble délirant chronique, alors ils n'ont pas les mots, ils disent que ces des voix dans la tête, ils disent que c'est l'impression que les espions du KGB contrôlent leurs actes à distance, ils disent que voilà on les insulte dans le bus, tout le monde lui crache dessus, l'insulte. En fait c'est la question de la confiance dans l'annonce, il faut que le professionnel se sente en confiance pour dire les choses et aussi que le patient enfin que le patient en même temps ait envie d'être en confiance avec le soignant.

IPA : justement en parlant de confiance, est ce qu'un protocole dans l'annonce diagnostic en psychiatrie serait intéressant ? ça sécuriserait la pratique ?

Psy 5 : Après est ce qu'on arriverait à dresser les professionnels de santé en psychiatrie qui sont par définition indressable, qui vont te dire que la psychiatrie elle est personnalisée, il faut faire avec l'individualité de la personne, blablabla, les protocoles

IPA : alors le mot protocole, il peut faire sursauter

Psy 5 : faut standardiser les pratiques

IPA : alors voilà peut-être une démarche plus standardisée, systématisée, enfin qqchse sous forme de guide

Psy 5 : faut standardiser les pratiques d'une spécialité qui a l'impression qu'il ne faut pas standardiser. Alors on voit dans les effets indésirables dans les médicaments, les effets indésirables et les dangers des thymorégulateurs, le risque suicidaire. On a besoin d'éléments, de trucs standardisés, reproductibles qu'on puisse déconstruire à l'aune de l'évidence de base médecine. On ne peut pas si les professionnels de psychiatrie n'en sont pas convaincus. Je pense qu'individualiser, pas une to do list, un protocole ou des grandes lignes d'annonce diagnostic c'est hyper important. Et les individualiser pour qu'elle figure au dossier c'est très important, y a des patients qui découvrent qu'ils sont schizophrènes quand ils lisent le code CIM 10 de leurs comptes rendus. Ça ce n'est pas top (bis), il va regarder sur internet il va dire *oh c'est des mecs qui découpent des têtes d'infirmières à Pau*, puis voilà, après il fait quoi le type. Faut lui expliquer que non ce n'est pas le cas, en fait il faut avoir confiance en le patient, il faut que le patient ait confiance en nous.

Moi la question de la standardisation, je pense qu'il faut standardiser en psychiatrie, et que à un moment (c'est enregistré) où la vieille psychiatrie qui ne supporte pas, par position soixante huitard, qui ne supporte pas les dogmes, qui ne supporte pas les pratiques cadrées, ils vont être en retraite ces gens. On pourra avancer avec un truc un peu plus standardiser, un peu plus protocoliser. C'est pas mal le protocole. Je préfère que qqn me dise on est à 3 mois il faut faire un prélèvement pour Monsieur Machin s'il a des conséquences sur son ttt neuroleptique, si on est en train de lui amputer 20 années de vie à cause du cholestérol du diabète qu'on lui file, plutôt que de dire *oh ben non c'est quand je voudrais*, je préférerais à cet épée Damoclès là.

Après je le fais assez souvent, je re questionne le diagnostic face aux personnes, je leur demande toujours *vous avez quoi ? qu'est-ce qu'on vous a posé quoi comme diagnostic ? dans quoi vous vous retrouvez dans ce diagnostic, qu'est-ce que ça veut dire pour vous ? Non ce n'est pas que vous avez deux personnalités, est ce que vous avez déjà eu des hallucinations, est ce que vous avez déjà déliré ?*

IPA : finalement ce que tu dis, une façon standardisée ça donnerait aussi des perspectives à la personne, des échéances enfin en tout cas une vision d'ensemble, de voilà ...

Psy 5 : faudrait que l'annonce diagnostic, thérapeutique et pronostic en psychiatrie ce soit comme se présenter, ce soit nécessaire, comme le recueil de données administratives *vous êtes né où ? quel est votre diagnostic ? qu'est-ce que c'est pour vous ?* voilà pour moi cela devrait être nécessaire et obligatoire, cela devrait être figuré dans le dossier quitte à faire signer une feuille au patient pour dire vous êtes hospitalisé pour ça, vous avez ça, quels arguments, et l'informer de façon loyale et appropriée qu'il est possible aussi que le diagnostic est évolué dans le temps. L'archétype par exemple c'est l'autisme, ces enfants autistes qu'on positionne autiste par ce que ça donne des avantages en termes de prise en charge spécifique et puis qui délire 2 ans plus tard, ah il est toujours autiste, ah non il construit des astéroïdes pour la nasa en se concentrant ce n'est pas vraiment de l'autisme.

IPA : oui et puis il y a eu aussi des phénomènes de mode aussi à un moment donné

Psy 5 : oui, il faut savoir qu'il y a des enveloppes dédiées pour des projets en lien avec l'autisme. C'est-à-dire que si tu présentes un dossier pour faire un truc d'autisme, tu as plus de chances de financement par ce que tu as des enveloppes dédiées que si tu fais un truc pour les enfants avec un retard mental. Alors si tu fais les enfants avec un retard mental et tu fais un peu d'autisme, ben tu as des trucs, mais si tu fais un retard mental seul non. Ça c'est la start up nation, c'est comme ça, on a besoin de truc clinquant, nouveau, on valide pas forcément les choses qui sont bien faites d'un point de vue méthodologique, bref. Donc l'annonce diagnostic en psychiatrie, il faudrait une entrée dédiée au dossier médical, une consultation dédiée avec entretien famille, et il faudrait réussir un peu à la rendre obligatoire. Et euh si on pouvait alors là ce serait vraiment l'idéal, ce serait même qu'on fasse un truc en lien avec le généraliste, faire un compte rendu de la consultation d'annonce.

IPA : Ah ben oui

Psy 5 : et étayer ça par de la neuropsychologie et étayer ça par du somatique, voire de la neuro, de l'imagerie, enfin faire une vraie consultation standardisée, bilan, stadification, annonce ...

IPA : un vrai dispositif

Psy 5 : un vrai dispositif comme en onco, on les perdrait beaucoup moins, parce qu'en oncologie le truc le plus important ce sont les réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP). C'est le fait qu'en France on a des référentiels qui disent que si on a tel cancer à tel grade il faut traiter comme ça sinon c'est perte de chance et c'est opposable. Le problème de la psychiatrie c'est moche on n'aime pas, les gens sont fous, et on ne gagne pas beaucoup d'argent dessus. Si on pouvait faire des prises en charge dédiées pour la schizophrénie qui est quand 1% de la population. C'est le truc qui cause le plus d'incapacité avec les AVC, je ne me rappelle plus ce que j'avais mis dans l'intro de thèse c'est 5^{ème} cause de handicap ou un truc dans ce goût-là. Enfin bref, chaque schizophrène coûte à la société 10 000 par mois en coût direct et indirect.

IPA : enfin je me demande s'il n'y a pas la bipolarité avant

Psy 5 : c'est possible, je ne me rappelle plus, mais ça a un coût socio-économique important, ça un coût individuel terrible et on voit que le problème c'est les récidives sur les interruptions de traitement et ben là c'est si le patient n'a pas confiance, qui est bouffé par la maladie. Intervention précoce, dispositif dédié, annonce dédiée, injection retard systématique (rires).

IPA : c'est bon pour moi

Psy 5 : est-ce qu'il y avait des points supplémentaires avant de conclure cet entretien

IPA : pour moi on a tout abordé, pas dans le bon ordre mais ce n'est pas grave.

Fin

Annexe X/ Exemple d'Entretien Infirmier

IDE 2 : Je suis infirmier de 2012, je n'ai pas commencé du tout en psychiatrie, je suis sorti du diplôme ce n'était jamais en psychiatrie, je suis allé aux urgences. J'ai fait 4 ans d'urgence et on est arrivé en Vendée avec ma femme et je me suis dit que je ne vais pas rester sur une impression une mauvaise impression. Il y avait un poste à l'hôpital qui était dans les postes à pourvoir sur la Vendée ce n'est pas le moment où il cherchait encore des infirmiers partout. J'avais eu un peu de chômage et puis le coup de cœur en arrivant en 2016 quoi sur l'hôpital et j'ai fait beaucoup d'admission.

IPA : d'accord

IDE 2 : La grande majorité en admission et j'ai fait un peu plus, j'ai fait un an de nuit sur un poste un peu de pool, de renfort sur tous l'établissement et j'ai fait 4 ans de jours en admission et j'ai fait 6 mois de CMP avant de partir en formation.

IPA : d'accord

IDE 2 : j'ai un peu la double casquette soma/psy sur le parcours quoi

IPA : et du coup la mention tu choisis quoi ?

IDE 2 : Ben j'étais parti pour faire psy en arrivant, en reprenant les études, je me suis dit pourquoi pas faire soma quand même, pathologie chronique. Donc j'ai monté un petit projet euh j'avais eu des contacts avec Émilie Hervieux qui est sur Rennes, qui fait ça,

IPA : la CALAS

IDE 2 : ouais j'ai une collègue de promo qui va monter ça sur Blain donc j'ai monté un petit projet pour l'établissement et puis je suis allé les voir avec le projet et ça n'a pas été retenu. Donc je reste sur ma mention psy

IPA : parce qu'il y a la mention urgence aussi

IDE 2 : oui alors la mention urgence, elle est dans l'exercice ça paraît être un peu compliqué. Moi ce que je voulais faire c'était essayer de recréer un lien entre les patients, nos patients surtout psychotiques qui ont des grandes difficultés avec la complexité de notre système de soins qui est morcelant, plutôt qu'être une forme de maillage entre eux et puis le système de soin. L'idée c'était de prendre, on a un vrai désert médical en Vendée, donc c'était d'identifier tous les patients qui n'avaient pas de médecin traitant ou qui le voyait une fois tous les 3/4 ans, les inclure via un psychiatre faire un gros bilan check-up, gérer un peu les urgences s'il y en avait au niveau du traitement qui n'aurait pas été réajusté depuis longtemps et surtout le remettre dans un circuit de médecin traitant. C'est de bosser avec les CPTS derrière donc mais bon, on m'a dit que ce n'était pas d'actualité, que c'était un beau projet mais que ce n'était pas l'actualité de l'hôpital en ce moment donc ...

IPA : après est-ce que en faisant la mention psychiatrie santé mentale, est-ce que ça t'empêcherait d'intégrer, alors c'est plus la question du protocole d'organisation, j'ose espérer qu'à un moment donné ça va évoluer ...

IDE 2 : euh le protocole d'organisation c'est la modification du traitement et puis c'est l'expertise aussi que tu as avec les cours, tu as quand même une expertise que tu acquiers et

par les cours et par l'orientation que tu donnes en stage, pour aller discuter avec les médecins traitants, pour avoir peut-être la main pour bouger un peu les traitements anti diabétique ou les traitements cardio, commencer à réajuster, pas juste faire le bilan et dire au médecin traitant il y a un problème faut le prendre en charge, plus de *j'ai commencé ça va dépasser mes compétences* où il y a besoin d'un suivi, je vous transmets, même sur les examens complémentaires, il y a une certaine limite par l'exercice en psychiatrie

IPA : bah y a par exemple y a les sérologies, on ne peut pas faire...

IDE 2 : si en fait c'est en fait c'est un peu bizarre, je suis tombé, je me suis interrogé là-dessus parce que j'ai le généraliste avec qui j'ai fait mon stage, je fais aussi du VIH de la consultation VIH. Et du coup on en parlait, dans mon souvenir on n'avait pas les sérologies et en fait tu as 2 choses, tu as le décret qu'on a tous de 2019 qui est relatif aux études, tu as le décret d'acte et dans le décret d'acte, tu n'as pas de limitation par mention en fait.

IPA : d'accord c'est bon à savoir ça ouais

IDE 2 : donc je ne sais pas, j'ai posé la question à Jérôme qui était euh, il me dit que normalement il faut que ce soit dans les 2, après ... Tu ne feras pas de conneries en faisant des sérologies. Ce genre de choses le dépistage non ciblé je pense que je vais en faire facilement, je pense que je vais m'autoriser à les prescrire parce que derrière ils seront remboursés par la Sécu. Je ne sais pas trop ils ont fait un décret de formation par mention et un décret d'acte sans mention

IPA : d'accord ça on le retrouve sur Légifrance, je pense

IDE 2 : ouais

IPA : ok je regarderai ... du coup on attaque alors du coup mon sujet c'est sûr, on va dire la thématique c'est sur l'annonce diagnostic mais plus précisément sur le travail pluridisciplinaire autour du processus d'annonce diagnostic auprès de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique. Parce que lorsque j'ai annoncé mon sujet, beaucoup d'infirmiers m'ont dit mais *on ne fait pas de diagnostic*, je fais non les infirmiers ne font pas de diagnostic mais par contre vous participez à des consultations et au-delà de l'annonce, ce n'est pas le temps d'annonce c'est tout un processus donc c'est aussi comment c'est pensé en fait ? Et toi dans ton expérience : Est-ce que dans les équipes de soins dans lesquelles tu as exercé est-ce qu'il y a des échanges autour de l'annonce du diagnostic ou du diagnostic en lui-même ?

IDE 2 : autour du diagnostic je te dirai oui quand il y a un doute, quand il y a un questionnement sur la structure psychique, tu peux avoir vraiment une discussion très interdisciplinaire entre les psychos, les infirmiers, les médecins même l'équipe sociale peut être associée à la réflexion. Après sur le temps d'annonce en soi, là c'est le médecin qui est maître, est-ce qu'il annonce par exemple lors d'un entretien avec la famille, est-ce qu'il l'annonce parce qu'il y a des fois où le diagnostic n'est pas posé en tant que tel, on va s'arrêter aux difficultés que le patient a dans sa vie quotidienne mais sans aller vraiment sur poser un mot au trouble

IPA : d'accord parce que du coup est-ce que pour toi il y aurait un intérêt à ce que ça puisse être échangé en amont enfin ou pendant ou après avec ...

IDE 2 : sur vraiment le diagnostic où est-ce sur la manière de l'annoncer

IPA : et justement autour de ce processus d'annonce est-ce qu'il y aurait un intérêt à pouvoir échanger autour de la manière d'annoncer, sur l'état d'esprit du patient, sur qu'est ce qui qu'est ce qui va être dit, pas dit, comment ça va être relayé en fait

IDE 2 : alors ouais il y a une chose que je te dirais qu'on que dans les habitudes de service j'ai l'impression de manière informelle on discute du diagnostic du moment quand il peut être compliqué on va apporter nos éléments pour nourrir un peu le débat sur le moment. Les mots qui vont être employés par le psychiatre et qui va conditionner aussi la réception de l'information par un patient, ça c'est vraiment lui qui les maîtrise. Ça ne fait pas partie, je n'ai pas l'impression que ça fasse partie de nos habitudes de travail. Ça peut être discuté après je ne sais pas si je ne sais pas comment ça se serait entendu par lui, par le médecin.

IPA : après c'est plus la question de l'échange autour de cette annonce est-ce que c'est échanger

IDE 2 : oui oui, c'est avant, après il y a souvent des débrief après entre nous, déjà pour partager en équipe, sur la manière dont le patient a accueilli la nouvelle et puis les patients et les familles parce que souvent, on est sur des patients plus jeunes donc les familles sont associées et derrière on essaie de voir un petit peu ce qui ... c'est surtout pas un débriefing comme après une réa ou une situation compliquée où tu as chaud, c'est plus savoir ce qu'il va falloir compléter reprendre avec le patient derrière.

IPA : plus sur la conduite à tenir en fait

IDE 2 : oui qu'il n'y est pas d'incompréhension de sa part, qu'il ne reste pas sur mauvaise perception du diagnostic

IPA : oui et puis sur des axes de soins du coup, les choses à reprendre les axes de soins

IDE 2 : j'ai l'impression que c'est 2 temps en fait, il y aurait le temps enfin de ce que je perçois de nos habitudes de travail y aurait le temps de l'annonce qui n'est pas forcément le plus important et qui n'est pas systématique et tu as le temps du plan de soin qui va se faire en préparation à la sortie. Mais c'est vraiment 2 choses un peu distinctes et on prépare toujours la sortie on prépare toujours un fil conducteur pour la suite. Les annonces ne sont pas systématiques.

IPA : j'imagine que les entretiens en admission avec les psychiatres se font seul ou...

IDE 2 : généralement le psychiatre et un soignant avec le patient

IPA : et en CMP

IDE 2 : non il est tout seul le psychiatre, il est tout seul on peut les voir derrière à sa demande pour une reprise sur un entretien infirmier mais ça sera que la relation d'aide

IPA : Est-ce qu'enfin dans ta pratique il y a une collaboration infirmier psychiatre pour annoncer un diagnostic ? (Silence) tu parlais d'échange

IDE 2 : oui une collaboration sur le temps d'annonce je ne sais pas ça, c'est souvent c'est le psychiatre qui l'annonce qui va donner les premiers éléments, répondre aux premières questions, selon les psychiatres on peut selon les habitudes qu'on a avec eux, on peut être amené à reprendre un peu la main pendant les entretiens d'annonce si on s'en sent son

capable enfin selon les soignants pour reprendre des choses qui ont été mal comprises avec le patient mais ça reste lui (le psychiatre) qui a la main sur cet entretien. On va reformaliser un entretien avec le patient derrière si on sent qu'il y a besoin

IPA : c'est quelque chose que vous faites de façon systématique ou pas cet entretien justement après

IDE 2 : moi j'essaye après je te dis ce n'est vraiment pas quelque chose qu'on fait nécessairement de manière systématique de poser vraiment un diagnostic. Discuter des difficultés des troubles, de la suite, oui. Le diagnostic c'est presque à la demande du patient

IPA : d'accord, je reviens un peu au-dessus mais ce n'est pas grave : est-ce que d'après toi enfin il y a un moment opportun pour que le patient connaisse son diagnostic ?

IDE 2 : quand il le demande déjà, non je ne sais pas un moment opportun. Ce sont mes représentations du diagnostic mais j'ai toujours peur qu'il y ait une forte stigmatisation associée à ce diagnostic, que ce soit de l'entourage que ça soit une auto-stigmatisation du patient, que ça soit celle du soignant qui est une fois que c'est marqué au fer rouge sur le dossier ça pourrait être, ça pourrait être plus enlevé. Donc moi je fais très attention, moi j'aime bien que ça soit à la demande du patient ou à la demande des familles parce qu'elles ont besoin d'explication mais je ne vais pas je n'irai pas annoncer quelque chose un diagnostic à un patient comme ça s'il ne le demande pas. Et j'ai l'impression que c'est un peu ce qu'on fait généralement que c'est souvent la demande des familles pour les jeunes schizophrènes, c'est les familles qui sont demandeuses d'explications de ...

IPA : Est-ce que du coup les psychiatres viennent vers vous ? pour savoir bah dans quelles dispositions sont les patients et réfléchissent peut-être avec vous sur le moment opportun ? ou ils font ça de façon indépendante

IDE 2 : ils font ça de manière indépendante et j'ai presque envie de dire que c'est ce que j'observe et de je ne suis pas là à toutes les annonces mais ce que j'ai pu observer c'est souvent suite à une question de patient

IPA : à une demande quoi

IDE 2 : soit le psychiatre va un peu botter en touche en disant c'est un peu tôt on ne sait pas, on va se donner du temps soit ils veulent donner la réponse directement. Après le diagnostic en soi, il a déjà été discuté avec l'équipe avant le moment c'est ce qu'on répond directement à cette sollicitation où est-ce que on juge que c'est encore un peu tôt pour lui en parler quoi.

IPA : ça y a quand même un échange une réflexion autour de ça

IDE 2 : bonne question, je t'ai dit oui tout à l'heure mais pas forcément on discute du diagnostic mais l'annonce pour moi elle est vraiment tellement faite à la carte. Alors sur les rendez-vous famille, ça va être discuté avant. Quand ça tombe un peu comme ça sur un entretien non c'est le psychiatre qui a la main.

IPA : voilà il n'y a pas forcément de temps dédié

IDE 2 : non il n'y a pas de consultation d'annonce n'y a pas de choses comme ça

IPA : Est-ce que pour toi il y aurait une plus-value à ce qui est une collaboration justement entre infirmier psychiatre dans ce processus d'annonce en dehors du temps d'annonce parce que voilà l'annonce en effet voilà c'est ce que tu disais c'est le médecin, mais sur le processus d'annonce Est-ce qu'il y aurait une plus-value à ce que une collaboration infirmier psychiatre ?

IDE 2 : y a toujours une plus-value au travail en collaboration

IPA : ce sera laquelle

IDE 2 : ben oui c'est laquelle du coup je ne sais pas à quel moment il pourrait, moi je trouve que c'est vraiment après l'annonce qu'il y a toute l'importance mais sur le processus d'annonce

IPA : ce que j'entends par processus d'annonce c'est finalement ce n'est pas que le temps de l'annonce c'est comment c'est pensé, comment s'est formalisé et comment après justement l'accompagnement et le suivi

IDE 2 : oui sur le après, l'avant je pense qu'il y a une plus-value sur l'expertise parce que le psychiatre il n'est pas là tout le temps dans le service pour voir le patient au quotidien il va avoir une vision très élargie du patient qui se limite à ce qu'il voit en entretien donc oui il y a toujours une plus-value à discuter des diagnostics de manière pluridisciplinaire et ça c'est vraiment une culture qu'il y a dans le service. On a des réunions de service hebdomadaires pour discuter de l'évolution des patients. Ça c'est vraiment quelque chose qui est ancré mais de réfléchir à un temps d'annonce. Rien que la notion de temps d'annonce dédié, je ne sais pas c'est un truc, je n'arrive pas à savoir s'il y a une réelle importance à part la demande du patient à avoir un diagnostic formel en psychiatrie. Autant sur du MCO ça permet de ... ça parle aux gens c'est moins empreint de stigmatisation, c'est sûrement mes représentations. J'aime bien parler des difficultés avec des patients plutôt que leur diagnostic.

IPA : après c'est vrai qu'en tant qu'infirmier on n'est pas très à l'aise avec les diagnostics médicaux parce que ça reste très sanctuarisé médical et on est plus sur d'autres abord aussi

IDE 2 : ça reste sanctuarisé au niveau médical et quand tu parles d'une schizophrénie avec quelqu'un il est tellement connoté ce mot dans l'imaginaire collectif que faut le déconstruire d'ailleurs. Quand tu as posé ce diagnostic-là, tu rames pour le déconstruire avant de pouvoir vraiment aborder les difficultés du patient au quotidien et ce qu'il est réellement pour lui sa schizophrénie et pas la schizophrénie dans notre société.

IPA : oui, il y a surtout ce travail du coup de ce que tu dis de faire en sorte qu'il puisse se réapproprier quelque chose qui lui appartient enfin c'est ça. Du coup plus autour de la place du patient, Est-ce qu'il y a une collaboration avec le patient lors de l'annonce du diagnostic ? Si oui de quelle manière ?

IDE 2 : Oui parce que c'est lui qui demande, qui pose la question généralement. Après oui ça va être la collaboration lors de l'annonce ça va être surtout à l'annonce, les questions qu'il va y avoir derrière

IPA : je vais prendre un exemple, tu parlais tout à l'heure on va lui parler de schizophrénie et puis notre job savait de déconstruire pour éventuellement enfin pour qu'ils puissent s'approprier les choses. Est-ce que dans justement dans la collaboration avec le patient est ce

que ça peut être aussi que lui puisse nommer déjà son propre vécu et puis construire autour de de ça

IDE 2 : ah ben si on pouvait faire de la réhabilitation ou de la psychoéducation en service facilement ce serait magique, on n'y arrive pas.

IPA : qu'est ce qui empêche ?

IDE 2 : je pense le temps déjà, une forme de culture aussi je pense que sur l'hôpital où on est, la réhabilitation le médiateur ça beaucoup était, comment dire une fédération qui s'est emparé un petit peu de ces outils là et ce n'est pas trop revenu dans les services. Il y a très peu de réhabilitation en CMP, ça se fait via une fédération la réhabilitation, les médiateurs, en CMP, en hôpital de jour ce n'est pas encore développé, en tout cas on n'est pas sur des choses formalisées en tant que telles on est parfois sur l'occupationnel. Il y a des collègues qui arrivent à insuffler des ateliers mais il n'y a pas cette culture de la psychoéducation et de la réhabilitation.

IPA : d'accord

IDE 2 : ça se fait très bien, la fédération le fait très bien mais du coup n'y a pas ce retour vers les services toujours, donc je ne sais pas si on pourrait parler de psychoéducation en service.

IPA : Est-ce qu'il y aurait un intérêt en fait à enfin non c'est parce qu'il y aura un intérêt mais c'est là en fait là dans la collaboration avec le patient c'est qu'il puisse participer finalement ce que j'entends par là c'est qu'il puisse participer à son annonce diagnostic. Ce que tu dis enfin de ce que je comprends c'est oui et non, oui parce qu'il le demande donc déjà c'est déjà un premier pas et tout ce qui est autour de l'explication, la psychoéducation ce n'est pas dans la culture il y aurait peut-être un intérêt mais on ne le fait pas par manque de temps et que c'est déjà fait en matière de la réhabilitation psychosociale

IDE 2 : parce que le temps c'est une fausse excuse. Oui il y aurait un intérêt après c'est comment tu fais ?

IPA : Est-ce que l'IPA il aurait sa place là ? enfin je ne sais pas

IDE 2 : telle que l'organisation ... moi je te parle vraiment des annonces qui sont faites sur un service d'admission donc sur les annonces de CMP je pense il a sa place de reprise avec le patient sur le modèle d'implantation qui assuré sur notre hôpital, ils n'ont pas vraiment de place sur l'intra hospitalier...

IPA : bon l'axe est surtout au niveau de l'ambulatoire

IDE 2 : rien n'empêche au final mais c'est l'axe qui est donné par les institutions, tu pourrais très bien imaginer un IPA aussi en service ce n'est pas compliqué mais du coup il peut en avoir un sur la reprise d'un suivi en extra hospitalier. Je pense que là il aurait toute sa place sur la psychoéducation sur peut-être reprendre l'annonce diagnostic un peu plus en longueur avec aussi le recul et la maturité du patient face à cette annonce. Mais sur un temps, un 2e temps quoi le temps de l'extra hospitalier

IPA : pour toi enfin quel a eu l'impact en tout cas de l'annonce diagnostique sur le patient ? tout particulièrement sur un trouble schizophrénique

IDE 2 : il faut du temps, il faut du temps pour déconstruire l'imaginaire collectif, il faut du temps pour déconstruire avec le patient, faut du temps pour déconstruire avec la famille ce que j'ai l'impression qu'il se l'approprie plus. Le coup de massue il est plus pour les familles que pour les patients, j'ai l'impression. Après ça se fait, il y en a qui étonnamment là on est surpris je suis retournée en service depuis peu et on a des patients qui l'ont approprié même trop rapidement par rapport à ce qu'on était habitué, du coup ça nous fait poser d'autres nous poser d'autres questions.

IPA : comme quoi par exemple

IDE 2 : Est-ce qu'on est réellement disons que l'annonce diagnostique a eu peut-être plus d'effet que des neuroleptiques parfois, je pense à un cas en particulier ou c'était vraiment flagrant donc est-ce qu'on est réellement dans un trouble schizophrénique ou autre chose c'est toute la question. Dans ce cas précis est ce qu'il n'y a pas eu une erreur dans le diagnostic justement par rapport à ce qu'on observe maintenant. C'est un cas très isolé, c'est vraiment très particulier.

IPA : alors du coup, je t'interrogeais sur l'impact sur la personne mais du coup sur la relation ? Est-ce que tu as remarqué dans ton expérience des différences ou ...

IDE 2 : je n'ai pas l'impression que ça change réellement. Quand l'annonce est faite c'est que le généralement le patient est déjà là depuis quelques temps, la confiance est déjà installée donc je n'ai pas l'impression que ça modifie tant la relation ça va peut-être même la renforcer puis ça va nourrir plus d'échanges. A un moment, il va avoir besoin de venir questionner ce diagnostic avec nous donc j'ai plus l'impression que c'est une phase de renforcement de l'alliance, du lien qu'il a avec nous, réellement qu'autre chose. Soit ça ne la modifie pas soit ça renforce.

IPA : ça n'a pas l'effet tout inverse ...

IDE 2 : je n'ai pas le souvenir parce que le diagnostic, il est posé une fois qu'on a bien travaillé sur d'abord les difficultés avec lui donc le lien est là. Sans avoir parlé de diagnostic on a déjà parlé de beaucoup de choses qui le mettait en difficulté dans sa vie sans aller sur quelque chose de pathologique mais du coup ça vient répondre à des inconnus. Mais sans que ça soit non plus complètement anxiogène dans la relation à l'autre. Ça pose un truc mais ce n'est pas, ça ne détruit pas le lien qui est là.

IPA : autre thème autour de la démarche systématisée plutôt comme une espèce de protocole d'annonce Est-ce que ? en même temps tu as déjà répondu, tu disais qu'il n'y a pas forcément de temps formalisé autour de l'annonce diagnostique mais en tout cas il y a des échanges. C'est aussi en fonction de la demande du patient, c'est aussi en fonction du médecin. Est-ce que ça te semblerait pertinent qu'il y ait un temps dédié ou pas ?

IDE 2 : un temps dédié, je ne sais pas, un temps de reprise plus formel avec peut-être des outils pour reprendre ça pourrait être intéressant. Peut-être avec, ça pourrait être un IPA ou quelqu'un de plus formel à ça, mais qu'il soit capable de voir le patient assez rapidement après l'annonce avec des outils et une certaine habitude, déconstruire peut-être plus rapidement et permettre au patient de se réapproprier plus rapidement le diagnostic que quand c'est fait un petit peu pas à la va vite mais dans le service avec le tumulte de la vie d'un service de psychiatrie, pourquoi pas

IPA : As-tu connaissance d'un protocole dans le cadre de l'annonce diagnostic en psychiatrie ?

IDE 2 : non

IPA : est-ce que ça serait alors c'est peut-être un peu redondant avec la question précédente mais je la repose quand même est-ce que d'après toi ça serait pertinent qu'il y en ait un se soit sous forme de protocole ou autrement ça peut être une autre façon n'y a pas que les protocoles d'ailleurs

IDE 2 : oui en fait je ne sais pas, ben le protocole oui faudrait qu'on me le démontre en fait. Je ne pourrais pas te dire oui ou non, dans mes habitudes je te dirai non, je ne sais pas tout et si on arrive à me montre qu'effectivement ça peut simplifier pourquoi pas.

FIN

Descriptive qualitative study on the collaborative approach within a diagnostic announcement process in psychiatry with people suffering from a schizophrenic disorder

In 2016, only 39% of French psychiatrists announced their diagnosis to patients with schizophrenia. Several reasons are given in the literature, such as the fear of stigmatisation or the uncertainty linked to the diagnosis. This point is only approached from a medical point of view, which questions the interest of a collaborative, multidisciplinary approach in order to favour the co-construction of a therapeutic relationship.

The main objective of this descriptive qualitative study is to collect the criteria that come into play in the announcement process as well as the representations related to the announcement of a schizophrenic disorder. Secondly, we investigate the interest of a systematized approach in this process and the possible role of advanced practice nurses.

Our descriptive qualitative study of 19 carers in several psychiatric mental health establishments in the West of France highlights the disparities in collaboration on both the announcement and the accompaniment. This difference in practice is the result of fragmented work and a lack of multidisciplinary consultation. Interdisciplinarity in clinical practice allows for a sharing of responsibilities in terms of notification and support. Moreover, many nurses mention their fear that the person will feel stigmatised by the announcement of a diagnosis of schizophrenia. The interest of a systematised process integrating the notion of recovery would make it possible to address the perspectives and give hope on the possible evolution of this disorder which has no prognostic value. Moreover, the inspiration of the announcement system in oncology would allow the co-construction of a therapeutic relationship.

Key Words : Diagnosis announcement, Schizophrenia, collaboration, multidisciplinary, Stigma

Etude qualitative descriptive sur l'approche collaborative lors d'un processus d'annonce diagnostique auprès de personnes souffrant d'un trouble schizophrénique

En 2016, seul 39% des psychiatres français annonçait leur diagnostic aux patients souffrant de schizophrénie. On retrouve dans la littérature plusieurs raisons invoquées comme la peur de stigmatiser ou l'incertitude liée au diagnostic. Ce point n'est abordé que sous le prisme médical, ce qui questionne l'intérêt d'une approche collaborative, pluridisciplinaire afin de favoriser la co-construction d'une relation thérapeutique.

L'objectif principal de cette étude qualitative descriptive est de recueillir les critères qui entrent en jeu dans le processus d'annonce ainsi que les représentations en lien avec l'annonce d'un trouble schizophrénique. Secondairement, nous recherchons l'intérêt d'une approche systématisé dans ce processus ainsi que le rôle possible des infirmiers en pratique avancée.

Notre étude qualitative descriptive menée auprès de 19 soignants dans plusieurs établissements psychiatriques de santé mentale de l'Ouest met en évidence les disparités dans la collaboration tant sur l'annonce que sur l'accompagnement. Cet écart de pratique résulte d'un travail fragmenté et d'un manque de concertation pluridisciplinaire. L'interdisciplinarité dans la pratique clinique permet un partage des responsabilités du dire et de l'accompagnement. De plus, de nombreux infirmiers évoquent leurs craintes que la personne se sente stigmatiser par l'annonce diagnostique de schizophrénie. L'intérêt d'un processus systématisé intégrant la notion de rétablissement permettrait d'aborder les perspectives et donner de l'espoir sur l'évolution possible de ce trouble qui n'a pas valeur pronostic. Par ailleurs l'inspiration du dispositif d'annonce en oncologie permettrait la co-construction d'une relation thérapeutique.

Mots clés : Annonce diagnostique, Schizophrénie, collaboration, pluridisciplinaire, stigmatisation

Date de soutenance : le 23 janvier 2023

Adresse de l'auteur : Le Village du Stang 56670 Riantec

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Promotion 2021/2023