

Mémoire de fin d'études

Unité d'enseignement 5.6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles, semestre 6.

Soins psychiatriques, soins somatiques : À la croisée des chemins ?

Avec la guidance de : Valérie LANDRE

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Je tiens à exprimer toute ma considération pour les soignants que j'ai croisé sur mon chemin, et qui m'ont apporté souvent bien plus que ce que je venais chercher ;

Je remercie ma Femme, pour tout ce que Nous savons d'hier, d'aujourd'hui et de demain...

Table des matières

Introduction.....	1
I – De l’observation au questionnement.....	2
1. Situation d’appel.....	2
2.1. Questionnements premiers.....	5
2.2. Question de départ.....	6
II – Cadre de référence.....	7
1. Le projet de soins infirmier.....	7
1.1. Définitions.....	7
1.1.1. Le professionnel infirmier.....	7
1.1.2. Le travail infirmier.....	7
1.2. Un outil au service de la santé.....	9
2. Les pratiques infirmières.....	10
2.1. De l’acquisition.....	10
2.2. À la restitution.....	10
3. La santé mentale.....	11
3.1. Définitions.....	11
3.2. La santé mentale dans le monde.....	12
3.3. La santé mentale en Europe.....	12
3.4. La santé mentale en France.....	13
4. Les représentations.....	14
4.1. Définition.....	14
4.2. Représentations et société.....	15
4.3. Représentations et posture professionnelle.....	17
III – Phase exploratoire.....	19
1. Méthodologie.....	19
1.2. Choix des structures.....	19
1.3. Choix des professionnels.....	19
1.4. Le contexte d’exploration.....	20
2. Mon outil d’enquête.....	20
3. Synthèse et analyse des résultats.....	21
IV – Conclusion.....	25
V – Voir plus loin.....	27
Bibliographie.....	28

Abstract

Dans la conscience collective le corps et l'esprit sont toujours séparés : croyances spirituelles, sports, science, législation... Ainsi sont traités les maux de l'être humain, d'un côté les soins somatiques, de l'autre les soins psychiatriques.

Cette distinction ne signifie pas pour autant une imperméabilité de l'un vers l'autre et c'est pourtant dans ce sens que semblent aujourd'hui aller les pratiques médicales. C'est à nous soignants qu'il revient de replacer l'Homme au centre du processus de soin et de le prendre comme une unité, un système indissociable de corps et d'esprit – puisque c'est ce qu'il est.

Dans ce travail de recherche je veux tenter de comprendre pourquoi il existe encore aujourd'hui des difficultés à faire coexister soin somatiques et soins psychiatriques au sein d'un même lieu de soin.

En partant de la problématique d'une question interpellante je vais tout d'abord établir un cadre théorique puis mener une enquête en milieu professionnel pour ainsi confronter théorie et pratique.

Mots clés :

Santé mentale – Pratiques infirmières – Projet de soins – Législation.

Into collective consciousness body and mind are always separated : spiritual beliefs, sports, science, legislation... So the pains of the Human being are healed, the somatic cares on one side, the psychiatric cares on the other.

This distinction does not mean an imperviousness towards each other, however it appears that today medical practices are going this way. It is our duty to us, caregivers, to replace the Human being at the center of care process. It is our duty to considerate the Human being as unity, as an inseparable system of body and mind – because it is how he is.

Through this research paper I want to try to understand why nowadays there still is some difficulties to make coexist in the same place somatic cares and psychiatric cares.

By utilizing a problematic from a challenging situation I will firstly develop a theoretical framework. Secondly I will do a survey on workplaces in order to compare theoretical knowledges and practices.

Keywords :

Mental health – Nursing practices – Nursing care project – Legislation.

Introduction

Au cours du semestre 6 ma vision de la profession d'infirmier s'est affinée : l'unité d'enseignement 5.6 (analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles) m'a incité au recul, à la remise en question de mes savoirs et à la réaffirmation de ma posture professionnelle.

La situation donnant lieu au thème de ce mémoire a pour origine le semestre 4 lors d'un stage en chirurgie. Déjà à cette époque j'avais en tête que cette situation serait adéquate pour un travail de fin d'études et c'est un plaisir aujourd'hui de pouvoir la traiter. Enfin je peux mêler et manipuler deux choses que j'aime beaucoup dans notre travail : les particularités dues aux soins dits « techniques » intéressant les troubles somatiques et les subtilités des soins intéressant les troubles de la santé mentale.

Il ressort souvent du discours des soignants que les soins somatiques et les soins psychiatriques sont deux « mondes » différents qui apparaissent cloisonnés et hermétiques l'un à l'autre ! Pour preuve : lorsque j'arrive en stage en secteur psychiatrique après deux mois en chirurgie les infirmiers me sollicitent plus que jamais pour les prises de sang et les pose de voies veineuses périphériques. À l'inverse, quand lors d'un stage aux urgences j'annonce revenir de psychiatrie et déclare totalement aimer ça je suis un des premiers appelés lorsqu'un patient alcoolisé/sous toxiques/résidant en établissement psychiatrique apparaît sur le tableau des admissions !

J'ai vu des patients souffrant de troubles mentaux décompenser alors qu'ils étaient pris en charge en service somatique, et des patients du secteur psychiatrique trainer rhume ou douleurs post-traumatique ou panari ou affection dermatologique alors qu'ils résident dans un établissement de soin.

Au travers de ce travail je souhaite montrer que les idées arrêtées n'ont pas toujours lieu d'être (dans notre milieu plus encore !) et qu'il est possible, quelque soit le patient et l'environnement, de réaliser une prise en charge globale respectant la continuité des soins

I – De l'observation au questionnement

1. Situation d'appel

Le patient dont il s'agit ici est atteint de troubles de la sphère autistique. Dans un souci de clarté de communication je l'appelai par son prénom – sans pour autant cesser de le vouvoyer. J'ai donc reproduit ceci dans ce travail, non par habitude ou facilité mais parce que cela retranscrit telle quelle la situation qui a amorcé ma réflexion.

Au cours de ma quatrième semaine de stage en chirurgie viscérale nous accueillions en admission programmée Monsieur Éric R., 45 ans, pour un rétablissement de continuité. Une chambre simple est préférée à une chambre double pour deux raisons :

- L'intervention est éprouvante pour l'organisme et la reprise d'un transit (à laquelle est subordonnée la durée de séjour du patient) est relativement longue ;
- Éric réside dans un établissement hospitalier psychiatrique en secteur dit « fermé » parce qu'il est atteint de troubles du spectre autistique et faire chambre double pourrait s'avérer difficile pour les « cohabitants ».

Au cours de son séjour je remarque que la présence d'Éric semble perturber certains fonctionnements du service :

- La contention : non violent mais parce qu'il était sujet aux fugues Éric était contentonné sur son lit, la chambre ne permettant pas l'isolement (porte dénuée de vitre et de serrure). La contention étant peu prescrite en chirurgie Éric était maintenu au lit à l'aide de draps roulés et noués à ses membres supérieurs et inférieurs et au cadre du lit, en attendant que du matériel adapté soit apporté d'un autre service. Au regard de la législation les prescriptions de contentions dépassaient régulièrement un cycle de 48 heures entre deux renouvellements.
- Le soin technique : parce qu'il ne communique pas cela pose problème dans un contexte de soins post-opératoires : les soins tels que la réfection d'un pansement stérile, la mobilisation de lames de drainages, l'ablation de drains ou encore le

maintien d'une bonne hygiène corporelle nécessitent souvent plus de temps et de personnels qu'à l'ordinaire.

- La surveillance : la porte de sa chambre, donnant vue sur son lit, est laissée en permanence ouverte pour que le personnel soignant puisse voir ce patient qui ne pouvait appeler en cas de besoin, ce qui lui ôtait toute intimité.
- Le respect du secret professionnel : dans les locaux accessibles au public il était fréquent que les professionnels parlent d'Éric en mentionnant son nom et son prénom.

À travers mes échanges avec d'autres soignants je me suis aperçu que de nombreux collègues mettaient Éric « à part » : ce serait « *un type de patient particulièrement difficile à prendre en charge* » pour lequel on trouve « *étrange de monopoliser une chambre et dépenser des moyens quand d'autres [patients] en ont besoin* », on se demande aussi « *s'il ne faudrait pas le mettre dans la chambre au fond du couloir* ». À son sujet un patient voisin me dira même « *qu'il faudrait aider ces gens : une piqûre et ils sont soulagés, malgré tout c'est [sic] pas une vie ça, même pour la famille.* »

Au sujet du cercle familial j'ai noté qu'une chose nous a fait défaut au cours de la prise en charge d'Éric : la présence d'une personne tierce (famille, accompagnant, soignant de l'établissement de santé qui le connaissait). Au vu des particularités relationnelles qui découlent des troubles autistiques, l'intervention d'une « personne ressource » connaissant le patient aurait pu être une réelle plus-value. Ce, tant pour le confort et le bien-être du patient que pour la complétude du projet de soin travaillé par l'équipe soignante.

J'ai également remarqué que lorsque plusieurs soignants sont dans la chambre d'Éric, ils n'interagissent pas entre eux comme ils le font en présence d'autres patients. En général nous nous tenons face au patient le temps de l'entrevue et notre position le long du lit prend la forme d'un arc-de-cercle duquel chacun peut voir l'ensemble des interlocuteurs. Dans la chambre d'Éric le positionnement est différent : nous sommes souvent placés au pied du lit et nous sommes tournés vers nous-mêmes, formant un cercle duquel le patient est exclu. Lorsque dans ces moments il faut examiner Éric, rares sont les soignants qui le préviennent qu'ils vont le toucher. S'il faut qu'il se retourne le médecin dit d'emblée à l'infirmière : « *Il faudrait qu'il se mette sur le côté... Vous pouvez l'incliner un peu plus ?* » sans avoir auparavant demandé directement à Éric de se retourner.

Après le rétablissement de continuité Éric a connu une complication qui a nécessité une seconde intervention au bloc opératoire. Des lames de drainage abdominal ont été mises en place lors du rétablissement mais Éric manipulait et arrachait souvent ses pansements et poches. Cette attitude a probablement entraîné le détachement d'une des lames de la peau et sa disparition complète dans l'orifice d'où elle sortait.

C'est moi qui ai découvert cet incident un jour de la réfection des pansements. J'étais aidé d'une infirmière et d'un aide-soignant et, tout de même sceptiques, nous avons commencé à débattre sur la possibilité ou non du détachement du dispositif. Au bout de quelques minutes l'infirmière est allée chercher la collègue qui s'était occupée des pansements d'Éric la veille. Puis nous avons été rejoints par une collègue aide-soignante, puis une autre. La porte qui était fermée au début du soin restait maintenant ouverte et, nombreux, nous parlions fort. Au bout d'un quart d'heure quelqu'un appela le service d'imagerie pour faire venir un appareil de radiographie.

Durant ce quart d'heure puis encore la demi-heure à venir nous aurons été huit professionnels autour du lit d'Éric, à attendre d'avoir des nouvelles sur ce qui se passait. Au début nous échangeons sur la situation, nous donnions notre avis, partageons nos observations et nos hypothèses. Puis deux collègues se mirent à parler d'autres choses, rentrer et sortir comme on le fait dans une pièce sans patient, à s'interpeler du lit au couloir comme s'il n'y avait finalement plus de patient dans cette chambre.

Une fois tout ceci passé j'ai pu reprendre et terminer mon soin initial. Nous sommes sortis 80 minutes après notre arrivée, 80 minutes de mouvements, de bruits, d'observations et de manipulations pour une réfection de pansements qui en dure normalement 15.

2.1. Questionnements premiers

Après presque trois années d'études cette situation éveille toujours autant ma curiosité. Elle me plaît d'autant plus qu'elle touche à deux thèmes que j'affectionne tout particulièrement : la psychiatrie et le soin technique. Lorsque je croise ces observations avec mes connaissances actuelles plusieurs questions me viennent à l'esprit :

- Ce patient provient d'un établissement psychiatrique, pourquoi le projet de soin du service de chirurgie était uniquement centré sur le somatique ?
- Cela étant comment pourrait-on éviter la décompensation d'un patient atteint de troubles psychiatriques lors d'un passage en service somatique ?
- Le travail avec un patient présentant des troubles autistiques ne peut se faire qu'avec le temps et la régularité : dans cette situation la présence d'un tiers qui connaît Éric (famille, soignant de l'établissement en santé mentale) aurait-elle été bénéfique ?
- Je repense à la disposition des locaux et la disponibilité du matériel : une prise en charge est-elle nécessairement conditionnée par l'environnement dans lequel elle se déroule ?
- Au regard de la profession infirmière, peut-il exister des différences dans les modalités de prise en charge d'un même patient que l'on soit en établissement général ou en établissement psychiatrique ? Si oui quelles sont-elles et à quoi sont-elles liées ? Quels facteurs peuvent expliquer une telle disparité ?
- Alors que la maladie somatique semble aujourd'hui et dans notre société être normalisée, je me suis aperçu en échangeant avec mes collègues que la maladie psychiatrique interpelle encore tant le public que de nombreux professionnels : pourquoi ?
- Dans quelle(s) mesure(s) la représentation qu'a traditionnellement la société du malade psychiatrique est-elle risquée pour un malade souffrant d'une pathologie psychiatrique lui-même ?

2.2. Question de départ

C'est donc autour de ces concepts et en tenant compte de mes questionnements initiaux que s'articule la question de départ de ce travail de recherche :

Est-il possible de combiner soins somatiques et soins psychiatriques sans que l'un n'interfère de façon négative avec l'autre ?

II – Cadre de référence

1. Le projet de soins infirmier

1.1. Définitions

1.1.1. Le professionnel infirmier

Pour définir ce qu'est un projet de soins infirmier il me paraît important de devoir définir le professionnel infirmier et le travail infirmier.

En France c'est le *Code de la santé publique*, créé en 1953 et depuis en constante évolution, qui fait autorité auprès des professionnels de santé. Parce que notre profession est réglementée et que ce code consigne de manière officielle et légale tous les décrets et textes de loi relatifs à notre profession c'est de ce document que j'ai choisi de retenir la définition du professionnel infirmier :

« Est considéré comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement¹. »

1.1.2. Le travail infirmier

Selon que l'on considère les points de vue de Virginia Henderson, de Nancy Roper, de Dorothea Orem, de Hildegard Peplau ou de Jean Watson divers concepts émergent, différentes théories cohabitent et de ce fait il est possible de donner diverses définitions du travail, ou du soin, infirmier. L'étude des modèles conceptuels du soin infirmier n'étant pas l'objet de ce travail c'est volontairement que je choisis des sources qui, bien qu'elles restent professionnelles, se veulent plus générales et, aussi, plus actuelles.

Tout d'abord une définition « légale », celle du *Code de la santé publique*, article R. 4311-3 :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne,

¹ Article L4311-1 du Code de la santé publique. Disponible : www.legifrance.gouv.fr

pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers². »

Le Conseil international des infirmières (CII) ensuite, créé en 1899 et basé en Suisse, qui est une « *fédération de plus de 130 associations nationales d'infirmières, représentant plus de 13 millions d'infirmières dans le monde entier*³. » Voici comment le CII caractérise les soins infirmiers :

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation⁴. »

Enfin l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui définit de façon générale le travail infirmier comme :

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social, et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en oeuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physique, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé⁵. »

² Article R4311-3 du Code de la santé publique. Disponible : www.legifrance.gouv.fr

³ International Council of Nurses. *À propos du CII* [en ligne]. Mis à jour le 18/07/2012 [consulté le 03/04/2013]. Disponible : www.icn.ch/fr/about-icn/about-icn

⁴ International Council of Nurses. *Définition des soins infirmiers* [en ligne]. Mis à jour le 10/04/2010 [consulté le 03/04/2013]. Disponible : www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing

⁵ DELAMARRE, C. *Alzheimer et communication non verbale*. France : Dunod, juin 2011, 224 pages.

1.2. Un outil au service de la santé

« *Le projet de soins est un plan d'actions élaboré par une équipe pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et/ou de sa famille*⁶. »

Le projet de soins est un outil inter-professionnel élaboré de façon pluri-professionnelle. C'est autour du projet de soins que gravitent les antécédents du patient, son présent et son devenir au niveau de la prise en charge médicale, paramédicale et sociale. Son élaboration comprend l'identification des problèmes de santé du patient, le repérage de ses ressources disponibles (ressources personnelles, familiales, environnementales...) et les facteurs favorisant, la recherche d'adhésion et de participation et enfin les possibilités offertes par l'équipe pluri-professionnelle. Le projet de soins a comme qualité de ne pas être figé, il évolue perpétuellement en fonction de l'évolution de ses composantes.

Le projet de soins est matérialisé par différents outils mis en place par le personnel soignant et la structure d'accueil :

- « *Le dossier de soins ;*
- *Les transmissions ;*
- *Le recueil de données ;*
- *La planification ;*
- *Les protocoles du service*⁷. »

Enfin, le projet de soins fait parti du « projet d'établissement ». Ainsi le projet de soins suit les orientations voulues par la Direction de l'établissement en critères de qualité, de performance, d'écologie, d'économie...

⁶ MAGNON, R.; DÉCHANOZ, G. *Dictionnaire des soins infirmiers*, 3ème édition. France : Masson, septembre 2005, 333 pages.

⁷ LEDESMA, L. *Recherche documentaire sur le projet de soins et les procédures et protocoles, annexe IV*. s.l.n.d.

2. Les pratiques infirmières

2.1. De l'acquisition

Au long des trois ans que dure la formation en soins infirmiers les futurs professionnels sont initiés à la science infirmière. Celle-ci passe entre autres par l'acquisition de connaissances scientifiques (humaines, sociales, législatives, biologiques, médicales), l'étude de concepts fondamentaux en soins infirmiers et l'apprentissage de la démarche intellectuelle infirmière. L'infirmier est un professionnel devant être en mesure, à partir d'observations, d'établir un diagnostic, de mettre en œuvre des actions et être en mesure d'évaluer leur résultat pour réajuster si nécessaire.

Le diplôme infirmier étant un diplôme d'État tous les étudiants français en soins infirmiers disposent des mêmes contenus d'enseignement. Là où la différence peut se faire c'est lors des périodes de stage : c'est sur ces temps que l'étudiant est amené à exercer un travail de réflexion et de manipulation de savoirs, avec l'aide de modes opératoires précis, pour aboutir à une démarche clinique infirmière. Lors de ces moments l'étudiant s'approprie une façon de faire qui lui est propre et qu'il corrige, affine et optimise avec le temps et l'expérience, façonnant ainsi son identité professionnelle.

2.2. À la restitution

Fort de cette identité professionnelle, l'infirmier est alors libre d'exercer son métier. Le terme « libre » est à nuancer puisque l'infirmier est astreint à plusieurs paramètres dans le cadre de l'exercice de ses fonctions.

Notre profession étant réglementée le cadre légal (matérialisé par le Code de la santé publique) statue quand à nos droits et nos devoirs de professionnels de santé. Au niveau inférieur se trouve la réglementation propre à la structure au sein de laquelle travaille l'infirmier (projet d'établissement, règlement intérieur, protocoles du service). Astreints à ce cadre nous ne pouvons pas tous travailler avec les nuances que nous pouvons souhaiter et cela risque même d'être source de disparités d'un service à un autre, d'un hôpital à un autre, d'une Région à une autre en termes d'efficacité des soins, de complétude des prises en charge...

3. La santé mentale

3.1. Définitions

La santé mentale est définie selon l’OMS comme

« [N’étant] pas simplement l’absence de troubles mentaux. Elle se définit comme un état de bien-être dans lequel chaque personne réalise son potentiel, fait face aux difficultés normales de la vie, travaille avec succès de manière productive et peut apporter sa contribution à la communauté⁸. »

Cette définition est étendue également à la collectivité en ce que

« la santé mentale signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d’atteindre les objectifs qu’ils se sont fixés⁹. »

En France la santé mentale comporte trois aspects définis par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé comporte trois dimensions

« La santé mentale positive, discipline qui s’intéresse à l’ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l’épanouissement personnel ;

La détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;

Les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants¹⁰. »

⁸ OMS. *Qu’est-ce que la santé mentale ?* [en ligne]. Mis à jour le 03/09/2007 [consulté le 20/04/2013]. Disponible : www.who.int/features/qa/62/fr/index.html

⁹ OMS. *Investir dans la santé mentale*. Suisse : OMS Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives, 2004.

¹⁰ Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015*. France : s.n, février 2012. Pages 7 et 8.

3.2. La santé mentale dans le monde

En 2004 la publication *La santé mentale dans le monde*¹¹ par l'OMS fait état de 252 millions de personnes touchée par au moins l'un des troubles mentaux suivants :

- Dépression ;
- Alcoolisme ;
- Démence ;
- Schizophrénie.

Ce chiffre reste à traiter avec précautions parce que ce rapport date d'il y a 9 ans et parce que

« du fait d'autres priorités et de l'absence de mesures complexes permettant d'estimer l'importance des troubles mentaux dans le monde, la détresse de millions de personnes, de leur famille et de ceux qui s'occupent d'eux est passée inaperçue¹². »

Aujourd'hui plus que jamais certains rythmes de la vie occidentale, les contextes économiques, les difficultés sociales et sanitaires rencontrées par les populations des pays en développement, la surpopulation, l'urbanisation rapide, les conflits, le vieillissement de la population tendent à faire s'accroître dans les décennies à venir le nombre de personnes victimes de troubles mentaux.

À ce jour l'OMS estime que

« cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs¹³. »

3.3. La santé mentale en Europe

En 2006 le rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS fait état sur les 880 millions d'habitants de la Région européenne d'environ

« 100 millions [...] de personnes atteintes d'anxiété et de dépression ; à plus de 21 millions les personnes souffrant de troubles liés à l'abus d'alcool ; à plus de 7 millions les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres démences ; à

¹¹ OMS. *La situation de la santé mentale*, coll. Guide des politiques et des services de santé mentale. Suisse : OMS, 2004. Page 12.

¹² Loc. cit.

¹³ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015*. France : s.n, février 2012. Page 4.

environ 4 millions les personnes souffrant de schizophrénie ; à 4 millions les personnes atteintes de troubles affectifs bipolaires ; et à 4 millions les personnes souffrant de troubles paniques¹⁴. »

3.4. La santé mentale en France

Concernant la France une enquête internationale (ESEMeD-EPREMED) révèle qu'en 2005 près de la moitié de la population a connu un épisode de souffrance de la santé mentale au moins une fois cours de sa vie. Les troubles anxieux sont prédominants, suivis par les troubles de l'humeur. En 2003 ce sont près de 2 millions de personne (1,3 millions d'adultes et 1/2 million de mineurs) qui sont pris en charge en secteur psychiatrique¹⁵.

En plus de la souffrance personnelle qu'ils provoquent les troubles psychiatriques ont également des répercussions en terme d'économie puisqu'ils

« [ils] sont au premier rang des causes médicales à l'origine d'une attribution de pension d'invalidité, la deuxième cause médicale d'arrêt de travail et la 4ème cause d'affection de longue durée¹⁶. »

L'augmentation au XXIème siècle du nombre de personnes souffrant de troubles de la santé mentale est un problème sanitaire majeur et d'importance mondiale. Afin d'adapter notre système de santé pour répondre à cette progression la *loi n° 2005-103 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* est intégrée à la Constitution.

Cet ensemble de textes introduit par l'article L. 114 une définition globale du handicap :

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant¹⁷. »

¹⁴ OMS. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Suisse : OMS, 2006. Page 1.

¹⁵ Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Santé mentale, introduction* [en ligne]. Mis à jour le 13/07/2009 [consulté le 01/05/2013]. Disponible : www.sante.gouv.fr/introduction

¹⁶ Assemblée Nationale. *Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Étude d'impact*. France : s.n., mai 2010. Page 5.

¹⁷ *Article L114 du Code de l'action sociale et des familles* [en ligne]. Disponible : www.legifrance.gouv.fr

Dans cette continuité est créé en 2005 le *Plan Psychiatrie et Santé mentale*. Revu tous les 3 ans, la dernière version (2011 - 2015) adopte ainsi 4 axes de travail :

- « *Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne* » ;
- « *Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires* » ;
- « *Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal* » ;
- « *Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs*¹⁸. »

L'accent est mis sur l'intégration (voire la réintégration) du patient dans son milieu de vie et lorsque cela est possible la réinsertion dans la vie sociale et la vie active en utilisant certaines composantes de notre société (monde du travail, art, culture, vie quotidienne...) comme des outils de soin.

4. Les représentations

4.1. Définition

Le mot « représenter » est issu du latin « *repraesentare* » qui signifie : « rendre présent ». Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL) définit le concept de la représentation comme « *Ce qui est présent à l'esprit ; ce que l'on 'se représente' ; ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée*¹⁹. »

En matière de psychologie le dictionnaire en ligne Larousse définit la représentation comme une « *Perception, [une] image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet*²⁰. »

¹⁸ *Ministère des Affaires sociales et de la Santé, présentation du plan santé mentale 2011 – 2015* [en ligne]. Mis à jour le 06/04/2012 [consulté le 05/05/2013]. Disponible : www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015

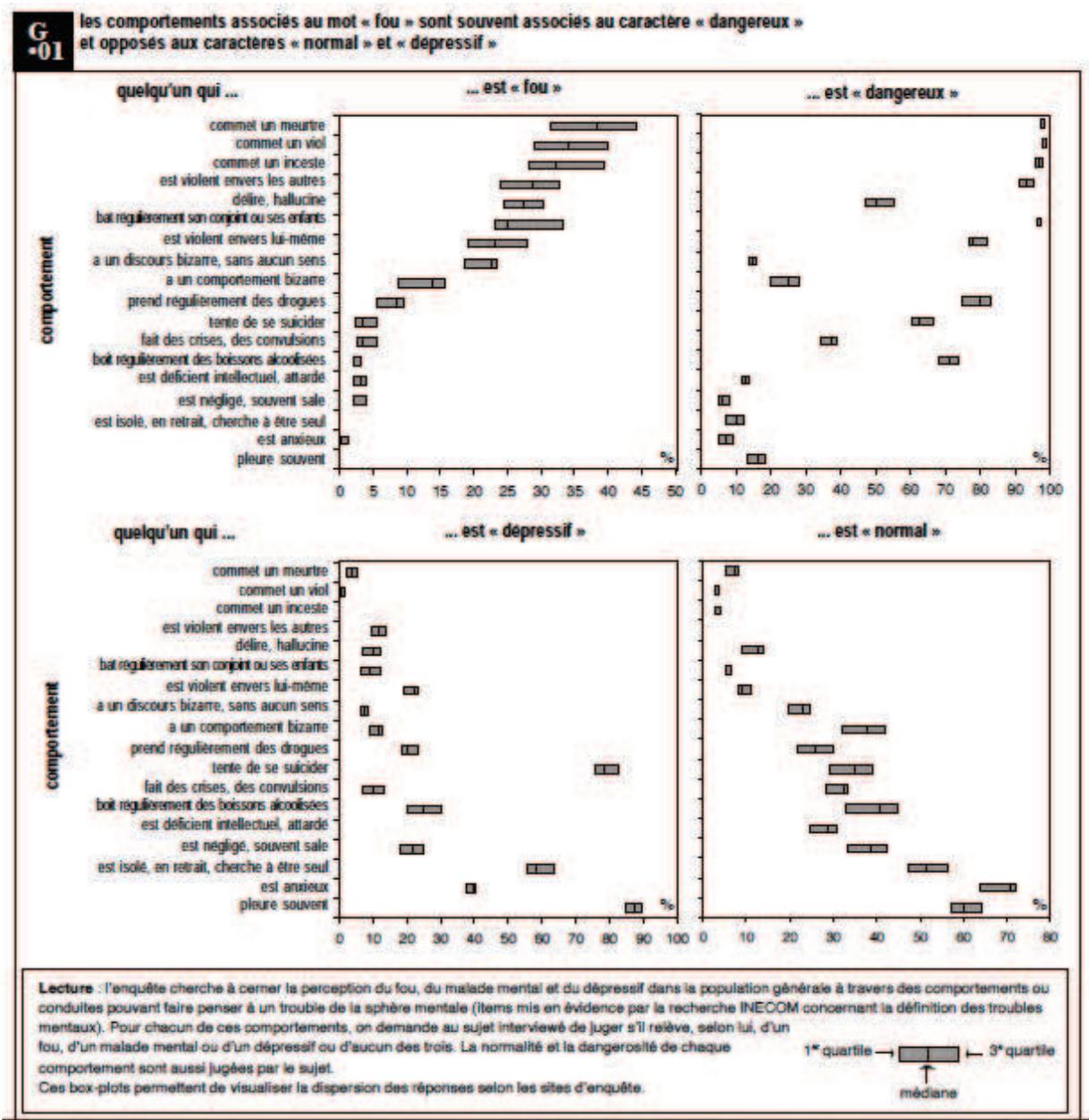
¹⁹ *CNRTL, lexicographie* [en ligne]. Consulté le 06/04/2013. Disponible: www.cnrtl.fr/definition/representation

²⁰ *Larousse, dictionnaire de français* [en ligne]. Consulté le 06/04/2013. Disponible : www.larousse.fr/dictionnaires/francais/representation/68483

4.2. Représentations et société

D'après ces définitions la représentation qu'un sujet se fait d'un objet est liée tout autant à la nature de l'objet représenté qu'à celle du sujet qui élabore cette représentation.

La santé mentale en population générale : images et réalités est une enquête menée de 1998 à 2000 par l'association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (ASEP) avec l'aide de l'établissement public de santé mentale Lille-Métropole et du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS). Réalisée sur neuf sites différents de France et de l'Océan Indien cette enquête permet de mieux saisir la perception qu'à public des troubles de la santé mentale. Pour cela elle demande aux sujets interviewés de mettre en relation les adjectifs proposés (« normal », « dépressif », « fou » et « dangereux ») avec des comportements pouvant évoquer un trouble de la santé mentale (« pleurer souvent », « être intellectuellement déficient », « commettre un viol », « consommer des boissons alcoolisées et/ou des drogues », etc.).



Le document analytique *Études et Résultats* publié par la Direction de la recherche des études de l'évaluation des statistiques (DREES) averti« [qu']Il faut toutefois être conscient que cette série limitée d'items, qui caractérisent l'enquête, conditionne pour partie les opinions émises²². »

²¹ *Études et résultats*. France : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2001. Première parution le 12/1998. ISSN 1146-9129.

²² *Ibid.*, page 2.

Néanmoins deux tendances émergent nettement de cette étude : d'une part l'étroitesse avec laquelle sont liée les adjectifs « fou » et « dangereux », et d'autre part, la normalisation des comportements apparentés à un état dépressif.

4.3. Représentations et posture professionnelle

Posture, subst. fém. : « *Attitude, position du corps, volontaire ou non, qui se remarque soit parce qu'elle a d'inhabituel, ou de peu naturel, de particulier à une personne ou à un groupe, soit par la volonté de l'exprimer avec insistance. [...] Synon. : comportement, (ligne de) conduite*²³. »

La posture professionnelle est l'attitude que l'infirmier adopte lorsqu'il est en situation professionnelle. Parce que nous ne sommes pas nés infirmiers tout le monde n'est pas naturellement tolérant, ou patient, ou méthodique, ou doux, ou bienveillant, ou attentionné, ou empathique, ou souriant, ou rassurant... Cependant la nature de notre travail requière que nous puissions l'être, c'est ce que j'appelle « travailler à être à notre travail. »

La diversité du travail infirmier fait qu'il existe de multiples chemins pour atteindre un même objectif, ces chemins étant soumis à l'addition de plusieurs paramètres :

- les spécificités propres au sujet soigné,
- les spécificités propres au professionnel de santé,
- les moyens mis à disposition.

Alors que certains soignants travaillent avec plaisir et intérêt auprès de patients en fin de vie d'autres ne s'en sentent pas capable ou ne souhaitent pas en faire autant. Là où certains d'entre nous aiment le travail en SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) d'autres préfèrent les entretiens infirmiers en psychiatrie. Et pourtant, l'objectif de notre profession est le même pour nous tous :

« [donner] *des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. [Participer] à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement*²⁴. »

²³ CNTRL, *lexicographie* [en ligne]. Consulté le 06/04/2013. Disponible: www.cnrtl.fr/definition/posture

²⁴ Article L114 du Code de la santé publique [en ligne]. Disponible : www.legifrance.gouv.fr

La posture professionnelle est le « comportement », la « ligne de conduite » qu'adopte le soignant lorsqu'il est en situation professionnelle. Ce comportement est adapté au regard de la situation rencontrée et il est subordonné à la connaissance qu'a le soignant de lui-même (ses ressources, ses limites, ses capacités...).

L'infirmier est donc un professionnel qui est tenu d'avoir le recul nécessaire pour travailler selon les règles de bonne pratique et qui doit savoir ajuster sa pratique lorsque cela s'avère nécessaire.

« L'étudiant est amené à devenir un praticien responsable, autonome et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé²⁵. »

Au travers de sa posture professionnelle le soignant doit donc pouvoir être en mesure d'aborder et de prendre en charge tout type de patient, dans tout type de contexte, de manière objective, bienveillante et professionnelle, ce qui entend être capable de travailler sans être influencé par ses propres représentations.

²⁵ DE BRITO, A. *Mémoire fin d'études*. Cours PDF. France : s.n., décembre 2011. Page 3.

III – Phase exploratoire

1. Méthodologie

Au vu de la problématique initiale une enquête majoritairement qualitative m'a semblé la plus adaptée : cela laisse la possibilité aux infirmières interviewées de nuancer leurs propos pour donner à leurs réponses les directions qu'elles souhaitent. Cependant quelques données quantitatives sont incluses, notamment pour les premières questions, ce qui permet de faire une comparaison claire et arrêtée des informations recueillies.

1.1. Choix des structures

Ayant effectué un stage en structure de soins psychiatriques j'ai pu largement observer et étudier les pratiques des infirmiers auprès des patients souffrant de troubles de la santé mentale. En revanche il ne m'a été possible qu'une seule fois d'observer la prise en charge d'un patient atteint de troubles psychiatriques, durant le stage d'où est tirée la situation d'appel de ce travail de recherche. La problématique initiale porte sur l'accueil de patients souffrant de troubles mentaux en structure de soins somatiques, ainsi mes entretiens ont eu lieu en service de chirurgie et en service d'urgences.

1.2. Choix des professionnels

Alors que je construisais mon outil d'enquête je devais réfléchir à quelle cible il serait destiné, afin d'adapter les questions à mes futurs interlocuteurs. Ma curiosité m'a d'abord incité à poser mes questions à toutes les catégories professionnelles fréquentant les services visés, mais rapidement je réalisais que cette démarche n'avait rien de stratégique et qu'en plus de me surcharger de données à traiter je prenais le risque de m'égarer. Ce dont j'avais besoin pour ce travail, centré sur la prise en charge infirmière, n'était rien d'autre que des points de vue qui relèvent de la discipline à laquelle je me destine, ainsi ai-je choisi de cibler uniquement les professionnels infirmiers pour cette enquête.

1.3. Le contexte d'exploration

Ces trois interviews, distantes de plusieurs jours à plusieurs semaines, ont toutes été réalisées sur les lieux de travail. J'ai eu la chance pour chacune d'entre elles de pouvoir disposer d'un bureau ou une pièce close où seul mon interlocuteur et moi nous trouvions. J'ai cependant pu planifier ces entrevues en dehors de heures de travail pour ainsi nous éviter d'être interrompus et permettre une continuité, ou une fluidité, dans l'enchaînement des idées des professionnels interviewés. Alors que j'imaginai ces entretiens avoir approximativement la même durée il n'en fut rien : le premier dura 37 minutes, le deuxième 4 minutes et le troisième 13 minutes. Chacun d'entre eux a été enregistré, ce qui permet de ne pas troubler mes interlocuteurs durant l'interview et qui me fournit *a posteriori* un support optimal pour travailler.

2. Mon outil d'enquête

Afin d'introduire les différents professionnels interrogés au lecteur et lui permettre de saisir très succinctement leurs profils mon questionnaire ouvre sur la question du nombre d'années d'expérience depuis l'obtention du diplôme d'infirmier et les différentes structures/services fréquentés jusqu'à ce jour.

En lien avec leur poste actuel je souhaite ensuite savoir dans quelle mesure ces infirmières sont amenées à fréquenter un public souffrant de troubles de la santé mentale, pour obtenir ici une notion d'habitude et/ou d'expérience.

Enfin le cœur de la problématique est atteint sur les deux dernières questions, volontairement ouvertes le plus objectives possible afin d'obtenir le ressenti authentique de chaque infirmière.

3. Synthèse et analyse des résultats

« Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'État en soins infirmiers ? »

Deux infirmières sont diplômées depuis quelques années « seulement », avec respectivement 2 ans et 5 ans de pratique. Même si ces résultats peuvent sembler relativement proches comparés aux 20 ans de pratique de la troisième infirmière, il est à noter que 5 ans de pratique représentent déjà plus du double d'années d'expérience de la plus jeune diplômée.

Cependant, quelle que soit l'année de délivrance du diplôme tous sont pré-réforme LMD (Licence – Master – Doctorat, juillet 2009²⁶) et post-réforme du Décret du 23 mars 1992 relatif au programme des études en soins infirmiers décrétant la fin des études séparées soins infirmiers / infirmier de secteur psychiatrique. Toutes ont donc suivi un enseignement sans spécialisation particulière concernant le domaine des soins en santé mentale.

« Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé ? »

Les trois infirmières interrogées ont toutes travaillé et travaillent encore toutes en service de soins somatiques : chirurgie, maternité – gynécologie, urgences. Aucune n'a fait mention à quelque moment que ce soit d'une expérience sur un terrain spécialisé en psychiatrie.

« En service de soins somatiques avez-vous souvent eu à faire avec des patients atteints de troubles psychiatriques ? »

D'après les réponses il apparaît qu'aux urgences ce soit assez fréquent, tout particulièrement la nuit. Souvent ces patients sont amenés par les sapeurs-pompiers, trouvés déambulant sur la voie publique et bien souvent sous l'emprise d'alcool, plus rarement de drogues. Une part importante d'entre eux réside en hôpital psychiatrique, dans ce cas de figure ces patients se trouvent à l'extérieur parce qu'ils sont en permission de sortie et qu'ils doivent être de retour à

²⁶ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. Ministère de la Santé et des Sports. Disponible : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf

une certaine heure sur leur structure. Cependant tous ne rentrent pas toujours et à l'heure et « prolongent » leur soirée, seuls ou avec d'autres personnes, et abusent alors souvent d'alcool et/ou de drogues, raison de leur admission aux urgences de l'hôpital.

Lorsqu'il ne s'agit pas de patients issus du secteur psychiatrique les personnes se présentant aux urgences en pleine nuit le font souvent dans un contexte particulier comme :

- l'urgence ressentie (par exemple : douleur traitée tolérable le jour s'amplifiant la nuit donc insomnie donc difficulté/impossibilité de travailler le lendemain en plus de la souffrance présente, seul recours apparent au malade : les urgences) ;
- l'urgence sociale (par exemple : une femme se présente régulièrement en fin de soirée pour des maux souvent différents, on découvre après quelques passages qu'elle fuit son foyer pour la nuit en prévision ou au cours d'une dispute avec un mari alcoolique et/ou violent).

Dans ces trois cas de figure le travail relationnel est prédominant : la détresse psychologique (et parfois sociale) prime souvent sur l'aspect somatique puisque à ce niveau il n'y a pas d'urgence vitale ou d'urgence fonctionnelle à proprement parler.

Concernant l'infirmière travaillant en chirurgie ambulatoire, ces patients restent assez rares. Ils proviennent tous du centre psychiatrique du secteur et sont accueillis la plupart du temps pour exploration par cœlioscopie ou en chirurgie traditionnelle pour des troubles tels que constipations, ingestion d'objets non-alimentaires...

« Quel(s) souvenir(s) ou quelle(s) impression(s) en gardez-vous ? »

La notion de temps semble tenir une place importante, quel que soit le service où travaille le professionnel interviewé. Deux aspects sont abordés :

- Le manque de temps du au fonctionnement du service au regard de l'expérience aux urgences ;
- Le besoin de temps pour entrer en contact avec ces patients, pour établir une relation avec eux.

Introduit par une infirmière travaillant de nuit aux urgences la notion de violence est aussi mentionnée. L'équipe paramédicale du service est composée de personnel féminin et l'impression de vulnérabilité est présente, surtout lorsque les patients sont sous l'emprise d'alcool et/ou de toxiques.

A l'aide de cette question ouverte je voulais pouvoir déterminer si les souvenirs associés aux patients atteints de troubles de la santé mentale se situaient plutôt dans un registre positif, négatif, ou neutre. Pour mener mes entretiens de manière objective je n'ai pas voulu directement leur poser cette question, cependant au vu de la nature de informations recueillies j'en conclus que le sentiment retenu de ces moments de soin est majoritairement négatif.

« Est-ce que pour vous un patient qui a des troubles psychiatriques est pris ici en charge comme tout autre patient ? Pourquoi ? »

Je compte sur cette dernière question pour dessiner la réponse de ma question de départ (qui est je le rappelle « est-il possible de combiner soins somatiques et soins psychiatriques sans que l'un n'interfère de façon négative avec l'autre ? »).

Qu'il y ait des différences entre les prises en charge de deux patients au sein d'un même service n'est pas un problème en soi, et c'est même voulu : le projet de soin est personnalisé, à l'image de la prise en charge, tous deux sont donc uniques. Ce qui m'intéresse ici est de savoir si cette différence existe non plus à l'échelle de la personne mais à l'échelle du groupe : d'un côté les patients souffrants de troubles de la santé mentale, de l'autre les patients ne connaissant pas de troubles de la santé mentale.

Les réponses sont unanimes : ce n'est pas le cas. On repère en premier lieu une cause provenant des soignants : l'image que l'on peut avoir du patient de secteur psychiatrique. Une infirmière estime que ce type de patient est « stigmatisé », ce qui porte préjudice à la prise en charge.

Au niveau médical les médecins du service semblent assez peu habitués aux pathologies de la santé mentale (la psychiatrie étant une spécialisation). L'absence de médecin psychiatre aux urgences la nuit et une méconnaissance des traitements neuroleptiques en chirurgie peuvent de ce fait participer au manque de complétude dans la prise en charge globale des patients souffrant de troubles de la santé mentale.

Les locaux d'accueil ne seraient pas les plus adéquats pour ces prises en charge : sur ce point une infirmière travaillant aux urgences mentionne qu'ils ne sont « *pas équipés* », que « *tout ne ferme pas* ». La déambulation et le risque de fuite sont une source de surveillances et donc de travail supplémentaire qui n'est peut-être pas toujours compatible avec un service destiné aux soins somatiques, que ce soient les urgences ou le service de chirurgie dans lequel se déroule ma situation d'appel.

Enfin, du fait des impératifs du service le temps peut souvent arriver à manquer dans la journée d'un infirmier. Les professionnels interviewés ont évoqué le besoin de temps pour les prises en charges de patients souffrant de troubles mentaux. Lorsque le temps vient à manquer (de plus en plus fréquemment au vu de la conjoncture actuelle) on peut supposer que le soignant révisé la priorisation de ses objectifs et puisse être amené, en service de soins somatiques, à aller traiter le problème de santé principal, à savoir un/des trouble(s) somatique(s) : « *Et le côté psy passe à l'as²⁷* », pénalisant la globalité de la prise en charge du patient.

²⁷ cf. annexe III, *Interview #2*, page IV.

IV – Conclusion

D'avoir été stagiaire en chirurgie et aux urgences m'a donné un aperçu du travail qui y est effectué lors de l'élaboration du projet de soins des patients. Le cas d'Éric est le seul cas que j'ai rencontré en 3 ans qui satisfaisait au modèle « patient d'une structure de soins en santé mentale hospitalisé en service de soins somatiques ». Bien évidemment je ne pouvais m'arrêter à ce seul exemple pour construire ma vision professionnelle et, parce que j'avais un nombre limité de stages avant la fin de ma formation, je décidais d'aller de l'avant en choisissant cette thématique comme travail de fin d'études.

L'outil d'enquête mis en place n'aborde pas de manière frontale la problématique soulevée en début de travail : selon moi le contenu des questions aurait invariablement conditionné les réponses de mes interlocuteurs. Cela dit j'ai été très satisfait des résultats apportés par l'enquête exploratoire que j'ai appris auprès de mes collègues m'a semblé légitimer ma question de départ : auprès de patients atteints de trouble de la santé mentale la prise en charge en service de soins somatiques semble être faite au détriment du besoin de soins psychiatriques.

N'étant pas sûr où me mèneraient mes recherches j'ai préféré procéder par élimination, en commençant par l'aspect légal.

Les recherches effectuées en amont, contenues au chapitre II *Cadre de référence*, mettent en avant le travail effectué au niveau de la législation de notre profession et du système de santé pour assurer une qualité et une égalité dans les soins, et également éviter toute dérive ou négligence à l'égard des usagers. Celle-ci légifère sur tous les actes que peut être amené à pratiquer un soignant en tenant compte de tous les environnements professionnels possibles. Tous les infirmiers suivent la même formation, avec selon les décrets un contenu sensiblement équivalent (infirmiers du secteur psychiatrique mis à part). Tous les professionnels de santé sont soumis à la même réglementation lorsqu'ils sont en exercice de leurs fonctions : le Code de la Santé publique. Les missions des hôpitaux, et a fortiori celles du système de santé français, suivent des axes de travail allant dans le sens de la qualité des soins et du bien-être de l'utilisateur (plan psychiatrie et santé mentale, loi hôpital, patient, santé et territoire). De mon point de vue il en résulte un cadre complet pour lequel il ne semble pas y avoir, à mon niveau

de connaissances et d'expérience, de « défaut » possible pouvant me permettre d'expliquer cette interruption de la continuité des soins lors du passage du secteur psychiatrique vers le secteur « général » (pour des soins somatiques, donc).

L'étude du cadre légal ne me permettant pas d'apporter de réponse d'un point de vue « institutionnel » à la problématique posée j'ai envisagé que cette rupture de la continuité des soins puisse être le fait d'un facteur humain. Cependant la limitation de mon outil exploratoire ne me permet pas de travailler cet aspect et à ce jour je ne peux aller plus en avant.

IV Voir plus loin

Il serait intéressant d'ouvrir la question initiale (qui est pour rappel : est-il possible de combiner soins somatiques et soins psychiatriques sans que l'un n'interfère de façon négative avec l'autre ?) en une thématique plus large :

Quelles spécificités de prise en charge pour les patients atteints de troubles de la santé mentale en service de soins généraux ?

Cela permet ainsi de mener une étude non plus un niveau d'une situation unique – et terminée – mais dans la durée et au niveau du fonctionnement de tout un service de soin sur les prises en charges actuelles et à venir. Qui plus est l'apport des résultats pourrait donner lieu, s'ils sont partagés et mis en place, à une amélioration du fonctionnement d'un ou plusieurs aspects du travail réalisé dans ce service et finalement à un bénéfice tant pour les professionnels que pour les usagers.

Bibliographie

Ouvrages

DELAMARRE, C. *Alzheimer et communication non verbale*. France : Dunod, juin 2011, 224 pages. ;

MAGNON, R.; DÉCHANOZ, G. *Dictionnaire des soins infirmiers*, 3ème édition. France : Masson, septembre 2005, 333 pages.

Textes législatifs

Assemblée Nationale. *Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, Étude d'impact*. France : s.n., mai 2010. Page 5. ;

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015*. France : s.n, février 2012. Pages 7 et 8. ;

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015*. France : s.n, février 2012. Page 4.

Publications

OMS. *Investir dans la santé mentale*. Suisse : OMS Département de la Santé mentale et abus de substances psychoactives, 2004. ;

OMS. *La situation de la santé mentale*, coll. Guide des politiques et des services de santé mentale. Suisse : OMS, 2004. Page 12. ;

OMS. *La situation de la santé mentale*, coll. Guide des politiques et des services de santé mentale. Suisse : OMS, 2004. Page 12. ;

OMS. *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Suisse : OMS, 2006. Page 1.

Périodique

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats*. France : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mai 2001. Première parution le 12/1998. ISSN 1146-9129.

Cours

DE BRITO, A. *Mémoire fin d'études*. Cours PDF. France : s.n., décembre 2011. Page 3. ;

LEDESMA, L. *Recherche documentaire sur le projet de soins et les procédures et protocoles, annexe IV*. s.l.n.d.

Sitographie

International Council of Nurses. *À propos du CII* [en ligne]. Mis à jour le 18/07/2012 [consulté le 03/04/2013]. Disponible : www.icn.ch/fr/about-icn/about-icn ;

International Council of Nurses. *Définition des soins infirmiers* [en ligne]. Mis à jour le 10/04/2010 [consulté le 03/04/2013]. Disponible : www.icn.ch/fr/about-icn/icn-definition-of-nursing ;

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Santé mentale, introduction* [en ligne]. Mis à jour le 13/07/2009 [consulté le 01/05/2013]. Disponible : www.sante.gouv.fr/introduction ;

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. *Présentation du plan santé mentale 2011 – 2015* [en ligne]. Mis à jour le 06/04/2012 [consulté le 05/05/2013]. Disponible : www.sante.gouv.fr/presentation-du-plan-sante-mentale-2011-2015 ;

Ministère de la Santé et des Sports. *Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier* [en ligne]. Mis à jour le 31/07/2009 [consulté le 18/05/2013]. Disponible : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf ;

OMS. *Qu'est-ce que la santé mentale ?* [en ligne]. Mis à jour le 03/09/2007 [consulté le 20/04/2013]. Disponible : www.who.int/features/qa/62/fr/index.html ;

www.legifrance.gouv.fr pour :

Article L4311-1 du Code de la santé publique ;

Article R4311-3 du Code de la santé publique ;

Article L114 du Code de l'action sociale et des familles.

Dictionnaires

CNTRL, *lexicographie* [en ligne]. Consulté le 06/04/2013. Disponible : www.cnrtl.fr/definition ;

Larousse, *dictionnaire de français* [en ligne]. Consulté le 06/04/2013. Disponible : www.larousse.fr/dictionnaires/francais.

Annexe I – Sigles et abréviations

- ASEP : association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique ;
- CCOMS : centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé ;
- CII : Conseil international des infirmières ;
- CNTRL : centre national de ressources textuelles et lexicales ;
- DREES : Direction de la recherche des études de l'évaluation des statistiques ;
- EPREMeD : European Policy Information Research for Mental Disorders ;
- ESEMeD : the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders ;
- LMD : licence, master, doctorat ;
- OMS : Organisation mondiale de la santé ;
- SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

Annexe II – Outil d’exploration : questions posées lors des entretiens anonymes.

1 – Quand avez-vous obtenu votre diplôme d’État en soins infirmiers ?

2 – Dans quels services avez-vous travaillé ?

3 – En service de soins somatiques avez-vous souvent eu affaire à des patients atteints de troubles psychiatriques ?

4 – Quels souvenirs ou quelles impressions en gardez-vous ?

5 – Est-ce que pour vous un patient qui a des troubles psychiatriques est pris en charge ici comme tout autre patient ? Pourquoi ?

Annexe III – Interview infirmière A

28 mars 2013, 04:28.

Julien Coulon : Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'État en soins infirmiers ?

Infirmière A. : *Il y a deux ans et quatre mois.*

Julien Coulon : Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé ?

Infirmière A. : *Toujours les urgences, direct après le diplôme.*

Julien Coulon : En service de soins somatiques avez-vous souvent eu à faire avec des patients atteints de troubles psychiatriques ?

Infirmière A. : *Oui, c'est sûr. Surtout ici. Hum... c'est 50% des patients j'ai envie de dire... Presque... Même quand ils viennent des fois pour un problème médical sous le problème médical on découvre un problème psychiatrique sous-jacent. Donc oui, c'est souvent.*

Bah par exemple voilà : la jeune fille de tout à l'heure elle vient parce qu'elle s'est fait une phlébotomie, elle dit que c'est accidentel mais elle est bipolaire, elle fait ça tous les quatre matins. C'est vrai que c'est très souvent.

Julien Coulon : Quel(s) souvenir(s) ou quel(les) impression(s) en gardez-vous ?

Infirmière A. : *Alors, les souvenirs... C'est parfois dur, parce qu'ils sont parfois très violents et c'est pas facile à gérer, surtout quand c'est en heure de pointe et qu'il y a du monde. Il faut pouvoir les contenir, parfois... Des fois, souvent quand même ils nous font rire... Parce que bon, ils disent des choses qui sont incongrues donc... Oui, ça fait rire ! Tu sais pas trop comment les prendre mais finalement tu te dis bon... Tu relativises et tu te recentres quoi.*

Mais sinon oui, ça laisse surtout la nuit une impression de vulnérabilité parce qu'on n'est pas nombreux, on est pas nombreuses même, et que souvent on a besoin de les contentionner et que... Voilà, il suffit que le SMUR soit sorti et on est plus que deux nanas, trois en tout avec l'aide-soignante et les médecins nous aident rarement. Donc du coup c'est à nous de gérer un peu le truc et on a aucun recours à part appeler la police si on a vraiment besoin donc voilà. Et sinon les souvenirs aussi souvent, ils viennent pour des problèmes de constipation ! Ça n'a rien à voir avec la pathologie psychiatrique là pour le coup, enfin si si c'est lié aux traitements mais... Voilà.

Julien Coulon : Est-ce que pour vous un patient qui a des troubles psychiatriques est pris en charge ici comme tout autre patient ? Pourquoi ?

Infirmière A. : Hum... Je dirais que non. Il est... Un peu plus stigmatisé, je trouve. Et... Et les urgentistes sont fondamentalement pas des psychiatres donc ils ont tendance à... Enfin ils gèrent comme ils peuvent mais hum... Voilà on les met en UH et le lendemain ils font un bon psy et le lendemain les psy de garde passent pour donner leur compte-rendu quoi, mais... Hum... Clairement ça leur plaît pas, ici, et... Ils sont moins à l'aise forcément pour gérer, comme les psychiatres nous les envoient pour les constipations parce qu'ils ne sont pas à l'aise pour gérer le somatique.

Le truc en plus c'est que dans certains hôpitaux il y a des psychiatres de garde. À l'hôpital de [...] par exemple il y a les urgences psychiatriques donc dès qu'ils ont besoin ils viennent, jour comme nuit. C'est une équipe mobile avec une psychiatre et une infirmière, donc ils passent quand les urgences les appellent et ils font un vrai entretien psychiatrique et infirmier, tu vois. Ici le passage de psychiatre ça reste assez rare, la nuit il n'y en a pas et la journée c'est à partir de neuf heures, il y a une boîte aux lettres là, à l'accueil, c'est là qu'on va déposer les bons psy pour les patients qui ont besoin d'un avis psy qu'on a gardé en UHTCD ou des services des étages et du coup les psy passent le matin.

Et souvent ce qui est difficile je trouve, pour m'être renseignée après sur ce qui a été dit par les psy, c'est que souvent ils minimisent je trouve les troubles psychiatriques que les patients ont eu ici... Quand les psy passent, donc en général le lendemain, ils sont souvent peut-être moins dans une phase aigüe et du coup ils disent « non ça va, il peut rentrer au domicile, il est adapté... » alors qu'avec nous ça... Ça c'est pas du tout passé comme ça, le lendemain ils sont vu après avoir dormi, après avoir eu une médication... Ça dépend aussi peut-être du psy, aussi...

Avec ces patients on peut aussi être vite dépassé aussi et ça mobilise du monde, surtout la nuit ils sont souvent en phase aigüe parce qu'il y a toutes les angoisses vespérales qui ressortent et tout ça, ils sont parfois plus ou moins alcoolisés ou sous l'emprise de toxiques donc ils sont plus difficiles à gérer la nuit que je jour je pense... C'est un peu là que tout ressort.

Annexe IV – Interview infirmière B

28 mars 2013, 05:22.

Julien Coulon : Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'État en soins infirmiers ?

Infirmière B. : *Avril 2008.*

Julien Coulon : Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé ?

Infirmière B. : *Toujours les urgences.*

Julien Coulon : En service de soins somatiques avez-vous souvent eu à faire avec des patients atteints de troubles psychiatriques ?

Infirmière B. : *Ici oui, régulièrement.*

Julien Coulon : Quel(s) souvenir(s) ou quel(les) impression(s) en gardez-vous ?

Infirmière B. : *Qu'ils n'ont pas leur place ici. Qu'en fait on a pas... Le temps nécessaire pour prendre en charge et leurs problèmes psychiatriques et leurs problèmes somatiques, en fait on est là pour régler les problèmes somatiques et pas les problèmes psychiatriques. Et ici on est pas équipés comme... Dans le sens tout ferme pas forcément, il y a beaucoup de monde et peu de place... En fait c'est qu'on a pas le temps de les prendre en charge comme il faut.*

Julien Coulon : Est-ce que pour vous un patient qui a des troubles psychiatriques est pris en charge ici comme tout autre patient ? Pourquoi ?

Infirmière B. : *Et bien... Après faut voir le motif d'admission ; si c'est par exemple hospitalisation d'un centre psy il est pris en charge comme les patients psy, maintenant s'il vient pour phlébotomie ou autre chose il va être pris en charge pour ce qu'il a. Et le côté psy passe à l'as.*

Annexe V – Interview infirmière C

30 avril 2013, 13:00.

Julien Coulon : Quand avez-vous obtenu votre diplôme d'État en soins infirmiers ?

Infirmière C. : *Depuis... Juin '93, ça fait 20 ans.*

Julien Coulon : Dans quel(s) service(s) avez-vous travaillé ?

Infirmière C. : *J'ai travaillé essentiellement en chirurgie et j'ai fait une pause de trois ans en maternité - gynécologie.*

Julien Coulon : En service de soins somatiques avez-vous souvent eu à faire avec des patients atteints de troubles psychiatriques ?

Infirmière C. : *Oui, ça arrive. Mais ça reste ponctuel. Ce que j'ai vu le plus souvent c'est pour des fécalomes, ou des blocs d'ambu pour des exploration par coelioscopie.*

Julien Coulon : Quel(s) souvenir(s) ou quel(les) impression(s) en gardez-vous ?

Infirmière C. : *Alors... En chirurgie... Ce que ça m'évoque ? Déjà on sait que ça va prendre du temps. Déjà rien que pour entrer des fois en communication avec eux, à se faire comprendre. Et puis après à faire les soins, ça demande beaucoup de temps. Voilà, ça évoque beaucoup de patience. Des fois ils n'ont pas toutes leurs facultés intellectuelles, il faut plus de temps pour expliquer les choses parce que déjà souvent ils viennent d'institutions, ils changent de lieu et on a pas du tout les mêmes rythmes ici qu'en institutions... Ici il faut faire des soins et ils sont souvent réguliers à faire, en institution si la toilette n'est pas faite le matin elle peut être faite à midi, ou dans l'après-midi c'est moins dérangeant que dans le service où faut que la toilette oit faite à peu près le matin, pour après faire le pansement... On a des choses bien définies et carrées à faire et ça ça... Ça demande beaucoup de temps.*

Julien Coulon : Est-ce que pour vous un patient qui a des troubles psychiatriques est pris en charge ici comme tout autre patient ? Pourquoi ?

Infirmière C. : *Non. Déjà leur traitement n'est pas re-prescrit correctement, enfin... Les chirurgiens ici ne connaissent pas trop... Il y a un problème de re-prescription de leur traitement psychiatrique en soi, et en plus on en rajoute par dessus, nos traitements antalgiques et il y a des fois ça fait... Non, on s'occupe plus de leur traitement antalgique que leurs traitements perso qui les équilibraient, quoi.*

Avec eux on est pas nous toujours pareils, parce qu'on en rencontre déjà pas beaucoup non plus, donc c'est un peu la peur de ce qu'on connaît pas. Oui, c'est un peu l'inconnu donc on appréhende, mais une fois qu'on est entré en contact avec... Enfin moi ça me... Sur le moment on prend un peu nos marques, on tâtonne, on y va moins franco qu'avec des gens dits « non-psychiatriques ».

Quoi qu'ici en ambulatoire il y a la différence aussi que j'ai plus de temps et que je travaille seule, les patients ne voient que moi, enfin ou presque, et comme ça il n'y a pas ou 6 ou 8 ou 12 nouvelles personnes à intégrer, il n'y a que moi et c'est fait. Quand on est entré en contact pour eux il n'y a pas à tout refaire le quart d'heure d'après avec une nouvelle personne... La proximité est un peu plus facile, pour moi en tout cas.

Tiens par exemple là lundi j'ai un Monsieur qui est tétraplégique, à cause d'un AVP et il fait un bon mètre quatre-vingt dix et presque 90 kilos. Il peut pas bouger et ma question déjà c'est : « comment je vais faire ? » Et comment ça se passe pour manger ? Tout ça je le sais pas, j'ai pas ces informations et là je vais l'appeler pour prévoir un peu déjà. Là j'anticipe plus qu'un patient psychiatrique par exemple... C'est vraiment la peur de l'inconnu.