

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers

Le rôle de la collaboration au sein d'une équipe soignante dans le prendre soin d'une urgence vitale en psychiatrie



THOMAS Ivana
Formation infirmière
Promotion 2017 - 2020



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
Travaux de fin d'études :
MIRSI (l'urgence vitale en psychiatrie)**

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 infirmier 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 17 / 04 / 2020

Signature de l'étudiant :

Fraudes aux examens :
CODE PÉNAL, 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.

Sommaire

Introduction.....	1
De la situation d'appel vers la question de départ.....	1
Partie 1 : Le cadre théorique	
I/ La place des soins somatiques chez les patients hospitalisés en psychiatrie.....	3
1.1 Evolution du soin en psychiatrie.....	3
1.1.1 Historique : De la santé mentale à la psychiatrie	3
1.1.2 Les représentations sociales en psychiatrie	3
1.1.3 La dimension somatique en psychiatrie	4
2.1 Des symptômes somatiques peuvent être le masque d'une urgence.....	5
2.1.1 Qu'est-ce que l'urgence ?.....	5
2.1.2 Urgence en psychiatrie.....	5
2.1.3 Facteurs de risques : connaître les particularités de la psychiatrie.....	6
II/ La collaboration interprofessionnelle : prévenir une urgence vitale.....	6
2.1 La notion du prendre soin.....	6
2.2.1. Philosophie du « soin ».....	6
2.2.2 Définition du concept.....	6
2.2.3 Approche systémique : prévenir un événement indésirable.....	7
2.2 Le travail collaboratif.....	7
2.2.1 Du travail d'équipe à la collaboration interprofessionnelle.....	8
2.2.2 La construction de la collaboration.....	8
2.2.3 Stratégies d'adaptation : outils et communication.....	9
Partie 2 : Le dispositif méthodologique du recueil de données	
Introduction.....	10
I/ Analyse descriptive.....	10
II/ Analyse interprétative.	14
Conclusion.....	15
Partie 3 : Discussion	
Introduction.....	16
I/ Une évolution marquée ou manquée ?.....	16
II/ L'organisation d'une urgence vitale.....	19
III/ La collaboration au sein d'une équipe : outils et méthodes.....	20
Conclusion.....	23
Conclusion	24
Bibliographie.....	25

Annexes

Sommaire :

I : Situation d'appel (version longue)

II : Le modèle d'Amour et Oandasan (2004)

III : Modèle de communication : feed-back

IV : Guide d'entretien

V : Entretiens infirmiers

VI : Tableau d'analyse des entretiens

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, Le GALL Isabelle, référente de ce mémoire d'initiation à la recherche, pour son accompagnement, ses précieux conseils et son encouragement.

Aussi, j'aimerais remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de formateurs qui ont participé à ce projet notamment Mr. DELAMBILY Simon sans qui la qualité du contenu des mes entretiens infirmiers n'aurait été possible grâce à sa connaissance de personnes ressources. Je remercie également les infirmières interrogées pour la qualité des données qu'elles m'ont transmises ainsi que pour leur partage d'expériences tout aussi enrichissant.

Mes collègues de promotion POSTIC Pauline, CATHELINE Aurore et JEAN Maelann qui m'ont soutenue tout au long de la rédaction de cet écrit.

Enfin, ma mère qui a suivi ce projet de près et a pris plaisir à le lire « intelligemment mené » selon ses dires. Elle a contribué à l'amélioration de l'orthographe qui vous permettra une lecture de qualité.

D'après, Edouard Couty. :

(...) La psychiatrie a tendance à ne s'intéresser qu'aux manifestations psychiques de la maladie mentale et à écarter la dimension somatique, alors même que ces patients souffrent le plus souvent de troubles physiques, parfois graves, en lien ou non avec la maladie mentale... . (2009, p.20)

Introduction

Le soin est une notion assez relative. La collaboration et l'urgence vitale en psychiatrie le sont tout autant. Finalement, tous ces termes dont la relativité est reflétée en premier abord, ont leur importance dans un contexte de soins. Ces différentes notions que la complexité semble éloigner sont au contraire complémentaires. La collaboration dans le soin dans un contexte d'urgence vitale en psychiatrie forme donc la thématique de mon mémoire.

Ce travail d'initiation à la recherche clôture ces trois années d'études. C'est une démarche basée sur l'analyse de documents et d'entretiens portés sur des capacités réflexives en lien avec des bases théoriques acquises au cours de la formation. Au cours de ma formation, j'ai effectué plusieurs stages dans des lieux différents et je n'avais jamais été confrontée à une situation d'urgence.

De la situation d'appel vers la question de départ

Une prise de sang est programmée ce matin. Mme.M est âgée d'une soixantaine d'année, elle a des antécédents d'alcoolisme chronique non sevrés, est BPCO et fumeuse. Hospitalisée sous contrainte à la demande d'un tiers, elle n'est donc pas autorisée à sortir seule. C'est une patiente discrète, pas très demandeuse et qui reçoit de temps à autre de la visite de son fils ou d'amis. Elle est très douloureuse à la déglutition ; pour cela un traitement morphinique depuis peu est prescrit « per os » matin et soir en systématique. Après chaque sortie en famille ou avec des amis, un étylotest est réalisé afin d'évaluer si son taux d'alcoolémie est élevé et ainsi adapter la prise du traitement morphinique.

C'est une patiente qui a pour habitude de se lever tard dans la matinée. Entre 9h et 9h30, l'infirmier m'informe qu'il est passé voir Mme M. 30 minutes. Mais, elle ne s'est pas réveillée et dormait profondément. Il ne semblait pas inquiet.

En entrant dans la chambre, je vais pour me présenter mais Mme. M ne répond pas. Je ne parviens pas à la réveiller. Elle n'a aucune réaction. Elle respire d'une manière un peu étrange et saccadée. L'infirmier qui m'accompagne me dit de réaliser la prise de sang. Je demande à l'infirmier si cela est habituel que son sommeil soit aussi profond. Il réfléchit un peu et décide d'aller chercher le tensiomètre.

Je reste dans la chambre avec Mme M et insiste de nouveau. Je lui demande de me serrer les mains si elle m'entend, j'élève la voix mais toujours pas de réponse (...). Vers 10h, le médecin généraliste d'un autre service arrive en renfort dans la chambre et demande à ce que seul les IDE restent dans la chambre. Une série de questions nous est posée : « depuis quand est-elle comme ça ? », « comment sont les paramètres vitaux ? ». La fiche de renseignement sur Mme M. (antécédents, traitements, résultats biologiques du jour...) est demandée. Pendant ce temps, les sacs d'urgence (au rez de-chaussé) sont amenés. Le médecin décide de poser une perfusion

en voie d'abord, un ECG est réalisé, l'O2 est mis à 16L/ min. Le SAMU est alerté. Les urgences prennent le relais. Il est 11h20.

L'imprévisibilité de cette situation m'a tout particulièrement interpellée de part, sa singularité, et le contexte de soin en psychiatrie. Les principales questions que je me suis posées suite à cette situation sont les suivantes : Dans un contexte de prise de sang sur une patiente, quelles ont été les signes d'alerte évocateurs d'une urgence ? Quel rôle chacun des acteurs (infirmier(ères)/ médecins) a-t-il joué dans cette prise en soin? En quoi la dynamique d'équipe influence les stratégies d'adaptation de l'infirmier dans le prendre soin de cette patiente ? La connaissance des habitudes de vie par le personnel soignant a-t-elle eu un impact sur le mode de prise en soin de la patiente ? Cela peut-il influencer les prises de décisions ? L'urgence vitale fonctionnelle est-elle moins présente en secteur de psychiatrie?

Toutes ces questions ont muri mon questionnement et m'ont amenée à me poser la question suivante : En quoi la collaboration de chacun des acteurs d'une équipe soignante en psychiatrie participe au prendre soin d'une personne en situation d'urgence vitale ? C'est - à - dire d'approfondir la notion de collaboration au sein d'une équipe soignante et de son rôle dans la prise en soin du patient en situation d'urgence vitale et dans ce cas précis de centrer l'urgence vitale spécifiquement somatique.

Ce travail se découpe en trois grandes parties. La première partie, pose le contexte par la recherche d'apport théorique sur le sujet : le cadre théorique. La seconde partie, regroupe l'expérience de professionnels infirmiers de terrain : le dispositif méthodologique du recueil de données. Enfin, la dernière partie, est la comparaison de l'apport théorique et les expériences de terrain : la discussion.

Partie 1 : Le cadre théorique

I/ La place des soins somatiques chez les patients hospitalisés en psychiatrie

1.1 Evolution du soin en psychiatrie

1.1.1 Historique : De la santé mentale à la psychiatrie

Au travers des époques et mouvements historiques, la psychiatrie a pris plusieurs formes. La maladie mentale n'était pas reconnue, aucun traitement n'existait ce qui poussait les personnes atteintes de troubles psychiques ou « aliénés » à être exclues de la société notamment dans les forteresses d'exclusion dont Paul Bernard en fera une description très sordide et maltraitante. Au XX^{ème} siècle, Philippe Pinel a reconnu cette discipline comme une partie à part entière de la médecine, soit des personnes atteintes de maladies mentales en étudiant ces dernières (Frédéric Masserix, 1998).

Par ailleurs, on peut noter que « L'infirmier diplômé de l'Etat français » a été créée en 1922 mais ce dernier formait des infirmiers que sur le soin somatique. En 1969, apparaît le titre d' « infirmier de secteur psychiatrique » ce qui divise le cursus en deux catégories avec les infirmiers en soins généraux. Ce n'est qu'en 1992 que les études sont réunies (Dominique Giffard) et qu'un cursus commun est adopté.

La santé mentale est étroitement liée à la psychiatrie. Ainsi, si celle-ci est compromise, il sera question de psychiatrie. La santé mentale selon le rapport de 2009 présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, anciennement Ministre de la santé et des sports « représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté » (p.17-18). Une personne qui va voir sa santé mentale perturbée va tendre vers une prise en charge psychiatrique. Pour cela, il faut que les troubles mentaux soit reconnus comme « pathologique » (Edouard Couty et Dr. Roland Cecchi-Tenerini). Ces troubles sont pris en charge suivant une réglementation. Deux catégories s'opposent : les soins avec le consentement libre du patient sont les soins libres (SL) ; et, les soins sans consentement à la demande d'un tiers (SDT), sur décision d'un représentant de l'état (SDRE) ou les soins en cas de péril imminent sans tiers (SPI) (Centre hospitalier de l'éstran, 2019). Les services de psychiatrie sont aujourd'hui très diversifiés (besoins du patient, durée de séjour...).

1.1.2 Les représentations sociales en psychiatrie

Les représentations sociales font partie intégrante d'une des branches de la psychologie que l'on nomme la psychologie sociale. Pour la définir simplement, la psychologie sociale « s'intéresse à la manière dont les cognitions (savoirs, « croyances », représentations...) influencent les conduites mais aussi la manière dont les conduites

influencent en retour les cognitions dans un contexte social » (Pascal Morchain, 2017). Ainsi, ces cognitions, ces connaissances vont former nos représentations sociales. Ces dernières vont être influencées par le contexte social et vont permettre une « interaction avec autrui » (Pascal Morchain, 2017).

Les représentations sociales en psychiatrie tiennent naissance de leur origine, de l'histoire de la psychiatrie. Aujourd'hui encore, la maladie mentale est associée au « fou » et à la « dangerosité ». Que ce soit au sein de la population générale ou bien soignante, le manque de connaissances conduit à des disparités en terme de soins. Selon Joël Martinez, cela serait dû d'abord à un manque d'information du personnel médical, notamment les médecins généralistes, qui ne veulent pas s'orienter vers le secteur de la psychiatrie car il considère, pour une grande majorité d'entre eux, que le « poids de la maladie mentale dans leur pratique » est important. De plus, la psychiatrie est synonyme pour eux « d'impossibilité de continuer à suivre le patient ». Mais, à côté de ce constat là, des associations de familles, des assistances sociales de ville et certains médecins généralistes tentent de mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour remédier à ce problème (1996).

1.1.3 La dimension somatique en psychiatrie

La problématique de santé physique est aussi présente en psychiatrie. En effet, il n'est pas exclu qu'un patient atteint de troubles mentaux ne contracte pas un jour une pathologie somatique. Dans les années 80, un jeune interne fait un rapport de son expérience dans un service de médecine situé dans une structure psychiatrique. Il décrit les difficultés de collaboration entre deux spécialités de la médecine : la psychiatrie et la médecine somatique. La cause première de cette difficulté sont les représentations que chacun a du métier. Il souligne tout particulièrement un problème de « compliance et d'observation » notamment dû aux difficultés de réalisation de bilan complet sur les personnes atteinte de pathologie mentale. Aussi, il décrit le psychiatre comme étant un professionnel tourné vers une posture d'écoute et moins dans le diagnostic de la pathologie du patient lors de son entretien qui selon lui qui pourrait nuire à ce dernier. Il opte pour une dimension psychologique et peut avoir tendance à exclure ce qu'on nomme « l'examen clinique » ce que le somaticien va lui reprocher. Comme le psychiatre va reprocher à ce dernier de ne pas être au clair avec la psychologie (Jenoudet, L.P, 2004).

La création en 2002 de l'Association Nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale ou encore la FNASPY (= Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie) participent à la reconnaissance de l'importance de la psychiatrie et lutte en faveur de leur promotion. Aussi, des mesures plus renforcées ont été mises en place : le Plan Santé mentale (2011-2015) qui consacre une de ses parties à « la réaffirmation de l'importance d'une prise en charge somatique » et la loi du 5 juillet 2011 qui oblige la réalisation d'une examen clinique (Coquaz, C. Denis, F. et Saravane,D., 2014).

Il y a donc une évolution majeure autour de la psychiatrie mais aussi de la place du soin somatique.

2.1 Des symptômes somatiques peuvent être le masque d'une urgence

2.1.1 Qu'est-ce que l'urgence ?

Afin d'introduire cette partie, je commencerai par définir le terme d'urgence par une définition générale. « L'urgence (l'étymologie en souligne le caractère pressant = qui ne peut attendre) est un phénomène qui touche la santé et est caractérisé par la façon brutale et inattendue avec laquelle il survient » (C. Prudhomme, 2018).

D'après le cours Murielle Lasbleiz formateur IFSI de 2019, on trouve plusieurs catégories d'urgence : l'urgence réelle ou vraie qui met en jeu le pronostic vital ; l'urgence fonctionnelle, qui touche un organe (fracture, plaie de main...) ; l'urgence sociale, comme la précarité, la marginalisation, les migrants et enfin l'urgence ressentie par le malade.

A l'hôpital, le degré d'urgence est évalué à l'accueil par une infirmier d'accueil et d'orientation (IAO). Ce degré d'urgence est défini par code allant de I le plus urgent (prise en charge immédiate) au V (pas de temps défini). Le code I correspond à la prise en charge immédiate équipe médicale et paramédicale avec une orientation vers le déchoquage, le code II a un caractère très urgent, il y a une orientation vers le secteur médecine ou chirurgie, soit une prise en charge paramédicale immédiate et médicale dans les 15 min, le code III et IV correspondent à des orientations qui se font uniquement dans les secteurs de médecine et de chirurgie, l'urgence est moins importante avec une heure minimum d'attente et le code V correspond à une situation non urgente, l'attente dépasse largement deux heures.

Il existe trois principaux motifs de consultation des urgences : les problèmes somatiques, les problèmes traumatiques et les troubles psychiatriques. Ce dernier est de plus en plus présent aux urgences.

2.1.2 Urgence en psychiatrie

Selon le circulaire du 30 juillet 1992, « il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». C'est la définition donnée pour caractériser une urgence en psychiatrie.

Selon le site Psycom, des situations doivent nous interpeller : si le patient se fait du mal ou fait du mal à autrui, les signes comme « le délire, les hallucinations, un ou plusieurs états d'agitation , angoisse ou souffrance psychique extrême, état dépressif intense ; ainsi, qu'un état d'abattement extrême (la personne est prostrée, ne s'alimente plus) ».

Au travers des articles et définition de l'urgence en psychiatrie, peu d'informations sont données sur les moyens réels pour traiter une urgence au sens général du terme et tout particulièrement somatique.

2.1.3 Facteurs de risques : connaître les particularités de la psychiatrie

Selon l'OMS, un facteur de risque est défini comme « tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme ». On peut dire qu'il s'agit donc d'un élément qui peut ou a des conséquences directs ou indirects sur l'état de santé d'une personne.

Les facteurs de risques sont nombreux. Nous allons nous centrer essentiellement sur les spécificités des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Selon l'organisation Psycom, le surpoids et l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète et les troubles lipidiques (cholestérol) sont des facteurs d'autant plus présents en psychiatrie que dans la population générale. Le risque de développer des maladies cardiovasculaires par exemple n'est pas à négliger. Ces derniers seraient liés aux troubles eux-mêmes : conduites addictives, régimes alimentaires, traitements, sédentarité et niveau socio-économique bas (Aude Caria, 2018).

Pour cela, la collaboration interprofessionnelle au sein d'une équipe est essentielle pour personnaliser la prise en soin de chaque patient en fonction de ses besoins.

II/ La collaboration interprofessionnelle : prévenir une urgence vitale

2.1 La notion du prendre soin

2.2.1. Philosophie du « soin »

Le terme de « soin » est très vaste et compliqué à définir. Selon un ouvrage de Lise Michaux, le soin « allie les idées de préoccupation, d'attention, de souci à celle de s'occuper d'une personne ou d'une chose dont on se soucie en vue de lui apporter un mieux-être » (2018). Plusieurs auteurs, philosophes ou encore personnels médicaux et/ou paramédicaux ont étudié la signification du « soin » dans sa globalité en donnant leur propre définition. Par exemple, Marie-Françoise Collière, infirmière, s'est appuyée sur des termes anglais, selon elle, plus précis au français. L'étude du « cure » concernerait les termes de soins de réparation et le « care » regrouperait les soins coutumiers et habituels (« liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie »).

Il peut tout de même s'avérer difficile de traduire « cure » et « care » en français, littéralement « soin ». Malgré cette difficulté, « l'un et l'autre rendent compte d'une prise en charge particulière d'une personne en demande de soin » c'est ce que le Docteur Bertrand Galichon met en évidence « faire du soin » (« cure ») et « prendre soin » (« care ») (Sébastien Klam, 2017).

2.2.2 Définition du concept

L'auteur de référence du concept de « prendre soin » est Walter Hesbeen par ses multiples travaux réalisés autour de celui-ci. Il part du constat que pour prendre soin d'une personne, il faut adopter une approche globale, entière de la personne. Elle doit être considérée à sa juste valeur dans son environnement, c'est-à-dire en prenant compte de ses capacités de savoir et ses attentes. Il souligne aussi qu'il ne faut pas associer le prendre soin avec le métier d'infirmier. En effet, l'ensemble des professions de la santé y participe du simple fait qu'il s'inscrive dans une dynamique de soin à la personne. Le soin étant défini comme « le fait d'être attentif à quelqu'un ou quelque chose pour s'occuper de son bien-être ou de son état, de son bon fonctionnement ». Partant de ce postulat, le prendre soin va être l'action du soin mais cette fois, auprès d'une personne. « Le concept de « prendre soin » désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en lui venant en aide, en contribuant à son bien-être en promouvant sa santé. » Pour terminer cette partie sur le « prendre soin », il est d'intéressant de se pencher sur son emploi au singulier. En effet, il a été dit précédemment que chaque personne soignée est différente, la situation est différente, la culture est différente ... soit « le prendre soin » diffère d'une personne à l'autre (Walter Hesbeen, 1997).

2.2.3 Approche systémique : prévenir un événement indésirable

Pour contribuer à un « prendre soin » de qualité, l'utilisation de l'approche systémique permet de remédier à la survenue d'un événement indésirable, associé ou non, au soin.

On parle d'événement indésirable associé au soin lorsqu'il s'agit « d'un événement inattendu qui perturbe ou retarde le processus de soins, ou impacte directement le patient dans sa santé ». L'impact de ce dernier peut avoir plus ou moins des conséquences. Il « est considéré comme grave, un événement associé à un décès ou une menace vitale à un handicap ou une incapacité, ou enfin, à une prolongation d'hospitalisation d'au moins un jour ».

L'approche systémique est un outil qui a son importance dans divers domaines et pas seulement celui de la santé. Dans le domaine de la santé, on part d'une situation donnée. Un événement s'est produit. On se pose la question de « qu'est-ce qui a contribué à celui-ci ? Les facteurs ? Les personnes ? » Le Modèle de James Reason est la méthode de référence qui analyse les différentes barrières qui ont contribué à un événement indésirable.

Selon l'HAS (Haute autorité de santé), la gestion des risques se définit comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire chaque fois que c'est possible, les risques encourus pour le patient, le personnel ou les visiteurs ».

La collaboration contribue à la prise en soin selon une approche systémique décrite ci-dessous.

2.2 Le travail collaboratif

2.2.1 Du travail d'équipe à la collaboration interprofessionnelle

« Le travail collaboratif s'inscrit dans une dynamique d'équipe ». Soit, la collaboration ne peut se faire seule mais entre plusieurs acteurs. Lors de la collaboration interprofessionnelle, les acteurs d'un groupe, d'une équipe selon la petite Larousse, comme étant « un groupe de personnes unies dans une tâche commune » s'articule autour de plusieurs professions.

Cette définition de l'équipe est étroitement liée au concept de collaboration. Plusieurs définitions ont été faites de ce concept. On parle de « notion de construction d'une action collective (Friedberg, 1993) » dont l'étymologie latine signifie « travailler avec ». Plusieurs auteurs définissent la collaboration interprofessionnelle par le préfixe « inter » « comme un partenariat où des membres de différents domaines travaillent en collaboration vers l'atteinte d'un objectif commun ». Dans le domaine de la santé, la collaboration interprofessionnelle est présente dans tous les secteurs d'activités (soins palliatifs, soins aux personnes âgées, soins en santé mentale ...).

Nous retiendrons une définition de la collaboration interprofessionnelle qui rassemble tous les éléments cités précédemment comme « un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habilités pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients (D'Amour, 1997) ». (Michèle Kosremelli Asmar et Frédéric Wacheux, 2007)

2.2.2 La construction de la collaboration

La collaboration interprofessionnelle n'est pas toujours facile à entreprendre en raison d'un contexte qui peut parfois freiner certaines actions. Celles-ci vont être déterminées par des facteurs. Selon le modèle d'Amour Oandasan de 2004 (Cf. annexe II) trois catégories se distinguent : interactionnelle, organisationnelle et macro structurelle. Les facteurs interactionnels regroupent les capacités à collaborer notamment par la communication et ainsi éviter les distorsions de cette dernière (Cf. annexe III modèle de communication : Feed back) à faire confiance aux autres mais aussi et avant tout à soi-même. Les facteurs organisationnels, soit une organisation structurée (soutiens administratifs, mécanismes de communication et de coordination, les relations humaines) ; enfin, les facteurs macro - structurels ou systémiques qui regroupent le système social, professionnel, culturel et éducatif (Michèle Kosremelli Asmar et Frédéric Wacheux, 2007).

Ces facteurs jouent un rôle essentiel dans la collaboration interprofessionnelle. En effet, ces facteurs sont complémentaires. Ce sont en quelque sorte les maillons d'une chaîne qui ne peuvent pas fonctionner l'un sans l'autre.

Il y a donc des avantages comme des freins à cette collaboration pour la personne soignée mais aussi pour le personnel soignant. Nombreux sont les avantages, les trois

principaux que l'on peut retenir pour la personne soignée vont être l'augmentation de la qualité des soins reçus soit, une augmentation de la sécurité, soit une diminution du taux de mortalité (Cours de Emmanuelle Philip en 2017). Pour les professionnels de santé, les avantages sont centrés particulièrement sur les bienfaits sur leur santé mentale avec notamment la diminution du stress et une meilleure gestion des conflits (esprit d'équipe, valorisation des rôles de chacun...). Le principal frein reconnu serait l'interprofessionnalité en elle-même. « Il est reconnu (...) absence d'une compréhension commune entre les disciplines qui utilisent des vocabulaires différents et des modes de questionnement différents » (Michèle Kosremelli Asmar et Frédéric Wacheux, 2007).

2.2.3 Stratégies d'adaptation : outils et communication

Selon Folkman et al. en 1986, la stratégie d'adaptation est définie comme « une série de processus cognitifs et comportementaux en constante évolution pour gérer des demandes externes et/ou internes spécifiques et qui sont évaluées comme éprouvant ou dépassant les ressources d'un individu ». D'après cette définition, il paraît opportun de dire que l'urgence vitale peut correspondre à une situation où l'individu fait face à un événement potentiellement complexe et imprévue qui génère du stress et ne peut-être résolu seul. L'individu va s'adapter en mettant en place des actions ou « stratégies » de manière à diminuer le caractère « urgent » de la situation. Il s'agit donc d'un processus conscient à l'inverse des mécanismes de défenses.

Pour en revenir au sujet du mémoire d'initiation à la recherche, qu'il s'agisse d'une urgence vitale dans un service de soins généraux, de psychiatrie ou autres ; ces stratégies varient d'un individu à un autre. L'intérêt d'aborder les stratégies d'adaptation sur la thématique du mémoire est qu'une fois l'urgence est présente, il faut bien agir. C'est pourquoi, être formé sur des situations à risque ainsi que d'avoir un certain nombre de ressources à sa disposition, est nécessaire. Nous sommes en formation pour être des futurs professionnels dans le domaine de la santé. Nous sommes formés au cours des trois ans à nous préparer aux futures situations de notre métier. Dans le cas de l'urgence, il y a de l'apport théorique mais aussi de la pratique. En effet, des outils de formation sont à notre disposition et non négligeables pour notre pratique professionnelle. Je citerai notamment l'AFGSU, l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence. Cette formation a été instaurée par le Ministre en charge de la santé depuis 2006 et est obligatoire pour la majeure partie des professions de santé. Cette dernière s'inscrit donc dans notre parcours de formation. C'est une formation complémentaire « des gestes qui suivent dans la population ». Deux niveaux existent. Chacun recoupe trois modules urgences vitales, potentielles et collectives. Pour illustrer cette dernière, il suffit d'avoir un regard sur l'actualité de cette année 2019 suite à l'émergence d'une épidémie : le Covid -19 soit une situation sanitaire exceptionnelle. La différence entre ces deux niveaux de formation sont le public visé. Le but du niveau un est de l'étendre à l'ensemble du personnel médical ou non. A ce jour, il est en ma-

jeur partie en direction "des personnes travaillant dans les établissements de santé au sens large ». Le niveau deux est régi par les codes de la santé publique et est centré sur les professionnels de santé : médecins, pharmaciens, infirmiers, aide-soignants... Bien entendu, il s'agit d'un outil, il en existe d'autres mais celui-ci est essentiel dans la gestion d'une urgence même s'il ne fait pas tout.

Partie 2 : Le dispositif méthodologique du recueil de données

Introduction

Après cette première partie, sur « ce que disent les auteurs », voici cette deuxième partie, essentielle et complémentaire sur « ce que disent les professionnels ». Ce recueil de données s'est construit par le biais de deux entretiens semi-directifs auprès d'infirmières choisies en lien avec la thématique qui est : l'urgence vitale en psychiatrie.

Les entretiens ont duré 15 à 20 min selon l'infirmière interrogée. Ils se sont déroulés dans un bureau isolé du terrain de travail propice au calme et à l'échange. Ces entretiens ont été enregistrés avec un dictaphone puis retranscrits à l'écrit. (Cf. Annexe V : Entretiens infirmiers)

Les trois grands objectifs traités sont l'identification la place des soins somatiques en psychiatrie, l'identification de la place de l'urgence en psychiatrie et ses représentations et enfin la place de la collaboration interprofessionnelle dans la prévention d'une urgence vitale. (Cf. Annexe IV : guide d'entretien) L'analyse de ces entretiens s'est faite sur la base d'un tableau d'analyse. (Cf. Annexe VI)

Analyse descriptive

Identifier la place des soins somatiques en psychiatrie

Le soin fait partie intégrante de notre métier. Lors de entretiens, il été question plus précisément du soin somatique en psychiatrie. « Les soins somatiques, c'est tout ce qui attrait au corps » selon Mathilde. A contrario, le soin psychiatrique relèverait donc de tout ce qui se rapporte au mental, soit au soin des troubles liés à la vie psychique. Les soins somatiques cités regroupent : une surveillance, une surveillance globale, une surveillance du « corps ». Hémodynamie, température, poids, ... en fonction des situations, ces soins vont différer. La présence d'une équipe mobile pour les plaies par exemple, les bilans sanguins, une gazométrie ... Tous ces moyens, ces examens complémentaires vont participer au prendre soin du patient. De manière plus spécifique encore, pour les patients en chambre de soins intensifs (CSI), l'examen somatique est réalisé tous les 24/48h, c'est médico-légale.

Des nouveaux dispositifs apparaissent avec l'examen systématique d'entrée,

son bilan obligatoire, la présence de plus en plus conséquente de médecins généralistes au sein des établissements psychiatriques. Mais, il existe des freins matériels observés dans l'établissement psychiatrique au sein desquels ont travaillé les deux infirmières interrogées. « On a des limites au niveau du plateau technique, on ne peut pas tous, les prendre en charge (...) on n'a pas des rampes à oxygène dans tous les services » ou encore « à mon époque, il n'y avait qu'un électrocardiogramme à l'entrée de l'établissement ».

Par ailleurs, « à G.R, 80 % de la file active est suivie en extra hospitalier. Donc, ces patients là ne relèvent pas de la médecine générale de l'établissement mais doivent relever des soins de ville » souligne Jeanne.

Les soins somatiques en psychiatrie occupent « une place obligatoire ». Une évolution de leur place a été marquée par l'instauration de recommandations, de la « scission » en 1992 du diplôme infirmier de soins en secteur psychiatrique et infirmiers de soins généraux. La réunification du diplôme permet à l'infirmier d'aujourd'hui d'avoir des compétences tant au niveau de la psychiatrie qu'au niveau du somatique. Pourtant, il existe encore « des réticences pour certains de choisir de travailler en psychiatrie et d'avoir à s'occuper du somatique. Il y a aussi des courants différents au niveau des psychiatres. On peut avoir certains psychiatres qui peuvent être réticents à la prise en soin du somatique » selon Jeanne.

Mathilde constate, de son expérience, que le soin somatique en psychiatrie va être utilisé pour évaluer autre chose alors qu'en service de soins généraux, les soins seraient plus d'ordre exécutif et donc il n'y aurait « pas le même relationnel ».

Les soins somatiques sont présents en psychiatrie et indissociables du soin psychiatrique. Une évolution de leur place a vu le jour mais des freins aux soins sont toujours présents.

Identifier la place de l'urgence en psychiatrie et ses représentations

Comme tout secteur d'activités, l'urgence est de plusieurs types : vitale, relative... Ici, on aborde l'urgence vitale fonctionnelle en psychiatrie. Celle-ci regroupe en premier lieu, les urgences cardiovasculaires. En effet, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par deux chez les patients schizophrènes. On trouve aussi l'urgence par inhalation : les fausses routes ; l'urgence liée à un geste auto infligé, la tentative de suicide (avec précipitation et polytraumatisé) par phlébotomie, par strangulation, par immolation ou IMV (intoxications médicamenteuses volontaires) ; le syndrome sub-occlusif, le risque thromboembolique (...) Il y a le syndrome malin chez les patients psychotiques.

Mathilde nous parle aussi, « des accidents de sevrage qui peuvent requérir une forme d'urgence comme les déliriums tremens, sevrages aux toxiques, sevrages

benzodiazépines ainsi que les surdosages médicamenteux accidentels ou pas, les troubles de conduites alimentaires, patientes anorexiques...mal épileptique, les AVC (accident vasculaire cérébral), les infections. La complication d'un état mélancolique dans la prostration dans les états catatoniques : déshydratation, insuffisance rénale qui va se mettre en place, les troubles hydro-électrolytiques comme la potomanie... »

Elle souligne aussi des défauts de prise en charge notamment avec les états anxieux, attaque de panique : « un patient qui est référencé avec un « tag » et qui fait des crises de panique, souvent, ils n'ont plus de bilan. Et donc, on va passer à coté de douleurs précordialgiques, une insuffisance cardiaque, on peut passer sur des douleurs cardio qui peuvent être évocatrices d'une urgence ». Ou encore, le globe vésical, fréquent en psychiatrie. Ils arrivent aux admissions aux urgences avec le motif d'entrée, c'est « délirant et confus ». Le bilan révèle le globe vésical. Ce dernier pouvant amener à des états confus, délirants mais au final il n'y a rien de psychiatrique. Il existe un risque néanmoins bien présent chez les personnes âgées.

Plusieurs facteurs de risques entrent en cause. Il est dit par Jeanne que beaucoup de patients sont comorbides notamment au niveau cardiovasculaire. Par exemple, Mathilde illustre deux situations d'urgence vitale que l'on peut rencontrer suite à des facteurs de risque bien identifiés. Tout d'abord, le syndrome sub-occlusif qui est lié aux traitements des neuroleptiques, à l'alitement sur des situations de contention. Il est lié aussi aux conditions hygiéno-diététiques avec le manque d'hydratation, la sédentarité. Ensuite, on retrouve le risque thromboembolique avec les contentions lors d'un d'isolement en chambre chez des patients dont l'état le nécessite.

La fréquence de ces urgences vitales sont indéterminées. « Ça peut arriver mais comme ça peut arriver en service de médecine ou ailleurs » selon Mathilde.

Des stratégies d'adaptions peuvent être mis en place lors d'une situation d'urgence vitale. Protocoles, appel au 15, interne de garde, réactivité de la gestion de l'urgence, formation aux gestes de soins d'urgences pour tous les soignants, utilisation du chariot d'urgence ... des éléments qui permettent de pallier au mieux à une situation d'urgence.

Mathilde constate aussi, n'ayant travaillé qu'en psychiatrie (20 ans), « les soins somatiques, j'en ai très peu fait ; ce qui fait que moi, dans une équipe je ne vais pas savoir gérer ça (...) A l'heure actuelle, j'ai fait ma formation des gestes de soins urgences, ça faisait 13 ans que j'en n'avais pas fait ».

Elle propose que dans chaque équipe, il y ait au moins un des deux infirmiers qui soit formé et ainsi transmettre au fur à mesure ses connaissances à l'ensemble de l'équipe soignante. Puis, lors de situations qui ont posé problèmes avec ou sans conséquences directes ou indirectes, organiser en équipe : cadre, le médecin, l'interne... « ce qui

s'est passé, comment on a fait. Là, on a « fauté » , là on doit reprendre, sur quel axe on peut s'améliorer (...) les fameux CREX. »

Les représentations sociales, vaste sujet qui peut être difficile à comprendre. « Des représentations, il y en a partout » ; « J'ai vu l'évolution au niveau des représentations sociales déjà avant il n'y avait pas de médecin généraliste et ce qui n'est plus le cas maintenant ». Jeanne pense que ces représentations peuvent avoir un impact sur la prise en charge du patient atteint de troubles psychiques. Et pour cause, les représentations des soignants du patient de psychiatrie jouent, soit « la prise en charge est moins optimale que pour un patient qui n'aurait pas de pathologie psychiatrique » notamment ces patients de psychiatrie « ont des difficultés d'accès sans doute liées à leur pathologie et à la difficulté de système de soins où ils sont un peu perdus ».

Lors de la présentation du premier objectif : « la place des soins somatiques en psychiatrie », Jeanne nous a parlé de cette réforme de 1992 sur le diplôme infirmier. Mathilde nous en fait part cette fois-ci pour parler de l'évolution des représentations sociales. Elle appuie de manière importante que la présence de médecin généraliste est une évolution majeure car il y a une certaine « collaboration » entre le somatique et le psychiatrique qui s'installe, un « schéma de prise en charge globale ».

Les urgences psychiatriques peuvent induire une urgence somatique. L'urgence d'origine psychiatrique est indissociable du somatique qui peut en être une conséquence. Les stratégies d'adaptation permettent de remédier à une urgence en remettant en question notre pratique.

La collaboration interprofessionnelle dans la prévention d'une urgence vitale

La collaboration interprofessionnelle réunit un ensemble de professionnels autour d'un projet de soin d'un patient. Il est au centre de cette collaboration. Il est question de compétences selon Jeanne.

« Tout est lié, tout est corrélé : somatique, psychiatrie, sociale, spirituelle » déclare Mathilde. Elle est essentielle.

Mathilde met en avant la bonne collaboration par de la bonne communication, du relais entre les professionnels ainsi que les limites de ces derniers.

Un des critères de qualité souligné par Jeanne est « une collaboration adaptée au patient en fonction de ses souhaits et sans perte d'informations ».

La prévention d'un événement indésirable participe au prendre soin global du patient. Pour cela, le patient doit identifier l'équipe au sens large, l'équipe doit donner la bonne information, au bon moment pour le bon soin, explique Jeanne.

Mathilde reprend l'exemple du syndrome sub-occlusif. « La gestion de l'élimination, la palpation du patient, la gestion de l'hydratation en interagissent sur différents domaines peut diminuer à chaque fois un risque » c'est - à- dire « agir sur différents domaines : préventif, informatif, psychiatrique, somatique afin de regrouper tous les

facteurs de vulnérabilité du patient et donc on pourrait interagir au mieux et limiter ainsi des conséquences graves ». Elle ajoute aussi que ce n'est pas une chose facile à faire.

« Education thérapeutique sur les signes, « psycho-éducation » du patient si celui-ci n'a pas de troubles psychiatriques majeurs, alliance, anamnèse du patient » permettent à la fois de prévenir un événement indésirable mais aussi si celui-ci apparaît pouvoir appréhender la situation.

Afin d'illustrer ce constat, Jeanne expose la situation suivante en psychiatrie. Afin d'assurer la prise en charge, il faut se répartir la tâche avec, un infirmier qui va se charger de passer l'alerte (SAMU, ouverture des portes en secteur fermé...); et, l'autre plus « technique » qui va rester auprès du patient. Enfin, un dernier soignant(e), souvent l'aide soignant de l'équipe, va s'occuper des autres patients.« Le protocole c'est le chariot d'urgence, savoir où il est dans ton unité de travail, le défibrillateur .. D'avoir toutes tes formations de gestes d'urgence à jour. Après, je pense que chaque situation doit être réévoquée à froid. » Mathilde.

Prendre soin du patient, de manière globale lors d'une urgence vitale, c'est pouvoir être rapide tout en étant efficace avec tout ce « bagage » d'informations par le biais de la collaboration.

Analyse d'interprétative

Beaucoup d'éléments de réponses sont similaires en terme de fond et de sens entre les deux infirmières interrogées. Peu d'éléments divergent, il s'agit souvent d'éléments complémentaires apportés aux questions de l'une par rapport à l'autre.

Le premier objectif s'articule autour des soins somatiques en psychiatrie et de la place qu'ils occupent. Chacune des infirmières est d'accord pour affirmer que la « dichotomie » entre le somatique et le psychiatrique n'est pas envisageable. Mathilde rajoute même que le soin somatique agit comme « médiation pour le patient en psychiatrie » afin d'observer d'autres choses et ainsi nouer cette confiance entre le soignant et le patient. Une des infirmières va lister les soins que l'on peut rencontrer en psychiatrie et l'autre va venir compléter ces derniers par les limites d'accès à ces soins et à son évolution. Ce dernier sera exposé par Jeanne mais aussi Mathilde lors du dialogue autour des représentations sociales.

Le deuxième objectif, soit la place de l'urgence en psychiatrie et ses représentations, aborde la notion d'urgence fonctionnelle vitale. Les deux infirmières confirment que l'une des urgences vitales les plus fréquentes liées à la fois au somatique et à la fois à la pathologie psychiatrique est le risque cardio-vasculaire. D'autres urgences sont développées par Mathilde, dont deux rejoignent celles de Jeanne : le risque par

inhalation (fausses routes) et la tentative de suicide. Mathilde va étayer de manière plus précise le syndrome sub-occlusif, le globe vésicale et les risques liés aux traitements volontaires ou non. La fréquence de ces urgences ne peuvent être quantifiées par les infirmières. Elles confirment néanmoins qu'elles sont présentes.

Les stratégies d'adaptation qui ressortent sont à la fois individuelle par la gestion autour de l'urgence de manière immédiate (appel 15, chariot d'urgence, formation...) et à la fois centrée sur une éducation thérapeutique ou « psycho-éducation » du patient afin qu'il ait son rôle à jouer dans la prise en charge. Ces derniers permettent ainsi de prévenir un événement indésirable.

Les représentations sociales ont été abordées de deux sortes. Jeanne précise le caractère difficile de la pathologie psychiatrique et de son accès au soin. Mathilde parle de l'évolution des représentations au cours de ces dernières années notamment avec la présence de médecins généralistes qui représente une évolution majeure qui conforte une collaboration entre le somatique et la psychiatrie.

La collaboration interprofessionnelle se rapporte toujours autour du patient. Un certain nombre de champs sont à prendre en compte pour tendre vers une prise en charge optimale, globale du patient.

La prévention d'un événement indésirable passe, comme cité dessus, par une bonne connaissance du patient mais aussi par une bonne communication soit, une bonne collaboration.

Conclusion

Les infirmières interrogées démontrent que le soin somatique et en somme, indissociable du soin psychiatrique. Ces derniers sont complémentaires et permettent ainsi de mieux traiter une urgence vitale. La présence, à ce jour, effective d'un médecin généraliste en psychiatrie, le prouve. En effet, la collaboration interprofessionnelle entre les professionnels du secteur psychiatrique et du secteur somatique, participent à une meilleure prise en charge du patient. Elle passe avant tout, par une bonne information et une maîtrise des gestes techniques. Malgré tout ce chemin parcouru, des freins résident notamment dans le manque de moyens mais aussi dans la persistance de certaines représentations soignantes. Même s'il reste du progrès à faire, l'évolution des pratiques reste une avancée majeure comme la collaboration interprofessionnelle qui se développe et devient une pratique incontournable.

Partie 3 : Discussion

Introduction

Afin de finaliser ce mémoire d'initiation à la recherche, je vais, dans cette dernière partie, apporter mon point de vue sur le sujet. Celui-ci s'est muri notamment de recherches théoriques mais aussi pratiques par le biais d'entretiens réalisés auprès de deux infirmières ; ces derniers permettant ainsi de répondre à ma question de départ et d'ouvrir sur un nouveau sujet de recherche.

Rappelons ainsi la question de départ soit, « en quoi la collaboration de chacun des acteurs d'une équipe soignante en psychiatrie participe au prendre soin d'une personne en urgence vitale ? » Des notions et des concepts ont émergé de ce questionnement. Collaboration, psychiatrie, urgence vitale somatique... en apparence exempte de signification commune pourtant ils sont étroitement liés de sens. Non pas, par leur signification, car chacun relève d'une définition bien spécifique mais, pas leur complémentarité d'action. Sous-entendu, qu'ensemble, ils contribuent à « quelque chose ». Ensemble, ils participent au prendre soin du patient.

Cette discussion va se découper en 3 grandes parties. Dans un premier temps, je ferai le lien entre l'évolution de la psychiatrie au sens large jusqu'à aujourd'hui et son rapport au soin somatique pour montrer l'importance de cette « unification ». Puis, je développerai l'organisation qui s'articule autour de l'urgence vitale en psychiatrie (stratégies d'adaptation). Enfin, je terminerai par le développement de la collaboration interprofessionnelle dans le prendre soin global mais aussi dans la prévention d'un événement indésirable associé ou non au soin.

Développement

I/ Une évolution marquée ou manquée ?

Aujourd'hui, grâce à ce travail de recherche, nous savons que le secteur de la psychiatrie a évolué, une évolution d'abord marquée au sein de la société. Le terme « aliéné », désignant autrefois, une personne atteinte de troubles psychiatriques, a disparu. La maladie dite « psychiatrique » est aujourd'hui bien présente dans notre société et est reconnue. On pourrait même dire qu'il s'agit d'une réelle problématique de santé publique.

En effet, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) d'ici 2020, le taux de mortalité de patients atteints de maladies psychiatriques dépasserait les premières causes de mortalité des affections dites « somatiques » tels que le cancer et les affections cardio-vasculaires en France. La tentative de suicide, quant à elle, représente la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans. Les maladies psychiatriques sont des maladies multifactorielles complexes qui font intervenir des facteurs génétiques, des

facteurs liés au développement et des facteurs environnementaux. Elles ne se réduisent pas à la simple atteinte du « neurologique ».

Les représentations sociales sont, quant à elles, présentes chez chacun de nous. Peu importe notre classe sociale, notre âge, notre statut, que l'on soit infirmier ou pilote d'avion, ces représentations font parties de nous et vont refléter de manière insouciante, un trait de notre personnalité notamment dans la manière dont nous voyons le monde, les choses qui nous entourent, l'environnement où l'on se construit. Par conséquent, je suis d'accord avec Jeanne (IDE) pour dire qu'il y en a partout et cela ne se réduit pas au seul champ de la santé.

La psychiatrie est touchée par ces représentations sociales, positivement et ou négativement, du moins, des représentations soignantes persistent, affirme Jeanne. Il reste, à ce jour, des pensées, des idées qui insinueraient que la psychiatrie et le somatique sont deux spécialités à part entière et ne peuvent travailler ensemble. La persistance de cet état d'esprit est une réelle perte de chance pour le patient dans sa prise en charge soignante. (cf .exemple de Mathilde sur le globe vésical)

Cependant, comme je le disais au tout début de mon argumentation, la psychiatrie évolue. Les mentalités évoluent, ce qui permet la mise en place d'avancées majeures. En effet, la réunion du diplôme en 1992 entre les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers de soins généraux témoigne d'une évolution des pratiques. Je pense que se résoudre à étudier une seule spécialité équivaut à choisir entre boire et manger. Ces termes un peu crus mettent en exergue la problématique. Pour illustrer mes propos, je vais l'expliquer par une situation concrète. Lors d'un stage effectué en 3ème année en service hépato-digestif, je m'occupais d'un patient âgé d'une quarantaine d'années, dont le motif d'hospitalisation était une coloscopie. Un patient qui, habituellement, avait une tension correcte comprise entre 120 et 130 (tension artérielle systolique). Il s'avère que ce jour, ce dernier avait 180. Il ne figurait aucune mention dans son dossier d'antécédent d'hypertension artérielle. Alors, il restait à se questionner si cette hypertension artérielle était un problème « somatique » ou bien si une autre cause expliquerait celle-ci. Ce patient avait ce que l'on nomme « le syndrome de la blouse blanche » et attendait impatiemment de rentrer chez lui car sa femme venait d'accoucher. Tout ne relève pas d'un problème somatique. Il faut prendre du recul sur la situation. Observer et analyser toutes les issues possibles doivent guider notre approche.

En psychiatrie, il semblerait que l'urgence vitale somatique ne soit pas l'urgence la plus commune. Cependant, l'urgence vitale est bel et bien présente. Il s'agit principalement de l'urgence psychiatrique liée au trouble pathologique de la discipline. Lors de mes entretiens, les infirmières m'en ont énoncé un certain nombre. Le syndrome malin des neuroleptiques lié aux traitements psychotiques, les tentatives de suicides, les gestes « auto-infligés » (strangulation, phlébotomie, intoxications médica-

menteuses volontaires...) ou encore des états anxieux qui peuvent être le masque d'un problème somatique. Au premier abord, il semblerait qu'il s'agisse exclusivement d'urgences psychiatriques. Mais ces urgences cachent des conséquences physiques. Le somatique, « ce qui se rapporte au corps », est atteint indirectement. La tentative de suicide, par exemple, peut conduire à un arrêt des fonctions vitales, la mort ; ou encore, les gestes « auto-infligés » vont entraîner des séquelles à court et/ou long terme.

Outre l'évolution de la place des médecins généralistes au sein de ces structures, d'autres moyens ont été mis en place pour contribuer à une amélioration des pratiques. Jeanne, déclare la présence d'équipe mobile spécialisée en plaies et cicatrifications. Par ailleurs, un service de médecine somatique a été créé comme un pôle dédié au sein même de l'établissement veillant à assurer la continuité des soins somatiques. Ce qui confirme que les soins somatiques ont leur importance et surtout leur place dans l'établissement.

Par ailleurs, les soins somatiques, que ce soit en psychiatrie ou dans un service de soins généraux, sont les mêmes. Certes, ces derniers peuvent être moins présents en fonction du secteur de psychiatrie. Mais, cela ne veut pas dire qu'ils sont absents. Il est donc important de savoir les identifier et d'y être formés. Par exemple, si je reprends ma situation d'appel de départ. Mme M. était hospitalisée pour un motif d'alcoolisme chronique et pour un état dépressif sévère. Et pourtant, il s'avère qu'elle a fait une détresse respiratoire. Outre ses antécédents relevant de « la psychiatrie », elle avait aussi une BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), une dépendance au tabac et était sous antalgique de palier III dont un des effets secondaires de ce traitement est le risque de détresse respiratoire.

Cette reconnaissance de soins, à mon sens, a permis de faire croître le nombre de médecins généralistes au sein des établissements de psychiatrie. Lors de mon stage en psychiatrie, je peux aussi confirmer au même titre que les infirmiers interrogées, la présence d'un médecin généraliste en psychiatrie et ce de manière régulière, la plupart du temps. Cependant, il n'en est pas de même dans tous les établissements et leur présence reste encore insuffisante. Je m'expliquerais tout simplement en citant à nouveau ma situation d'appel. Durant le stage que j'ai effectué en psychiatrie, le médecin généraliste était astreint à trois à quatre secteurs de plus de 12 patients ; ce qui nous amène à une moyenne proche de 50 patients. De plus, le médecin généraliste est seul c'est-à-dire, qu'à ma connaissance, s'il est absent pour des raisons médicales ou personnelles, il ne sera pas remplacé. S'il n'est pas remplacé, le personnel soignant doit faire appel à un autre médecin généraliste qui lui-même gère son secteur. Ce qui lui ajoute encore de nouveaux patients et le suivi peut alors en être perturbé.

Des freins à l'accès aux soins somatiques ont également été observés. Selon l'article de psycom, ces derniers sont liés à des préjugés persistants chez les soi-

gnants, à la stigmatisation des patients ou encore à un manque de formations des médecins. Par exemple, certains psychiatriques sont peu formés à l'approche somatique. Lors des entretiens, les infirmières relèvent quelques freins.

II/ L'organisation d'une urgence vitale

Grâce aux apports théoriques et à l'analyse des entretiens infirmiers, la thématique de l'urgence vitale somatique a été approfondie. Le somatique, c'est tout ce qui attire au « corps », l'urgence « est un phénomène qui touche la santé et est caractérisé par la façon brutale et inattendue avec laquelle il survient » (C. Prudhomme, 2018). Le terme « vitale » est un caractère de l'urgence, il se définit par une immédiateté de prise en charge. Il n'y a pas une manière de procéder de prise en charge de l'urgence. Le service des urgences utilise un code bien spécifique pour caractériser l'urgence de la situation. Les services de soins généraux sont plus équipés au niveau du personnel, du matériel et sont plus formés aux soins d'urgences. J'ai bien vu que Mathilde ne se considérait pas comme une personne « ressource » dans la gestion d'une situation d'urgence et déplore un manque de formation notamment par le retard de sa formation aux gestes de soins d'urgences. De plus, elle déclare avoir fait peu de soins « techniques » en travaillant en secteur de psychiatrie et de consultation aux services des urgences de psychiatrie. Les réponses sont assez floues quant à la gestion d'une situation d'urgence vitale somatique. « on appelle le 15, on technique sur place, on prévient sa collègue ... » Concrètement que fait-on ? Existe-t-il un protocole ? Cela ne pourrait-il pas mettre en avant un défaut d'organisation ?

Malheureusement, mon expérience en psychiatrie s'arrête au seul stage que j'ai pu effectuer. Cependant les urgences vitales somatiques s'étendent à bien d'autres secteurs d'activités. Certaines urgences sont présentes dans les deux champs d'activités : psychiatrique et somatique. J'ai pu remarquer que des troubles psychiatriques peuvent cacher des troubles somatiques. C'est le cas notamment avec les maladies cardio-vasculaires chez les patients atteints de schizophrénie. Il existe donc des comorbidités.

Lors de mon précédent stage en maladies infectieuses, je m'occupais d'un patient de nuit dont le motif d'entrée était une infection sur pontage poplitée artérielle. Dans ses antécédents, il y avait un certain nombre d'épisodes d'altération de l'état général. Il était perfusé et était sous 3 L d'O₂. Lors de nos deux premiers passages, ses lunettes d'oxygène avaient tendance à être dans le lit, la saturation en oxygène restait néanmoins stable à 94%. A 3h30 du matin, il désaturait. Je l'ai installé en position demi-assise, posé le masque, pris une tension et saturation qui peinait à dépasser 90%. Pendant ce temps, l'infirmière était partie avertir l'interne. Puis, tout s'est enchaîné rapidement. Scope, gazométrie, prise de sang, pose de sonde urinaire, appel de la

réanimation, envoie des bilans. Deux infirmières sont venues immédiatement nous aider et chacune s'est répartie la tâche de manière assez naturelle. On pouvait voire apparaître un leader chargé de passer le relais au médecin tout en nous aidant. Ce patient est parti en réanimation médicale suite à un OAP. Il est revenu en fin de journée le lendemain et depuis est rentré chez lui.

Ainsi, la gestion d'une situation d'urgence vitale passe aussi par la collaboration interprofessionnelle.

III/ La collaboration au sein d'une équipe : outils et méthodes

Dans la définition de la notion du prendre soin de Walter Hesbeen, ce dernier déclare que pour prendre soin, il faut adopter une approche globale et cela ne se résout pas à la seule profession infirmière. Il est intéressant de noter que pour acquérir une prise en soin globale du patient, il faut adopter une approche systémique.

Au cours de entretiens infirmiers menés, je me suis aperçue que cette approche systémique n'était pas formulée explicitement mais qu'elle avait quand même son importance. « Si on agit dans tous les domaines : préventif, informatif, psychiatrique, somatique on a tous les facteurs de vulnérabilité du patient et donc on pourrait interagir au mieux » affirme Mathilde. Je suis en accord avec ses propos car ils permettent de visualiser au mieux tout ce qui pourrait contraindre ou non à la vie du patient. Être en capacité d'identifier une grande majorité de ces risques permet ainsi la prévention de la survenue d'un événement indésirable.

J'aimerais ajouter qu'au cours de stage en soins infirmiers, nous développons cette approche. En effet, lorsque l'on réalise un projet de soin sur un de nos patients en soin, nous développons une connaissance plus approfondie sur celui-ci et donc nous sommes plus « armés » dans l'identification d'un problème réel ou potentiel.

Un évènement indésirable peut être associé ou non au soin. C'est un évènement qui peut, ou risque de porter préjudice à un patient mais aussi, au soignant ou autres intervenants en cause de la situation. Dans le développement de mon cadre théorique, je n'ai pas précisé ce que l'on nomme les CREX (= comité de retour d'expérience). Une des infirmiers interrogée m'en a fait part mais de manière assez particulière c'est - à - dire qu'elle y a fait allusion pour parler de son déroulement sans pour autant qu'il y en ait régulièrement de menés. Pour reprendre ces termes, « ce qu'il faudrait pour, mais ça, c'est dans un monde idéal, (...) » suppose que son institutionnalisation n'est pas systématique.

A bien des égards, il est difficile de dénoncer un progrès en développement. En effet, le Comité de Retour d'Expérience est « une méthode et outil d'analyse des « erreurs » pour renforcer la qualité et la sécurité des soins. C'est une instance de décision et de pilotage. C'est une démarche collective d'analyse systémique d'évènements recensés.

(Cours du 17 mars 2020 sur la qualité des soins, évaluation des pratiques). Un CREX permet ainsi d'améliorer une pratique professionnelle qui peut ou aurait pu avoir des conséquences lourdes pour le patient, tout cela dans un cadre professionnel faisant intervenir cadre, infirmières, médecins... en collaboration. Je dirais même qu'il s'agit plus de l'interprofessionnalité mais de l'interdisciplinarité c'est - à - dire de élargissement à un champs de compétences plus vaste et toujours dans un but commun : le prendre soin global du patient.

En regroupant tout ce que j'ai pu relever au cours des entretiens ou écrire dans mon cadre théorique, collaborer entre professionnels, c'est communiquer, transmettre l'information et tout cela ensemble et non pas de manière individuelle. Des outils comme le CREX cité ci-dessous participent à cette collaboration car autour d'échanges et de partages sur une situation donnée, chacun va apporter son expérience, son ressenti, des actions correctrices réfléchies en équipe. Par conséquent, les professionnels de la santé participent ainsi à l'amélioration du prendre soin du patient.

Si l'on se rapporte à la situation d'appel, afin que la gestion de la situation d'urgence vitale soit optimale, cela passe par « une bonne collaboration ». Une bonne collaboration, c'est tous ces éléments cités au paragraphe précédent, communication, transmission d'informations ... Tout cet assemblage, tout ce mécanisme dessinent une répartition des tâches presque naturelle. Chacun va savoir ce qu'il doit faire, déléguer... Une sorte d'alliance ou plutôt une relation de confiance entre les professionnels va se créer. Ce contrôle va apporter une certaine fluidité dans la réalisation des tâches de chacun.

D'autres moyens participent à la gestion d'une situation d'urgence vitale. Les stratégies d'adaptation, par exemple, sont des atouts que nous avons chez nous pour faire « face à la survenue d'un événement inattendu ». A ne pas confondre avec un mécanisme de défense qui lui , est un processus de défense inconscient que nous ne contrôlons pas luttant contre une « agression extérieure ». Les stratégies d'adaptation vont regrouper ce que nous sommes capable de mettre en place de manière automatique ou réfléchi pour résoudre une situation « non prévue » et qui peut être compliquée. Une des infirmières nous a fait part de la formation aux gestes et soins d'urgences qu'elle n'avait pas refait depuis 20 ans. Elle ne se considérait donc pas assez formée pour faire face à une situation d'urgence vitale d'autant plus somatique de part son secteur d'activité, ce qui confirme de nouveau qu'il est fort possible qu'une urgence vitale fonctionnelle vitale en psychiatrie soit moins présente.

Prévenir une urgence vitale, c'est aussi former le patient à être acteur de ses soins. « Education thérapeutique sur les signes, « psycho-éducation » du patient si celui-ci n'a pas de troubles psychiatriques majeurs » déclarent les infirmières interrogées.

Avant toutes choses, le patient reste la personne ressource de sa santé. L'éducation thérapeutique du patient est donc primordiale et essentielle afin de prévenir de potentiels risques qui peuvent avoir des conséquences plus ou moins graves sur le patient. De mon expérience en stage en psychiatrie, j'ai pu réaliser avec une étudiante de première année, en étant accompagnée par l'ensemble de l'équipe : aide-soignants, cadre, infirmiers... un projet autour d'une problématique de santé ciblée en amont afin de répondre à des besoins spécifiques de santé.

L'hygiène bucco-dentaire a été retenue car il concernait la majeure partie de la population accueillie dans l'unité. Le choix de sujet est parti d'un constat dressé par l'équipe soignante sur le manque ou l'absence d'hygiène bucco-dentaire des patients. En effet, un certain nombre d'entre eux ont des problèmes bucco-dentaires visibles (dents jaunies, noircies, mauvaise haleine, perte de dents ...), ou, rapporté par le dentiste, une quantité importante de caries.

Nous avons conçu un questionnaire que nous avons fait remplir aux patients. Le questionnaire était adapté de manière à ce qu'il puisse être accessible à tous. Ainsi, les questions étaient réduites au nombre de trois afin qu'ils gardent une attention efficace. Nous avons effectué un recueil de données sur 3 patients pour centrer les besoins de chacun. Finalement, il s'est avéré que le jour de l'activité, sept patients ont participé. Le projet écrit a été lu et approuvé par la cadre du service.

L'activité s'est déroulée en deux temps : La théorie et la pratique. Tout d'abord, la récolte d'informations, les savoirs de chacun étaient retranscrits au fur et à mesure sur un tableau. Puis, chaque personne s'est exprimée sur les difficultés qu'elle rencontrait lors du brossage de dents.

Nous disposions du matériel nécessaire pour réaliser cette activité de prévention primaire fourni par un proche de l'étudiante qui travaillait en tant qu'auxiliaire dentaire. Ce qui rendait l'activité plus ludique et attractive : brosses à dents, dentifrices, fils dentaire, dents moulés... Nous avons posé des limites avant de commencer pour ne pas nous laisser déborder ce qui a permis à tout le monde de vivre un bon moment dans le calme et la communication.

A la fin de cette présentation, chacun est venu nous remercier. Au cours des semaines suivantes, certains patients nous ont montré ce qu'il avait appris, ce qui a permis d'identifier de nouveaux problèmes au niveau du matériel (dentier). Des consultations dentaires ont été prises.

Je m'écarte peut-être un peu du sujet en rentrant dans les détails de ce projet mais ce dernier illustre bien l'importance de l'éducation à la santé : identifier les besoins, comprendre, travailler en équipe notamment en collaborant sur une problématique commune par le biais de plusieurs professionnels et prévenir ainsi, une situation qui pourrait être néfaste au patient. Ce projet permettait aussi d'échanger entre pairs,

passer un moment agréable sur le partage d'informations. Être dans un état complet de bien-être social n'est-ce pas la définition de la santé (OMS, 1946) ? Chercher à améliorer ce bien-être du patient contribue à une forme d'alliance, à construire une confiance entre le soignant et le soigné. Dès lors, le soignant est plus à même de connaître le patient, d'identifier ses besoins et dans le cas d'une urgence vitale psychiatrique ou somatique, de repérer les signes évocateurs de celle-ci. Il rend compte d'une prise en soin de qualité.

Conclusion

A travers cette discussion, j'ai pu confronter mon point de vue à celui des auteurs mais aussi à celui des infirmières interrogées. De plus, j'ai apporté des éclairages théoriques afin de compléter les recherches que j'avais menées dans mon cadre théorique. Je me suis basée sur mes expériences pour illustrer mes exemples. Tout cet argumentaire a soulevé de nombreuses problématiques ou est venu conforter certains dires. Mais, un questionnement prioritaire s'est dégagé : Comment l'équipe peut-elle contribuer à un prendre soin de qualité sous l'influence d'un patient acteur de ses soins?

Conclusion

J'aimerais terminer ce travail de recherche en insistant à nouveau sur l'importance de ne pas dissocier le soin somatique du soin psychiatrique. Si cette notion est comprise et est encrée en chacun de nous alors, il s'agira d'une évolution majeure. Les mentalités changeront et donc les représentations sociales aussi. Très en lien avec ma question de départ, elle me permet d'y répondre. La collaboration de chacun des acteurs d'une équipe soignante en psychiatrie participe au prendre soin d'une personne en urgence vitale. En effet, mon sujet aborde l'urgence vitale en psychiatrie tout particulièrement fonctionnelle, soit somatique. Prendre en considération le somatique et le psychiatrique permet la prévention de cette situation. La collaboration quant à elle, est essentielle, et est d'autant plus effective si ce lien est établi et pourra alors tendre à une prise en charge globale du patient.

Ainsi, ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de développer un esprit critique sur une problématique de départ. Cet esprit critique s'est développé progressivement lorsque mes recherches se sont affinées. En effet, lorsque j'ai débuté ce travail, réunir des informations qui se délitaient ou s'éloignaient du sujet, m'a mise en difficulté. De plus, lors de mes recherches, peu d'auteurs, articles ... traitaient du sujet. La création d'un plan m'a permis de dresser les idées centrales de mon travail orientant ainsi ce dernier. Une fois la première partie « théorique » finalisée, j'ai dressé une grille d'entretiens semi-directifs. Des objectifs, en lien avec mon sujet de recherche, se sont dessinés. Ces entretiens sont venus compléter ces recherches théoriques.

En ce qui me concerne, ce travail, d'environ une année, a produit un enrichissement intellectuel et va me servir dans le cadre de ma future profession infirmière. L'urgence vitale que ce soit en psychiatrie ou en service de soins généraux, est présente partout. Comprendre et savoir l'appréhender par le biais de la formation est primordial.

J'ai choisi la question suivante afin d'ouvrir mon sujet de recherche : Comment l'équipe peut - elle contribuer à un prendre soin de qualité sous l'influence d'un patient acteur de ses soins ? Cette question permettrait de cibler le rôle du patient dans sa prise en soin. En effet, une organisation davantage formalisée contribuerait à la qualité de la prise en soin par un travail collectif avec l'équipe. Par exemple, pour chaque type d'intervention sous la forme, de protocoles systématiques ne serait-elle pas à développer pour renforcer la qualité du prendre soin et tout particulièrement en situation d'urgence vitale ou tout va très vite. Les réponses à ce sujet, lors des entretiens infirmiers, n'étaient pas figées. Elles sous-entendaient la présence d'une démarche existante mais j'ai senti qu'il était nécessaire de la travailler afin de la clarifier et l'institutionnaliser pour qu'elle devienne un outil utile, utilisés et utilisables pour tous. Pour ma part, je trouve qu'il s'agit là d'une question pertinente à approfondir car elle implique à la fois le patient, les soins et les soignants et participerait à la qualité du prendre soin.

Bibliographie

Articles :

Coquaz, C. Denis, F. et Saravane,D. (2014). Quels soins somatiques en psychiatrie ? *Santé mentale*, n°184, 17-20.

Jenoudet, L.P. (2004). Les psychotiques n'ont pas de cancer... *Santé mentale*, n°90, 22 - 26.

Klam. S. (2017). L'éthique du care : une philosophie du soin ? *Les dossiers de l'obstétrique Revue d'informations médicales et professionnels de la Sage femme*, n°471, 6-7.

Kosremelli, A. Wacheux, F. (2007). Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. *HAL*, 1-7.

Martinez, J. (1996). Les représentations sociales en psychiatrie : un déficit d'information. *Actualité et dossier en santé publique*, n°15, 13.

Ouvrages :

Hesbeen,W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson.

Masseix, F. (1998). *Guide des soins infirmiers en santé mentale*. Vincennes : Hospitalières.

Michaux, L. (2018). *Prendre soin, care et caring : Des voies différentes : quelles approches pour quel perspective soignante*. Paris : Semi Arslan.

Prudhomme, C. (2018). *L'infirmière et les urgences* (9e édition). Paris : Maloine.

Pages Web :

Couty,E. Cecchi-Tenerini,R. Broudic,P. et Noire,D. (2009). Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, 18-19. Repéré à : <http://archives.coordination-na->

tionale-infirmiere.org/images/pdf/PSY/rapport_missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie.pdf

Caria.A (2018), Soins somatiques et psychiatrie. Repéré à : <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Soins-somatiques-et-psychiatrie>

Centre Hospitalier de l'estran. (2019). Les modes d'hospitalisation. Repéré à : <http://www.ch-estran.fr/les-activites-de-soins/les-droits-des-patients/lhospitalisation-doffice>

Giffard,D. Histoire de la psychiatrie infirmière. Repéré à <http://psychiatriinfirmiere.free.-fr/infirmiere/histoire.htm>

Larousse (2019) . Le DEEJE 2019 - Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants. Repéré : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/equipe/30690>

Psycom. Urgences psychiatriques. Repéré à : <http://www.psycom.org/Urgences-psychiatriques>

Séguret,F. (2006). La formation aux gestes et soins d'urgence des professionnels de santé. Repéré à : <https://www.securisme.net/spip.php?article259>

Organisation mondiale de la santé.(1946). Constitution. Repéré : <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>

Notes de cours et présentation diaporama :

Lasbleiz,M. (2019). L'organisation des urgences en France

Morchain,P. (2017). Introduction a la psychologie sociale

Terrade,F. et Morchain,P. (2017). Stéréotypes et catégorisation sociale

Philip,E. (2017). La collaboration interprofessionnelle

Levoyer,D. (2016). Les maladies schizophréniques : l'exemple d'un dérèglement complexe et précoce du fonctionnement du cerveau

I : Situation d'appel

Le matin un(une) infirmier(ère) et un /une aide-soignant(e) prennent les transmissions de l'équipe de nuit à 6h45. L'infirmier vérifie les médicaments, réalise les bilans lorsqu'il y en a, avant 8h si possible, pour que le coursier les emmène au laboratoire. Le deuxième infirmier arrive à 7h15 et aide aux soins. De nouvelles transmissions se font à 8h00 avec l'ensemble de l'équipe soignante (AS, IDE et ASH).

Cette matinée là, une prise de sang est programmée pour une patiente, Mme M. Elle est âgée d'une soixantaine d'année, avec des antécédents d'alcoolisme chronique non sevré, est BPCO et fumeuse. Elle est hospitalisée à la demande d'un tiers et n'est donc pas autorisée à sortir seule. C'est une patiente discrète, pas très demandeuse et qui reçoit de temps à autre de la visite de son fils ou d'amis. Elle est très douloureuse à la déglutition, elle est sous morphine per os matin et soir en systématique depuis quelques semaines. Après chaque sortie en famille ou avec des amis, un étylotest est réalisé afin d'évaluer si son taux d'alcoolémie est élevé et ainsi adapter la prise du traitement morphinique. C'est une patiente qui a pour habitude de se lever tard dans la matinée. Je pars donc m'occuper des deux patients que j'ai en soins de nursing et ferai le soin plus tard.

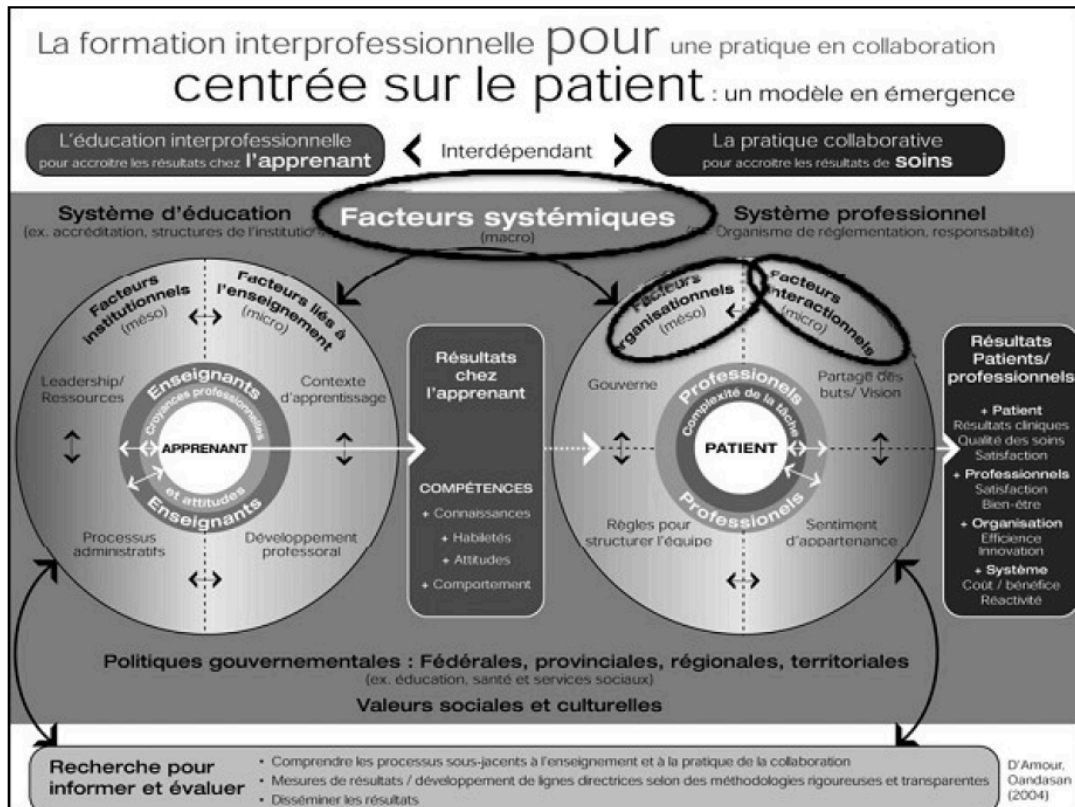
Entre 9h et 9h30, je pars rejoindre l'infirmier dans la salle de soins pour préparer le matériel nécessaire à la prise de sang. Il m'informe qu'il est passé voir Mme M. 30 minutes avant afin d'avertir du soin. Mais, elle ne s'est pas réveillée et dormait profondément. Il ne semblait pas inquiet.

La chambre de la patiente se situe au 1er étage et la salle de soins au rez de chaussée. En entrant dans la chambre, je vais pour me présenter mais Mme M ne répond pas. Je tente de la prévenir, essaye de la réveiller mais je n'y parviens pas. Elle n'a aucune réaction. L'infirmier qui m'accompagne me dit tout de même de réaliser la prise de sang. Le soin réalisé, je me tourne vers l'infirmier et lui demande si cela est habituel que son sommeil soit aussi profond et qu'elle respire d'une manière un peu étrange et saccadé. Il réfléchit un peu (temps s'écoule) et décide d'aller chercher le tensiomètre.

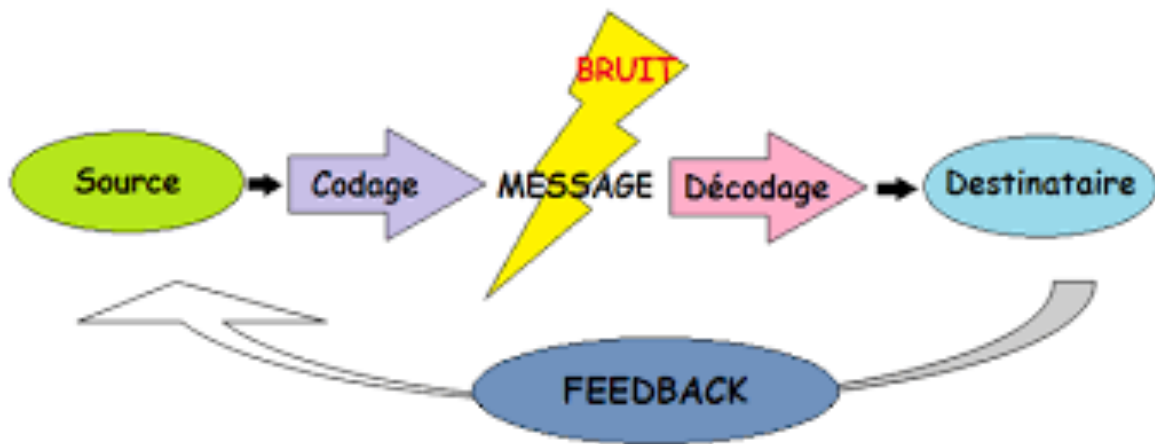
Je reste dans la chambre avec Mme M et insiste de nouveau. Je commence une surveillance neurologique, je lui demande de me serrer les mains si elle m'entend, j'élève la voix mais toujours pas de réponse. Je décide de mesurer sa fréquence respiratoire. La fréquence respiratoire varie entre 6 et 8 cycles par minute. L'infirmier est de retour à ce moment là, je lui transmets mes observations pendant qu'il prend les constantes. La

tension est basse et la saturation ne s'affiche pas correctement. Les chiffres nous semblent démesurés. Nous tentons sur nous puis à nouveau sur la patiente. 60% de saturation en O2 affiche le saturomètre. L'infirmier appelle le médecin du service qui n'est pas joignable. Je retourne au rez-de chaussée pour prévenir l'autre IDE. Un bref instant, la pose d'O2 est discutée et finalement mise à 3 L/ min. Toujours pas de nouvelles du médecin, les minutes passent. Les constantes sont prises à nouveau. Il n'y a pas d'amélioration. Une aide soignante vient dans la chambre pour nous aider. Vers 10h, le médecin généraliste d'un autre service arrive en renfort dans la chambre et demande que seules les IDE restent dans la chambre. Un série de questions nous est posée : « depuis quand, est-elle comme ça? » , « Comment sont les paramètres vitaux ? », la fiche de renseignements sur Mme M. (antécédents , traitements...) est demandée. Le médecin demande aussi les résultats du bilan de ce matin que je pars chercher. Pendant ce temps, les sacs d'urgence (au rez de-chaussé) sont amenés. Le médecin généraliste du service arrive enfin et nous rejoint dans la chambre de la patiente. Il décide de poser une perfusion en voie d'abord, un ECG est réalisé, l'O2 est mis à 16L/ min malgré le risque d'hypercapnie (balance bénéfices/risques). Le SAMU est alerté. La saturation en O2 de la patiente augmente peu à peu. L'apport en O2 donné est progressivement diminué à 8L/min. La patiente reprend doucement connaissance, manifesté par de petits cris et de grondement généré par l'inconfort. Les urgences, prennent le relai. Il est 11h20.

II : Le modèle d'Amour et Oandasan (2004)



III : Modèle de communication : feed-back



IV : Guide d'entretien

Outil : Entretien semi directif

Population : Deux infirmières du CHGR (centre hospitalier de Guillaume Régnier + fonction/profil)

Bonjour, je m'appelle Ivana Thomas et je suis étudiante en 3ème année de formation en institut de soins infirmiers à Pontchaillou. Dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers, je dois mener un entretien semi-directif auprès d'infirmières de mon choix en lien avec ma thématique qui est : l'urgence vitale en psychiatrie.

Cette entretien sera enregistré. Pour des raisons de confidentialité, il sera bien évidemment anonyme et détruit.

Pour commencer, j'aimerais que vous vous présentiez (identité, parcours professionnel, pourquoi le choix de la psychiatrie ...).

Modalités :

- Durée : 15 - 20 min
- Lieu : Bureau ou salle fermée avec chaise table en face à face, salle d'activité ?
- Déroulé : l'un après l'autre
- Enregistrement : téléphone (dictaphone)

Objectifs :

n°1 : Identifier la place des soins somatiques en psychiatrie

- Quels sont les soins somatiques en psychiatrie ?
- Comment voyez vous les soins somatiques ? /- Quelle place occupent t-ils de manière générale en psychiatrie ?

n°2 : Identifier la place de l'urgence en psychiatrie et ses représentations

- Quel type d'urgence rencontre - t - on en psychiatrie ? Quels sont les signes évocateurs d'une urgence vitale ? Comment est-elle prise en charge ? (moyens et outils)
L'urgence vitale fonctionnelle est-elle moins présente en secteur psychiatrique ?
- Qu'est ce que sont pour vous les représentations sociales?
- En quoi ont-elles une influence sur la prise en soin d'un patient atteint de troubles psychiques ?
- Quelles stratégies d'adaptation peuvent-être mis en place dans une situation d'urgence vitale ?

n°3 : La collaboration interprofessionnelle dans la prévention d'une urgence vitale

- Comment s'organise le prendre soin d'une urgence vitale en psychiatrie ?
- Comment définiriez vous la collaboration interprofessionnelle?
- Selon vous, qu'est - ce qu'une « bonne » collaboration interprofessionnelle?
- En quoi le « prendre soin » global d'un patient joue-t-il un rôle essentiel dans la prévention d'un événement indésirable ?

Avez-vous quelque chose à rajouter suite à notre entretien?

V : Entretien infirmiers

Retranscription de l'entretien n°1

ESI : Pour commencer, je veux bien que vous vous présentiez, votre parcours professionnel..

IDE : Ok. Jeanne Dumesnil, je suis diplômée de 2006. J'ai commencé dans les soins de services généraux, urgences SMUR et soins intensifs au CH de R. pendant 3 ans, avant de postuler à G.R. Je suis arrivée à G.R en 2009, le pool du pôle G3 et G12 et puis après au pavillon d'admission, pavillon de réhabilitation, le SAU donc les urgences psychiatriques à P., CMP pendant 5 ans et la depuis 2 ans, je suis en formation infirmière en pratiques avancées, mention pathologies chroniques stabilisées.

ESI : Merci

IDE : Et je travaillais aussi dans le pôle somatique de G.R juste avant de partir en formation. Ça s'appelle le SMS, c'est le service de médecine somatique

ESI : Ok. Je vais commencer par poser les questions. La première question est « Quels sont les soins somatiques en psychiatrie?

IDE : Quels sont les soins somatiques en psychiatrie?

ESI : Quels sont les soins somatiques que l'on rencontre en psychiatrie...que l'on peut rencontrer en psychiatrie?

IDE : Et bien, on peut rencontrer tous les soins somatiques des patients.

ESI : Oui, pouvez-vous développer ?

IDE : Maintenant, on a des limites au niveau du plateau technique, on ne peut pas tous les prendre en charge. On n'a pas de rampes à oxygène dans tous les services. Sinon, on peut rencontrer absolument tous les soins. On a une équipe mobile pour les plaies. L'hôpital est doté de médecins généralistes dans tous les secteurs, voilà... Il y a l'examen systématique à l'entrée du patient et après le suivi du patient, le temps de son hospitalisation. La nuance... elle se fait sur les patients qui sont en extra hospitalier. L'établissement en psychiatrie, on a beaucoup d'ambulatoire. Il faut savoir par exemple pour G.R, que 80 % de notre file active est suivie en extra hospitalier. Donc, ces patients ne relèvent pas de la médecine générale de l'établissement mais doivent relever des soins de ville.

ESI : Ok

IDE : Je suis claire

ESI : Oui, et donc systématiquement à chaque entrée en psychiatrie à G.R...

IDE : Oui, en hospitalier

ESI : il y a un examen clinique somatique...

IDE : Systématiquement et un bilan d'entrée

ESI : Dans tous les types de services : admission...

IDE : Alors à l'admission du patient, à ma connaissance, je pense que le nombre d'admissions direct en pavillon de chroniques est assez limité, voir nul. A l'admission du patient dans l'établissement du patient, il y a un examen clinique.

ESI : Ok

IDE : Après il y a l'aspect médico-légal, mais c'est beaucoup plus spécifique quand ils sont en chambre de soins intensifs ; les CSI ou l'examen somatique est fait toutes les 24/48h, là c'est médico-légal.

ESI : Ok

IDE : Sinon pour le patient, systématiquement à l'entrée et puis après selon ses besoins, ses demandes, celles de l'équipe, celles du médecin psychiatre du service

ESI : Ok, d'accord. J'ai essayé de voir par rapport à mon expérience quand j'étais en stage en service fermé, je n'ai pas vu..

IDE : D'examen d'entrée ?

ESI : Oui

IDE : Sur la FIHP?

ESI : Oui

IDE : Ok d'accord, on est plus sur du long court.

ESI : Oui, c'était pour savoir s'il y en avait régulièrement de mené malgré le fait que les personnes soient hospitalisées au long court, enfin longtemps.

IDE : Alors pour le médecin A., elle suit au minimum une fois par an, elle revoit ses patients, elle a son listing de patients.

ESI : Ok, donc je vais passer à la question suivante. Comment voyez vous les soins somatiques? Quelle place occupent - ils de manière générale en psychiatrie?

IDE : C'est une bonne question. Moi, personnellement, on ne peut pas dissocier somatique et psychiatrique, la dichotomie psyché/soma, moi, je suis de ceux qui pense qu'il faut arrêter ce genre de choses. Je suis loin d'être la seule puisqu'il y a les recommandations qui sont sorties, je pense que tu es au courant.

ESI : Oui, c'est un peu le coeur de mon mémoire.

IDE : Oui je me doute bien. Maintenant.. après là c'est du subjectif, comment ils sont vécus? comment dire? Je pense au niveau paramédical, au niveau infirmier, il y a la réforme de 1992 avec la fin de la « scission » diplôme infirmier de secteur psychiatrique et infirmier de soins généraux qui fait que maintenant on a des infirmiers sur l'établissement. Je parle que pour G.R, j'ai pas trop de vision des autres. On a des infirmiers sur l'établissement qui sont aussi bien formés qui sont même parfois mieux formés aux somatiques qu'à la psychiatrie. Maintenant, il peut y avoir des réticences pour certains d'avoir choisi de travailler en psychiatrie et d'avoir à s'occuper du somatique. Il y a aussi des courants différents au niveau des psychiatres. On peut avoir certains psychiatres qui peuvent être réticents à la prise en soin du somatique.

J'ai perdu le fil de ta question... « la place des soins somatiques » pour moi, elle n'est pas discutable.

ESI : Oui , je vois ce que vous voulez dire. Donc là, on parlait un peu du somatique maintenant je vais aller sur : quel type d'urgence rencontre t-on en psychiatrie? Quels sont les signes évocateurs d'une urgence vitale ? Et, comment est-elle prise en charge, les moyens et outils qu'on peut avoir ? J'ai regroupé tout ça ensemble. On

pourra revenir dessus. L'urgence vitale fonctionnelle, je veux parler du côté somatique, est-elle moins présente en secteur psychiatrique ?

IDE : Alors là pour être honnête, je vais avoir du mal à te répondre. Moi, j'étais sur l'extra hospitalier et après j'étais dans le service de soins somatiques.

ESI : D'accord

IDE : Donc c'est forcément biaisé. Alors reprend du début ? L'urgence somatique c'est de l'urgence pour nous vitale alors ..

ESI : Oui, oui, qu'elle type d'urgence retrouve - t - on en psychiatrie? L'urgence somatique est une urgence vitale.

IDE : On a le cas de l'urgence vitale, à la limite j'ai envie de te dire que c'est la plus balisée et peut-être...c'est un peu délicat de la dire comme ça peut-être la plus facile. L'urgence vitale que l'on peut rencontrer en psychiatrie moi de mon expérience c'est cardio-vasculaire. On a beaucoup de patients qui sont comorbides, qui ont des facteurs de risques. Donc elle est cardio-vasculaire dans le cadre de la prise en charge d'un arrêt ou d'un trouble du rythme majeur. C'est assez tracé, on a des protocoles. On a le système de médecine générale qui fonctionne H24 pour un avis et ...on appelle le 15 en fait. Le SAMU on a un protocole avec le SAMU. Tous les IDE sont formés aux soins d'urgences. Il y a des chariots d'urgences dans tous les services.

ESI : D'accord

IDE : Ça, c'est ce qui est de l'urgence vitale. Moi de mon expérience, c'est beaucoup d'urgences cardio-vasculaires et puis on a aussi des urgences par inhalation, les fausses routes.

ESI : D'accord

IDE : On a beaucoup ça avec nos patients qui ont des troubles de la déglutition.

ESI : Ok

IDE : Voilà après l'urgence liée à un geste auto infligé. On va parler clairement, la tentative de suicide que ce soit par phlébotomie ou par strangulation ou même IMV. IMV j'en n'ai pas vu, dans l'établissement, j'en n'ai pas vu je dis pas qu'il n'en existe pas. J'ai vu la strangulation et j'ai vu de la phlébotomie. Strangulation, on suit le même protocole : c'est réanimation sur place et appel au 15 et on technique sur place. Phlébotomie ça va dépendre de l'évaluation. Enfin, moi celle que j'avais vu était superficielle, ça s'est réglé avec l'interne de garde

ESI : Très bien

IDE : Sutures pas besoin d'envoyer sur le CHU.

ESI : Ok

IDE : Ça répond à tes questions?

ESI : Oui, parce que là, on a parlé des moyens et des outils. On a parlé de quels types d'urgences, on a parlé des urgences psychiatriques mais qui vont sur le somatique car cela va avoir des conséquences physiques.

Vous savez peut-être si elle est moins présente en psychiatrie ?

IDE : Ça je ne sais pas. Difficile de te répondre comme ça plus ou moins. Je pense qu'il y'a ; j'espère qu'il y a moins d'infarctus à G.R, j'imagine?

ESI : C'était pour faire un lien avec la question : « Qu'est-ce que sont pour vous les représentations sociales? »

IDE : Les représentations sociales, je ne suis pas de sûre de comprendre ?

ESI : En quoi les représentations sociales peuvent-elles avoir une influence sur la prise en soin d'un patient atteint de troubles psychiques ? Et donc les représentations sociales en psychiatrie notamment...et peut-être avec le fait que l'on prenne en soins que le côté « psychiatrique » et on peut oublier le côté « somatique ».

IDE : Là, c'est pareil, c'est très subjectif ma façon de répondre. Des représentations, il y en a partout. Je pense que certains soignants, pas tous peuvent avoir des représentations sur le somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères. Je pense que ça peut entraîner une perte de chance pour nos patients dans la prise en soin somatique. Liée alors pour certaines au soignant qui peuvent avoir des aprioris, des représentations qui font que la prise en charge est moins optimale que pour un patient qui n'aurait pas de pathologie psychiatrique. Je pense que nos patients ont des difficultés d'accès sans doute liés à leur pathologie et à la difficulté de système de soins où ils sont un peu perdus là dedans.

ESI : Ok, alors quelles stratégies d'adaptation peuvent-être mis en place lors d'une situation d'urgence vitale ? Quels moyens peut ont utiliser lors d'une urgence vitale ?

IDE : C'est - à - dire ?

ESI : Il y a une urgence vitale qui se produit, qu'est ce que l'on va mettre en place pour y remédier ?

IDE : Alors, pendant « on technique », on appelle le 15 et selon l'avis médical, on transfère ou pas.

ESI : Ok, comment définiriez vous la collaboration interprofessionnelle ?

IDE : Dans le cadre d'une urgence vitale ?

ESI : Comme vous voulez, plutôt au sens général.

IDE : Collaboration interprofessionnelle... comment je la définirais ? ... C'est l'ensemble des compétences qui se réunissent autour d'un projet de soins d'un patient, pour moi, et puis les échanges qui émergent autour de ce patient.

ESI : Et selon vous, qu'est ce qu'une bonne collaboration interprofessionnelle ?

IDE : Quand elle est adaptée au patient en fonction de ses souhaits et quand il n'y a pas de perte d'informations. Pour moi c'est déjà des critères de qualité.

ESI : Et dernière question, en quoi le prendre soin global d'un patient joue un rôle essentiel dans la prévention d'un événement indésirable ? En quoi le prendre soin d'un patient dans sa globalité va jouer un rôle essentiel dans la prévention d'un événement indésirable ? Associé ou non au soin ? Qu'est ce qui va faire que ..

IDE : Qu'est-ce qui va faire que ça marche, je pense quand le patient a bien identifié l'équipe au sens large. Que même si elle n'a pas été identifiée, c'est donner la bonne information au bon moment pour le bon soin. C'est une façon de résumer, c'est pas de moi.

ESI : Oui en même temps c'est un outil pour nous aider..

IDE : Oui c'est ça. Si l'information arrive au bon soignant, on est déjà pas trop mal. Et après, il y a tout ce que l'alliance autorise à dire, à donner l'alarme, alerte, ce qui l'a

reçu une éducation thérapeutique sur les signes qui pourraient éventuellement faire remonter. Ce genre de chose.

ESI : Il y a juste une question que j'ai oubliée de poser c'est : comment s'organise le prendre soin d'une urgence vitale en psychiatrie parce que pour moi, des réponses ont été apportées dans les questions précédentes. Qu'est-ce qui peut jouer autour d'une urgence vitale ?

IDE : Je sais pas trop mais dans les faits dont je me souviens, c'est qu'il faut être rapide, efficace ; généralement, il y a un infirmier qui est technique l'autre infirmier qui s'occupe de passer l'alerte, appeler, ouvrir les portes quand on est en pavillon fermé pour faciliter l'accès, prévenir l'accueil tout ce qui est communication autour pour faire arriver le SAMU quand on a besoin et le soignant, souvent l'aide soignant de l'équipe qui s'occupe des autres patients.

ESI : Enfin, je sais pas si vous voulez rajouter quelque chose suite aux questions que j'ai posées.

IDE : Non dans l'immédiat non.

ESI : Très bien, merci d'avoir répondu à mes questions.

IDE : De rien, bon courage pour la suite

NB : G.R = hôpital psychiatrique

Retranscription de l'entretien n ° 2

IDE : Mathilde Pelletier, j'ai 47 ans. Je suis infirmière depuis plus de 20 ans. Je suis pas ISP (= infirmier de secteur psychiatrique). Je suis infirmier de soins généraux. J'ai commencé à bosser d'emblée dans la psychiatrie. Au départ, dans un cadre un petit peu pécunier puisque que je recommençais d'autres études et donc je bénéficiais d'une bourse auprès de l'établissement de psychiatrie.

ESI : Ok, merci

IDE : Je devais deux ans et entre temps je suis mutée sur Rennes parce qu'au départ, j'étais sur Orléans. J'ai fait un an et demi dans une unité de psychiatrie à Orléans puis après j'ai été mutée sur Rennes dans le service F. de G.R. J'ai commencé avec l'unité P. C'est ce qu'on appelle une unité de « chronique », psychotique au long cours. Après, j'ai été transférée sur l'unité D. de jour. Et après j'ai fait un peu de nuit, toujours dans les unités d'admissions de psychiatrie adulte pour arriver début 2005 aux urgences de P. C'est une unité détachée de psychiatrie : les urgences psychiatriques aux urgences somatiques. Et pour terminer, ça fait 4 ans que je suis sur un double poste : urgences psychiatriques et de la psychiatrie de liaison. J'interviens dans les services de médecine, de chirurgie, j'interviens dans les services de dialyse. J'interviens sur le centre E.M.

ESI : Très bien, je vais commencer par poser les questions en lien avec mon mémoire. Quels sont les soins somatiques en psychiatrie? Je pars du général.

IDE : Ça part déjà par la surveillance d'emblée, donc une surveillance hémodynamique, tension, électrocardiogramme. Les soins somatiques en psychiatrie, c'est température, prise de constantes voilà. Après on part sur... en fonction de la situation ça peut être des pansements, des bilans sanguins, ça peut être une gazométrie. On recouvre le somatique avec le psychiatrique sur les traitements neuroleptiques à action prolongée par injection intramusculaire. Soins somatiques, c'est tout ce qui attrait au corps, je dirais, voilà tout simplement. Je ne sais pas si c'est la bonne réponse.

ESI : Ce sont vos réponses. Après, comment voyez vous les soins somatiques ? Quelle place occupent-elles en psychiatrie ?

IDE : Quelle place occupent les soins somatiques ? Alors, une place obligatoire. Ça c'est clair, c'est net. Avec je dirais, ça peut-être une médiation avec le patient en psychiatrie. Quand je dis somatique je dis service de soins somatiques, on n'a pas le même rapport. Voilà ce que je constate.

ESI : Pas le même rapport, c'est-à-dire?

IDE : Le même relationnel. On ne va pas faire le soin de la même façon. On va faire quelque chose d'exécutif dans un service de soins somatiques alors que là on va se saisir de ce soin somatique en psychiatrie pour évaluer autre chose.

ESI : D'accord. Quel type d'urgence rencontre - t - on en psychiatrie ? Quels sont les signes évocateurs d'une urgence vitale ? Comment est-elle prise en charge ? Je vais répéter après.

IDE : Oui...

ESI : L'urgence vitale fonctionnelle donc au niveau somatique est - elle moins présente en secteur psychiatrique ?

IDE : Ok, peux-tu recommencer ?

ESI : Quel type d'urgence rencontre - t - on en psychiatrie ?

IDE : Alors je t'avais fait une petite liste mais j'avais besoin que tu me précises entre urgences relatives et urgences vitales. Celles qui me viennent d'emblée, c'est le syndrome sub-occlusif qu'on va rencontrer beaucoup en psychiatrie du fait des traitements des neuroleptiques, du fait de l'alitement sur des situations de contention. Sur le fait aussi, qu'il y ait un problème hygiéno-diététique de manque d'hydratation, de sédentarité. Il y a le risque thromboembolique sur les contentions, chambre d'isolement. Il y a le syndrome malin chez les patients psychotiques. Tu as la pneumopathie d'inhalation sur fausses routes qui peut se compliquer quand elle est mal prise en charge. Ce qu'il faut savoir, c'est que tu as un risque d'infarctus du myocarde qui est multiplié par deux chez les patients schizophrènes. Tu as les insuffisances rénales, alors ça c'est pareil ça va être les patients psychotiques. Avec la iatrogénicité, les bipolaires, avec le traitement lithium quand ils le supportent mal. L'urgence? L'urgence vitale ? L'urgence somatique, c'est ça ?

ESI : Oui

IDE : L'urgence somatique, ça peut être une tentative de suicide. La tentative de suicide avec précipitation et polytraumatisée. Là, on arrive en réa chi ou réa med. Tu as la TS par strangulation, par phlébotomie, la TS par immolation. Tu as les accidents de sevrage qui peuvent requérir une forme d'urgence comme les déliriums tremens, sevrage aux toxiques, sevrage benzodiazépines. Tu as les surdosages médicamenteux accidentels ou pas. On revient la dessus. Mal épileptique. Je reviens sur la cardio, je pensais aux états anxieux, attaques de panique qui ne sont pas bien pris en charge parce qu'un patient angoissé aux urgences, un patient qui est référencé avec un « tag » et qui fait des crises de panique, souvent ils n'ont plus de bilan. Et donc, on va passer à côté de douleurs précordiales, une insuffisance cardiaque, on peut passer la dessus sur des douleurs cardio qui peuvent être évocatrices d'une urgence. La complication d'un état mélancolique dans la prostration dans les états catatoniques : déshydratation, insuffisance rénale qui vont se mettre en place. Voilà, ça part sur des situations plutôt dramatiques. Tu as les troubles hydro-électrolytiques notamment le sodium et le potassium comme la potomanie. Les troubles de conduites alimentaires, patientes anorexiques qui arrivent avec des situations dramatiques. Tu as les AVC (accident vasculaire cérébral), les infections. Sur...on va dire, sur un mode volontaire mais tu as le traumatisme sur le mode accidentel quand c'est lié, tu sais, avec ton traitement.

Moi : D'accord

IDE : Avec les vertiges, l'hypotension, que la somnolence, la sédation, le traumatisme peut aller sur le traumatisme crânien.

ESI : En lien avec le somatique, enfin le psychiatrique qui cache le somatique.

IDE : Tu as le globe vésical, ça s'est une urgence que l'on retrouve beaucoup en psychiatrie et on va retrouver ça dans les admissions aux urgences où on arrive avec le motif d'entrée c'est « délirant et confus ». Donc, il faut faire tout un bilan exploratoire de confusion qui parfois n'est pas très bien...mais on sait qu'avec le globe vésical ça amène des états confus délirants. Il s'avère qu'au final, il n'y a rien de psychiatrique donc c'est purement somatique. Il n'empêche que nos patients sont à risque de faire des globes vésicaux notamment les personnes âgées. Il s'agit de quelque chose d'assez courant malheureusement.

ESI : Et donc, l'urgence vitale fonctionnelle, est-elle moins présente en secteur psychiatrique ?

IDE : Peux-tu me l'expliquer autrement ?

ESI : Alors, est ce que l'urgence somatique vitale, est ce que c'est moins présent en secteur psychiatrique ?

IDE : Est - ce que c'est moins présent en secteur psychiatrique ? Alors moi, je n'ai que, on va dire 5 ans d'expérience en secteur psychiatrique en intra- hospitalier. Moi, j'ai eu la « chance » de n'avoir eu aucune mort subite. J'ai eu la chance de n'avoir aucune urgence vitale en psychiatrie.

ESI : D'accord

IDE : C'est pour ça que je suis un peu embêter pour toi. Si la seule situation que j'ai eue c'est le syndrome malin ou on a tout stoppé tout de suite et on a transféré. Mais je pense que malheureusement, ça peut être aléatoire. Ça peut être circonstancié par rapport au nombre de personnel ou des accidents qui peuvent intervenir. On a des terrains chez les patients qui font que...je pense qu'il y a des services comme la gérotopsychiatrie où là on est peut-être plus à risque.

ESI : Très bien

IDE : Ça peut arriver mais comme ça peut arriver en service de médecine ou ailleurs. Je ne pense pas être la bonne personne pour répondre.

ESI : Ok, il n'y a pas de soucis. C'était une des mes questions pour avoir une vision ou un avis sur celle-ci. C'est pour embrayer sur la question : qu'est-ce que sont, pour vous, les représentations sociales et en quoi elles peuvent avoir une influence sur le prendre soin d'un patient atteint de troubles psychiques ?

IDE : Alors, moi j'ai vu l'évolution au niveau des représentations sociales avant, il n'y avait pas de médecin généraliste et ce qui n'est plus le cas maintenant et c'est très bien. Je pense qu'il y a le « somatique » qui vient travailler en collaboration. On n'est plus dans le clivage d'un médecin traitant qui parfois est complètement isolé. Et on travaille plus en collaboration, il y a un truc plus intégratif, un schéma de prise en charge globale. D'ailleurs, il y a un travail sur le risque d'infarctus du myocarde chez les patients psychotiques par rapport au syndrome métabolique en intra-hospitalier, qui est travaillé auprès des médecins. Donc, après c'est pas partout comme ça malheureusement. Ça reste vraiment à travailler.

ESI : Mais, vous avez senti cette évolution?

IDE : Ah oui, moi j'avais pas de médecin généraliste. Je sais que maintenant, ils sont en poste. Ça c'est génial.

ESI : Effectivement, c'est super

IDE : Après, il y a eu plus de protocoles aussi. Auparavant, on prenait constantes à l'entrée, il y avait beaucoup moins de suivi au niveau des constantes par exemple hémodynamiques par rapport au poids...ce syndrome métabolique qui est vraiment essentiel. Qu'est-ce que je peux te dire...voilà c'est plus suivi, c'est plus protocolisé, c'est plus rigoureux sur l'aspect somatique du patient.

ESI : D'accord

IDE : C'est moins clivé.

ESI : Ok. Quelles stratégies d'adaptation peuvent être mises en place dans une situation d'urgence vitale ?

IDE : Alors, comment dire?

ESI : Qu'est-ce qui va être mis en place, quelles stratégies, on met en place quand il y a une situation d'urgence vitale ?

IDE : Je dirais que sur le moment, c'est d'appeler ton interne de garde, puis le 15, ça c'est la stratégie d'adaptation. Prendre les constantes tout de suite avec le chariot d'urgence. Tu dois savoir tout de suite où il est. Ce qui serait génial, c'est d'avoir un électrocardiogramme dans chaque unité, mais ça voilà on a un gros problème de ce côté là aussi. Je ne sais plus où ça en est moi, à mon époque il n'y avait qu'un électrocardiogramme à l'entrée de l'établissement. Ça c'est pitoyable. Euh.. la stratégie d'adaptation, c'est de prendre l'urgence tout de suite. Je pense qu'il faut avoir dans chaque équipe une personne un peu référente. Voilà, moi ça fait 20 ans, des soins somatiques, j'en fais très peu. En fait, au sein des urgences, je suis plutôt dans la consultation donc ce qui fait que moi, dans une équipe, je vais pas savoir gérer ça. Donc, après, à l'heure actuelle, j'ai fait ma formation des gestes de soins urgences ça faisait 13 ans que j'en n'avais pas fait.

ESI : Ah oui ?

IDE : Oui, certains établissements sont en train de revoir ça. Il y a vraiment un renouvellement à faire, enfin revoir ces fameux soins d'urgences parce qu'on est vraiment à la ramasse. Les infirmiers... les ISP sont en train de partir tranquillement mais en effet, ils étaient aussi dans cette situation de on fait de moins en moins de soins, ils étaient moins formés que moi.

ESI : Puis, il y a avait ces deux diplômes avant différenciés.

IDE : Oui c'est ça, avant 1992 tu avais deux diplômes. Donc, moi je suis arrivée peu de temps après. Et, en ayant fait que de la psychiatrie ; en effet, j'ai fait moins de soins moi, sur mes unités. J'ai fait moins de soins somatiques, « techniques » voilà c'est ça le truc. C'était le mot que je devais dire depuis le début. Et, voilà ce qui fait que dans une équipe ce qu'il faudrait pour, mais ça c'est dans un monde idéal, c'est que l'on ait au moins deux infirmiers sur les deux qu'il y en ait un qui soit vraiment formé sur tout ce qui est gestes d'urgences, gestion du chariot et transmettre ça, au fur est à mesure, à l'équipe. Et après, là ce qui est génial, c'est reprendre en équipe avec le cadre, le médecin, l'interne ; qu'est-ce qui s'est passé? Comment on a fait. Là, on a « fauté » , là on doit reprendre, sur quel axe on peut s'améliorer. Enfin, c'est les fameux CREX.

ESI : C'est super intéressant ce que vous dites parce que toutes ces actions m'amènent à la question : comment définiriez-vous la collaboration interprofessionnelle ?

IDE : Essentielle, le premier mot qui me vient. Essentielle, parce que c'est le patient qui est au coeur du système. Et donc, on ne peut pas faire une dichotomie, on ne peut pas. Tout est lié, tout est corrélé : somatique, psychiatrie, sociale, spirituelle. Donc, il faut absolument que l'on ait cette approche. Ça passe par de la communication, ça passe par du relais. D'ailleurs, c'est ainsi qu'on fonctionne ici aux urgences quand on travaille avec les services de médecine, chirurgie, on va faire le lien avec le médecin généraliste d'emblée. Toute consultation avec l'accord du patient est adressée au médecin généraliste. Parfois, ça arrive que l'on appelle le médecin généraliste, car ils ont une meilleure connaissance du patient que nous.

ESI : D'accord, selon vous, qu'est-ce qu'une « bonne collaboration »?

IDE : Une bonne collaboration passe par une bonne communication. Je crois que c'est ça, de savoir un peu qui fait quoi, qui peut relayer, à quel moment. Les limites de l'un pour que l'autre prenne le relais.

ESI : D'accord, il me reste juste deux petites questions.

IDE : J'ai peut-être parlé vite.

ESI : Non, non pas du tout. Je voulais juste rebondir, on a parlé des urgences vitales on n'a pas parlé de comment ça s'organise, comment le prendre en soin s'organise autour d'une urgence vitale en psychiatrie;

IDE : Moi ce que j'ai dit, c'est que je n'en ai pas eu. J'ai eu le syndrome malin. Le patient perlait de sueurs. J'ai eu le réflexe de prendre la température tout de suite. Il avait 40°. Donc d'emblée, j'ai appelé l'interne de garde. Après, c'est appeler ta collègue infirmière, interne de garde et après, tu es relayée.

ESI : Il doit y avoir des protocoles en fonction du type d'urgence qui peut survenir.

IDE : Je pense qu'il doit y en avoir. Hypoglycémie comme ici. Par exemple, la crise d'épilepsie, nous on a plutôt tendance à faire des baisses d'injections en intra-musculaire, (de rivotril). Le protocole c'est le chariot d'urgence, savoir où il est dans ton unité de travail, le défibrillateur .. D'avoir toutes tes formations de gestes d'urgence à jour. Après, je pense que chaque situation doit être réévoquée à froid.

ESI : Et ma dernière question, c'est : « en quoi le prendre soin global d'un patient joue un rôle essentiel dans la prévention d'un événement indésirable » ?

IDE : J'ai pas tout compris, qu'est ce que tu veux dire exactement ?

ESI : En quoi le fait de prendre le patient dans sa globalité, faire attention à l'environnement, les facteurs influents, vont permettre de prévenir un événement indésirable ?

IDE : Je pense que si l'on agit dans tous les domaines : préventif, informatif, psychiatrique, somatique, on a tous les facteurs de vulnérabilité du patient et donc on pourrait interagir au mieux. Il faut quand même se dire que c'est difficile d'interagir dans tout sinon il n'y aurait personne à venir aux urgences. Ça permet d'anticiper les risques, de limiter des conséquences graves pour le patient. Par exemple, sur un syndrome sub-occlusif, on voit bien qu'il y a la gestion du traitement, la gestion de l'élimination, la palpation du patient, la gestion de l'hydratation. En interagissant sur différents domaines, on peut diminuer à chaque fois un risque. C'est pour le syndrome occlusif mais après...

ESI : Oui, après ça peut s'appliquer à d'autres situations.

IDE : Il faut aller voir du côté de la « psycho-éducation » du patient. Il faut qu'il soit en capacité d'entendre, il ne faut pas qu'il ait de troubles psychiatriques majeurs non plus. Et surtout, il faut avoir une connaissance précise du patient parce que si ton patient il arrive dans l'établissement où tu travailles et que 2h après il arrive quelque chose, alors que si ça se trouve, les facteurs de risques, tu aurais pu peut-être les anticiper. Je schématise mais, il faut vraiment avoir une anamnèse la plus complète possible.

ESI : D'accord, avez- vous quelque chose à rajouter ?

IDE : J'espère avoir pu répondre à vos questions et avoir été assez claire.

ESI : Oui, merci beaucoup.

VI : Tableau d'analyse des entretiens

Objectif 1 : Identifier la place des soins somatiques en psychiatrie

Catégories	Thèmes	Items
Les soins	Le somatique en psychiatrie	<p>Mathilde : « Soins somatiques, c'est tout ce qui attire au corps »</p> <p>« la surveillance d'emblée, donc une surveillance hémodynamique, électrocardiogramme. Les soins somatiques en psychiatrie c'est température, prise de constantes voilà (...) en fonction de la situation ça peut être des pansements, des bilans sanguins, ça peut être une gazométrie. On recouvre le somatique avec le psychiatrique sur les traitements neuroleptiques à action prolongée par injection intramusculaire ».</p>
	Moyens à disposition	<p>Jeanne « On a une équipe mobile pour les plaies. L'hôpital est doté de médecins généralistes dans tous les secteurs ... Il y a l'examen systématique à l'entrée du patient et après le suivi du patient le temps de son hospitalisation ».</p> <p>« Systématiquement ... A l'admission du patient dans l'établissement du patient, il y a un examen clinique. » « et puis après selon ses besoins, ses demandes, celles de l'équipe, celles du médecin psychiatre du service ».</p> <p>Ex pour établissement G.R dans un service fermé de patients atteints de pathologies chroniques : « pour le médecin A., elle suit au minimum une fois par an, elle revoit ses patients, elle a son listing de patients ».</p> <p>« l'aspect médico-légal, mais c'est beaucoup plus spécifique quand ils sont en chambre de soins intensifs ; les CSI ou l'examen somatique est fait toutes les 24/48h, là c'est médico-légal ».</p>
	Limites à l'accès aux soins somatiques	<p>Jeanne « on a des limites au niveau du plateau technique, on n'a pas de rampes à oxygène dans tous les services ».</p> <p>« les patients qui sont en extra hospitalier. Il faut savoir par exemple pour G.R, que 80 % de notre file active est suivie en extra hospitalier. Donc, ces patients ne relèvent pas de la médecine générale de l'établissement mais doivent relever des soins de ville »</p> <p>« à mon époque, il n'y avait qu'un électrocardiogramme à l'entrée de l'établissement »</p>

Leur place au sein de la psychiatrie	La liaison entre somatique et psychiatrie	<p>Jeanne « personnellement on ne peut pas dissocier somatique et psychiatrie, la dichotomie psyché/soma je suis de ceux qui pense qu'il faut arrêter ce genre de choses » « la place des soins somatiques, pour moi, elle n'est pas discutable ».</p> <p>Mathilde « ...une place obligatoire (...) avec je dirais qu'on a la chance que ça peut-être une médiation avec le patient en psychiatrie. Où la en psychiatrie on va se servir de ça. »</p>
	Evolution	<p>Jeanne « les recommandations » « au niveau paramédical, au niveau infirmier il y a la réforme de 1992 avec la fin de la « scission » diplôme infirmier de secteur psychiatrique et infirmier de soins généraux qui fait que maintenant on a des infirmiers sur l'établissement (...) aussi bien formés qui sont même parfois mieux formés aux somatiques qu'à la psychiatrie.</p>
	Limites de cette évolution : des représentations demeurent	<p>Jeanne « il peut y avoir des réticences pour certains d'avoir choisi de travailler en psychiatrie et d'avoir à s'occuper du somatique. Il y a aussi des courants différents au niveau des psychiatres. On peut avoir certains psychiatres qui peuvent être réticents à la prise en soin du somatique »</p> <p>Mathilde « je dis, en service de soins somatiques, on n'a pas le même rapport. Voilà ce que je constate ... le même relationnel. On va pas faire le soin de la même façon. On va faire quelque chose d'exécutif dans un service de soins somatiques ou là on va se saisir de ce soin somatique en psychiatrie pour évaluer autre chose »</p>

Objectif 2 : Identifier la place de l'urgence en psychiatrie et ses représentations

Catégories	Thèmes	Items
------------	--------	-------

<p>Type d'urgence en psychiatrie</p>	<p>Urgence vitale fonctionnelle en psychiatrie</p>	<p>Jeanne « L'urgence vitale que l'on peut rencontrer en psychiatrie, moi de mon expérience, c'est cardio-vasculaire » « c'est beaucoup : urgences cardio-vasculaire et puis on a aussi des urgences par inhalation, les fausses routes » « l'urgence liée à un geste auto infligé (...) la tentative de suicide que ce soit par phlébotomie ou par strangulation ou même IMV »</p> <p>Mathilde « syndrome sub-occlusif, risque thromboembolique, syndrome malin chez les patients psychotiques, la pneumopathie d'inhalation sur fausses routes (...) Ce qu'il faut savoir c'est que tu as un risque d'infarctus du myocarde qui est multiplié par deux chez les patients schizophrènes (...)</p> <p>« L'urgence somatique, ça peut être une tentative de suicide... avec précipitation et polytraumatisé...par strangulation, par phlébotomie, par immolation (...) les accidents de sevrage qui peuvent requérir une forme d'urgence comme les déliriums tremens, sevrage aux toxiques, sevrage benzodiazépines (...) les surdosages médicamenteux accidentels ou pas. Mal épileptique. (...) états anxieux, attaques de panique qui ne sont pas bien pris en charge parce - qu'un patient angoissé aux urgences, un patient qui est référencé avec un « tag » et qui fait des crises de panique, souvent ils n'ont plus de bilan...on va passer à coté des douleurs cardio qui peuvent être évocatrices d'une urgence. La complication d'un état mélancolique dans la prostration dans les états catatoniques : déshydratation, insuffisance rénale (...) troubles hydro-électrolytiques comme la potomanie. Les troubles de conduites alimentaires, patientes anorexiques...Tu as les AVC (accident vasculaire cérébral), les infections.</p> <p>« ...le globe vésical, une urgence que l'on retrouve beaucoup en psychiatrie et on va retrouver ça dans les admissions aux urgences où le motif d'entrée c'est « délirant et confus ». Il faut faire tout un bilan exploratoire ... on sait qu'avec le globe vésical ça amène des états confus délirants... au final il n'y a rien de psychiatrique. Il n'empêche que nos patients sont à risque de faire des globes vésicaux, notamment les personnes âgées. »</p>
	<p>Signes d'une urgence vitale liés aux traitements</p>	<p>Mathilde « Avec les vertiges, l'hypotension, la somnolence, la sédation, le traumatisme peut aller sur le traumatisme crânien »</p>

	Facteurs de risque	<p>Jeanne « patients comorbides, qui ont des facteurs de risques. ... cardio-vasculaire dans le cadre de la prise en charge d'un arrêt ou d'un trouble du rythme majeur ». « patients qui ont des troubles de la déglutition ».</p> <p>Mathilde « le syndrome sub-occlusif du fait des traitements des neuroleptiques, de l'alitement sur des situations de contention...qu'il y ait un problème hygiéno-diététique de manque d'hydratation, de sédentarité (...) le risque thromboembolique sur les contentions, chambre d'isolement.</p>
	Fréquence de l'urgence vitale somatique en psychiatrie	<p>Jeanne « je ne sais pas. Difficile de te répondre comme ça plus ou moins. Je pense qu'il ya j'espère qu'il y a, moins d'infarctus à G.R ».</p> <p>Mathilde « 5 ans d'expérience en secteur psychiatrique en intra- hospitalier ... j'ai eu la « chance » de n'avoir eu aucune mort subite. J'ai eu la chance de n'avoir aucune urgence vitale en psychiatrie ». « la seule situation que j'ai eue, c'est le syndrome malin ou on a tout stoppé tout de suite et on a transféré. Je pense que malheureusement ça peut être aléatoire. Ça peut être circonscrit par rapport au nombre de personnel ou des accidents qui peuvent intervenir. On a des terrains chez les patients qui font que...je pense qu'il y a des services comme la gérontopsychiatrie où là on est peut-être plus à risque ». « Ça peut arriver mais comme ça peut arriver en service de médecine ou ailleurs ».</p>
Stratégies d'adaptation	Moyens à disposition pour y remédier : - Avant - Pendant - Après	<p>Jeanne : « C'est assez tracé, on a des protocoles. On a le système de médecine générale qui fonctionne H24 pour un avis et on a ...on appelle le 15, on a un protocole avec le SAMU. Les IDE sont formés aux soins d'urgences. Il y a des chariots d'urgences dans tous les services ».</p> <p>EX : « strangulation, on suit le même protocole : c'est réanimation sur place et appel au 15 et on technique sur place. Phlébotomie, ça va dépendre de l'évaluation. Enfin moi, celle que j'avais vu était superficielle, ça s'est réglé avec l'interne de garde ».</p> <p>« pendant, « on technique », on appelle le 15 et selon l'avis médical on transfère ou pas ».</p> <p>Mathilde « Je dirais que sur le moment c'est d'appeler ton interne de garde puis le 15 ça c'est la stratégie d'adaptation. Prendre les constantes tout de suite avec le chariot d'urgence, tu dois savoir tout de suite où il est (...) avoir un électrocardiogramme dans chaque unité » .</p>

<p>Les représentations sociales</p>	<p>La psychiatrie</p>	<p>La stratégie d'adaptation, c'est de prendre l'urgence tout de suite. Je pense qu'il faut avoir dans chaque équipe une personne un peu référente. Ça fait 20 ans ... des soins somatiques, j'en fais très peu...au sein des urgences je suis plutôt dans la consultation donc ce qui fait que moi, dans une équipe, je ne vais pas savoir gérer ça. Donc, à l'heure actuelle j'ai fait ma formation des gestes de soins urgences ça faisait 13 ans que je n'en avais pas fait ».</p> <p>« certains établissements sont en train de revoir ça. Il y a vraiment un renouvellement à faire, enfin revoir ces fameux soins d'urgences (...) Les infirmiers... les ISP sont en train de partir tranquillement mais en effet, ils étaient aussi dans cette situation de « on fait de moins en moins de soins », ils étaient moins formés que moi.</p> <p>Jeanne « Les représentations sociales, je ne suis pas sûre de comprendre »</p> <p>« Des représentations, il y en a partout. Je pense que certains soignants, pas tous, peuvent avoir des représentations sur le somatique, des patients atteints de pathologies psychiatriques sévères. Je pense que ça peut entraîner une perte de chance pour nos patients dans la prise en soin somatique. Liée alors pour certaine au soignant qui peuvent avoir des aprioris, des représentations qui font que la prise en charge elle est moins optimale que pour un patient qui n'aurait pas de pathologie psychiatrique. Je pense que nos patients ont des difficultés d'accès sans doute liées à leur pathologie et à la difficulté de système de soins où ils sont un peu perdus ».</p> <p>Mathilde « j'ai vu l'évolution au niveau des représentations sociales déjà avant il n'y avait pas de médecin généraliste. Je pense qu'il y a le « somatique » qui vient travailler en collaboration. On n'est plus dans le clivage d'un médecin traitant qui parfois est complètement isolé. Et, on travaille plus en collaboration, il y a un truc plus intégratif, un schéma de prise en charge global. Il y a un travail sur le risque d'infarctus du myocarde chez les patients psychotiques par rapport au syndrome métabolique qui est enfin travaillé en intra-hospitalier, qui est travaillé auprès des médecins. Donc, après c'est pas partout comme ça malheureusement. Ça reste vraiment à travailler. »</p>
-------------------------------------	-----------------------	---

	Psychiatrie moins de soins somatiques	<p>« Après, il y a eu plus de protocoles aussi. Auparavant, il y avait beaucoup moins de suivis au niveau des constantes.... C'est plus suivi, c'est plus protocolisé, c'est plus rigoureux sur l'aspect somatique du patient ». « C'est moins clivé. »</p> <p>Mathilde « avant 1992 tu avais deux diplômes (...) en ayant fait que de la psychiatrie ; en effet, j'ai fait moins de soins moi, sur mes unités. J'ai fait moins de soins somatiques, « techniques ». Et, voilà ce qui fait que dans une équipe ce qu'il faudrait pour, mais ça c'est dans un monde idéal, c'est que l'on ait au moins deux infirmiers sur les deux qu'il y en ait un qui soit vraiment formé sur tout ce qui est gestes d'urgences, gestion du chariot et transmettre au fur est à mesure à l'équipe. Et après, là ce qui est génial, c'est reprendre en équipe avec le cadre, le médecin, l'interne ; qu'est-ce qui s'est passé? Comment on a fait. Là, on a « fauté », là on doit reprendre, sur quel axe on peut s'améliorer. Enfin, c'est les fameux CREX.</p>
--	---------------------------------------	--

Objectif 3 : La collaboration interprofessionnelle dans la prévention d'une urgence vitale

Catégories	Thèmes	Items
La collaboration interprofessionnelle		<p>Jeanne « Collaboration interprofessionnelle... C'est l'ensemble des compétences qui se réunissent autour d'un projet de soin d'un patient pour moi et puis les échanges qui émergent autour de ce patient »</p> <p>Mathilde « Essentielle parce que c'est le patient qui est au coeur du système. Et donc, on ne peut pas faire une dichotomie, on ne peut pas. Tout est lié, tout est corrélé : somatique, psychiatrie, sociale, spirituelle. Donc, il faut absolument que l'on ait cette approche. Ça passe par de la communication, ça passe par du relais. »</p> <p>« D'ailleurs c'est ainsi qu'on fonctionne ici aux urgences (...) parfois, ça arrive que l'on appelle le médecin généraliste car ils ont une meilleure connaissance du patient que nous. »</p>
	« bonne collaboration »	<p>Jeanne « Quand elle est adaptée au patient en fonction de ses souhaits et quand il n'y a pas de perte d'informations »</p> <p>Mathilde « Une bonne collaboration passe par une bonne communication (...) savoir un peu qui fait quoi, qui peut relayer, à quel moment. Les limites de l'un pour que l'autre prenne le relais »</p>

Prendre soin global du patient	Prévention d'un événement indésirable	<p>Jeanne « je pense quand le patient a bien identifié l'équipe au sens large...c'est donner la bonne information au bon moment pour le bon soin ».</p> <p>« Et après il y a tout ce qui est l'alliance autorise à dire à donner l'alarme, alerte, ce qui l'a reçu une éducation thérapeutique sur les signes qui pourraient éventuellement faire remonter ».</p> <p>Mathilde « Je pense que si l'on agit dans tous les domaines : préventif, informatif, psychiatrique, somatique on a tous les facteurs de vulnérabilité du patient et donc on pourrait interagir au mieux. Il faut quand même se dire que c'est difficile d'interagir dans tout sinon il n'y aurait personne à venir aux urgences. Ça permet d'anticiper les risques, de limiter des conséquences graves pour le patient. Par exemple, sur un syndrome sub-occlusif on voit bien qu'il y a la gestion du traitement, la gestion de l'élimination, la palpation du patient, la gestion de l'hydratation. En interagissant sur différents domaines, on peut diminuer à chaque fois un risque. C'est pour le syndrome occlusif mais après... »</p> <p>« Il faut aller voir du côté de la « psycho-éducation » du patient. Il faut qu'il soit en capacité d'entendre, il faut pas qu'il ait de troubles psychiatriques majeurs non plus. Et, surtout il faut avoir une connaissance précise du patient parce que si ton patient il arrive dans l'établissement où tu travailles et que 2h après il arrive quelque chose alors que si ça se trouve si tu aurais pu voir les facteurs de risques tu aurais peut-être anticipé. Je schématise mais, il faut vraiment avoir une anamnèse la plus complète possible »</p>
	une urgence vitale	<p>Jeanne « il faut être rapide, efficace généralement, il y a un infirmier qui est technique l'autre infirmier qui s'occupe de passer l'alerte, appeler, ouvrir les portes quand on est en pavillon fermé pour faciliter l'accès, prévenir l'accueil tout ce qui est communication autour pour faire arriver le SAMU quand on a besoin et le soignant souvent l'aide soignant de l'équipe qui s'occupe des autres patients »</p> <p>Mathilde « le protocole c'est le chariot d'urgence, savoir où il est dans ton unité de travail, le défibrillateur .. D'avoir toutes tes formations de gestes d'urgence à jour. Après, je pense que chaque situation doit être réévoquée à froid. »</p>

Quatrième de couverture

NOM : THOMAS
PRENOM : Ivana

TITRE : Urgence vitale somatique en psychiatrie

Présentation synthétique du travail en **Anglais**

How does the collaboration of each of actors in a psychiatric care team does help the medical care of a person in vital emergency, situation? This is the main question of this research work.

First of all, my thesis deals with the theoretical aspect of the subject. This part is conducted by two main approaches : the place of somatic care hospitalized patients in psychiatry, the evolution of the importance given to somatic in psychiatry and the definition of vital emergency ; then, the interprofessional collaboration in the prevention of a vital emergency (systemic approach, adaptation strategies, etc.).

In a second phase, we have the analysis of semi-leading interviews with two nurses.

The interview guide was made using the theory of my work so that it can bring a theoretical/practical complementarity.

Finally, the last part is my personal opinion on this whole research subject.

To conclude my work, i arouse an opening question : How can team contribute to providing quality care under the influence of a patient involved in his care ?

Présentation synthétique du travail en **Français**

En quoi la collaboration de chacun des acteurs d'une équipe soignante en psychiatrie participe au prendre soin d'une personne en situation d'urgence vitale ? Voici, la question de départ de ce travail de recherche.

Dans un premier temps, mon mémoire traite de l'aspect théorique du sujet. Deux axes principaux traversent cette première partie : la place des soins somatiques chez les patients hospitalisés en psychiatrie avec l'évolution de l'importance accordée au somatique en psychiatrie et la définition de l'urgence vitale ; puis, la collaboration interprofessionnelle dans la prévention d'une urgence vitale (approche systémique, stratégies d'adaptions...).

Dans un second temps, on trouve l'analyse d'entretiens semi-directifs menés auprès de deux infirmières. Le guide d'entretien avait été dressé par le biais du cadre théorique et a permis d'apporter une complémentarité « théorie/observation pratique ». Enfin, la dernière partie est l'expression de mon point de vue sur l'ensemble du sujet de recherche.

Pour terminer mon travail, j'ai défini une question d'ouverture : Comment l'équipe peut - elle contribuer à un prendre soin de qualité sous l'influence d'un patient acteur de ses soins ?

MOTS CLES : **Anglais** : Collaboration / vital emergency / psychiatry / somatic care / Take care.

MOTS CLES : **Français** : Collaboration / urgence vitale / psychiatrie / soins somatiques / prendre soin.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

2, rue Henri Le Guilloux 35033, Rennes Cedex 09

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2020

