



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'appréciation de l'état de santé psychique par l'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène



Formateur référent mémoire :
Marylène OLERON

Marie HÉBERT
Formation infirmière
Promotion 2018 – 2021
Le 29/04/2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU de Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'appréciation de l'état de santé psychique par l'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène



Formateur référent mémoire :
Marylène OLERON

Marie HÉBERT
Formation infirmière
Promotion 2018 - 2021
Le 29/04/2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

Diplôme d'Etat d'infirmière

Travaux de fin d'études :

Le rôle de l'hygiène dans l'appréciation par l'infirmière de l'état de santé psychique

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 ».

L'appréciation de l'état de santé psychique par l'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène, Le 29/04/21

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmière 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 29/04/2021

Identité et signature de l'étudiant : Marie HEBERT

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA
CONFIANCE PUBLIQUE CHAPITRE PREMIER : DES
FAUX

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

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

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

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

Sommaire

I.	<u>L'introduction et cheminement vers la question de départ</u>	1 à 3
	1. Introduction.....	1
	2. Cheminement vers la question de départ.....	1 à 3
II.	<u>Le cadre conceptuel</u>	4 à 15
	1. L'Hygiène.....	4 à 5
	1.1. Définition de l'hygiène.....	4
	1.2. L'hygiène selon les époques et les cultures.....	4 à 5
	1.3. Les auto-soins d'hygiène.....	5
	2. La santé psychique.....	5 à 10
	2.1. Définition de la santé psychique.....	5 à 7
	2.2. La souffrance psychique au-delà du psychisme.....	7
	2.3. Les symptômes d'une souffrance psychique.....	7 à 8
	2.4. Les causes.....	9
	2.5. Repérage de la souffrance psychique.....	9 à 10
	3. Le lien entre l'hygiène et l'état de santé psychique.....	10 à 12
	3.1. L'hygiène, reflet de l'état de santé psychique.....	10 à 11
	3.2. L'hygiène, non représentative de la santé psychique.....	11 à 12
	4. Rôle infirmier par rapport aux soins d'hygiène.....	12 à 16
	4.1. Par rapport aux soins d'hygiène.....	13 à 14
	4.2. Par rapport à la santé psychique.....	14 à 16
III.	<u>Le dispositif méthodologique du recueil de données</u>	16 à 17
IV.	<u>L'analyse descriptive et interprétative des entretiens</u>	17 à 21
V.	<u>La discussion</u>	21 à 24
VI.	<u>La conclusion</u>	24 à 25
VII.	<u>Bibliographie</u>	25 à 28
VIII.	<u>Annexes</u>	
	Annexe 1, situation d'appel n°1	
	Annexe 2, situation d'appel n°2	
	Annexe 3, guide d'entretien	
	Annexe 4, tableaux d'analyse des entretiens	
	Annexe 5, retranscription des entretiens	

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide, de près ou de loin, à l'élaboration de ce travail ainsi que pendant ces trois dernières années.

Je souhaite remercier Madame Marylène Oléron pour son accompagnement tout au long de l'écriture de ce travail de fin d'études.

Un grand merci également aux professionnels de soins qui ont pris de leur temps de s'entretenir avec moi.

Siglier

*Concernent les mots suivis de **

ARIS : Agence Régionale pour l'intégration sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap

ARS : Agence Régionale de Santé

IDE : Infirmier(e) diplômé d'État

INCA : Institut national du cancer

OMS : Organisation mondiale de la santé

I - Introduction et cheminement vers la question de départ

1. Introduction

Ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers s'inscrit dans l'unité d'enseignement 3.4 "initiation à la démarche de recherche" qui se déroule tout au long de la troisième année de ma formation infirmière. Ce travail naît à partir de situations observées au cours de la formation et m'ayant questionné. Les situations en question se sont déroulées au cours de ma première et seconde année de formation. L'idée de mon thème s'est révélée en fin de deuxième année après un stage en santé mentale puis il s'est précisé durant les premières semaines de la troisième année.

Je savais que je souhaitais travailler sur le sujet de l'hygiène mais il m'a fallu quelques semaines afin de déterminer de quelle manière j'allais aborder ce thème.

En effet, les situations m'ayant questionné abordaient le refus de soin d'hygiène, le lien entre la pathologie psychiatrique et l'hygiène ainsi que la psychologie dans le soin d'hygiène.

Le point commun entre ces situations était l'évolution au cours du temps des patients à réaliser leurs soins d'hygiène avec en parallèle une modification de leur présentation psychique. J'ai fait le choix de travailler sur le lien entre l'hygiène corporelle et l'état de santé psychique du patient hospitalisé en soins généraux.

Ce thème me paraissait attrayant du fait que l'infirmier(e) dans le cadre de son rôle propre doit pouvoir identifier une évolution dans la réalisation des soins d'hygiène du patient et en rechercher les facteurs étiologiques. De plus, l'infirmier(e) doit pouvoir identifier les signes cliniques évocateurs d'un changement d'état de santé psychique pour ensuite le transmettre à l'équipe médicale.

Il me paraissait donc intéressant de réaliser mon travail de recherche sur ce sujet afin d'en extraire des ressources utiles à ma future pratique soignante.

2. Les situations d'appels

Voici le récit synthétique des situations ayant provoquées un questionnement. Les situations complètes sont en annexe.

Description de la première situation d'appel : (description complète en annexe I)

Elle concerne l'accompagnement de Mr G, 54 ans, hospitalisé en médecine interne pour une altération de l'état général. Au début de l'hospitalisation Mr G est fermé, peu souriant, il paraît triste. Par ailleurs, il apporte très peu d'intérêt aux soins d'hygiène et ne les réalise que rarement et brièvement malgré

les sollicitations des soignants et leurs propositions d'installer le nécessaire de toilette dans la salle de bain. Il semble ne pas avoir l'envie de réaliser ses soins d'hygiène. Il paraît préoccupé, absent. Après avoir observé l'attitude de Mr G et je me suis questionnée sur les raisons du refus fréquent de Mr G à réaliser ses soins d'hygiène. Est-il algique ? Est-il pudique ? Se sent-il trop fatigué ? A-t-il une baisse de moral due à l'hospitalisation ? Au manque de ses proches ? ou autre.

Une semaine plus tard, Mr G a eu la visite de sa famille et commence à prendre ses marques à l'hôpital, à connaître l'équipe. Entre-temps, les médecins ont précisé avec lui sa prise en soin et lui ont donné plus d'informations sur la suite de son hospitalisation (examens prévus, thérapeutiques mises en place). J'ai pu remarquer un changement dans son comportement. Il était plus ouvert, discutait avec l'équipe, paraissait plus serein. Il était, par ailleurs, moins réticent à la réalisation de ses soins d'hygiène. Il était plus dynamique et acceptait l'aide pour s'installer dans la salle de bain.

Je me suis alors questionnée sur la raison de ce changement de comportement. Mr G paraissait avoir un meilleur moral. Je me suis demandée si Mr G était plus investi dans ses soins d'hygiène car son état psychique était meilleur ?

L'investissement dans la réalisation des soins d'hygiène pourrait-il alors être un indicateur de l'état de santé psychologique des patients ?

Description de la deuxième situation d'appel : (description complète en annexe II)

Cette situation se déroule en psychiatrie. Malgré l'impact certain de la pathologie psychiatrique dans les troubles de l'hygiène corporelle, cette situation m'a néanmoins permise de soulever certaines questions autour de l'implication des patients dans la réalisation des soins d'hygiène.

Elle concerne Mme D, 68 ans, atteinte de schizophrénie qui refuse très fréquemment l'accompagnement à la toilette (et ne la fait pas en autonomie). Lors de ma première semaine de stage, j'ai proposé à Mme D un accompagnement à la douche qu'elle a acceptée facilement. Elle était volontaire durant le soin. Lors de ma deuxième semaine de stage, à plusieurs reprises, les soignants proposent de l'aide à Mme D pour ses soins d'hygiène mais elle refuse à chaque fois. En parallèle, je remarque que Mme D est plus isolée et moins présente dans l'unité. En fin de semaine, elle accepte, après négociation, une toilette au lavabo. Lors de cet accompagnement Mme D était très peu impliquée dans la réalisation de sa toilette. Cet accompagnement m'a permis d'observer le désintérêt de Mme D quant à ses soins d'hygiène ainsi que les répercussions de la maladie sur ses activités quotidiennes. Cette observation a donc été une ressource pour apprécier la santé mentale de Mme D.

Le peu d'implication de Mme D concernant ses soins d'hygiène m'a questionné. J'ai cherché à comprendre quelles étaient les raisons. J'ai été très étonnée de ce changement de comportement par rapport à la semaine précédente. Suite à ces nombreux refus d'aide à la toilette, quelles auraient pu être les investigations à mener afin de les comprendre et d'apporter des éléments supplémentaires pour la prise en soin de Mme D ? Le manque d'implication dans son hygiène pourrait-il être révélateur d'un changement dans l'état de santé mentale de Mme D ?

Les lieux de soins dans ces deux situations sont distincts. J'ai fait le choix de me concentrer sur les soins généraux car les pathologies des personnes hospitalisées en psychiatrie peuvent être à l'origine même de cette évolution dans la réalisation des soins d'hygiène et risqueraient donc de rendre mon sujet moins clair.

Le point commun entre ces situations est l'évolution au cours du temps de l'implication des patients dans leurs soins d'hygiène avec en parallèle une modification de leur présentation psychique.

Mon questionnement a fait émerger la présente question de départ :

En quoi l'infirmier(e) en soins généraux, en observant une évolution d'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, peut-il/elle participer à identifier une modification de son état de santé psychique ?

Mon but est de comprendre s'il existe un lien entre une évolution dans l'implication des soins d'hygiène et une modification de l'état psychique du patient.

Je souhaite découvrir si l'infirmière, en observant une modification de l'implication du patient dans ses soins d'hygiène, peut déceler un changement de l'état psychique du patient.

Je détaillerai les idées émergentes des écrits parus sur ce thème à travers mon cadre conceptuel composé de quatre parties. Je poursuivrai en échangeant avec une infirmière et un infirmier sur leur expérience puis j'analyserai leurs réponses pour en faire une analyse interprétative. Enfin, je comparerai les idées décrites dans le cadre conceptuel avec les réponses aux entretiens.

II - Le cadre conceptuel :

1) L'hygiène

Pour débiter cette recherche, je souhaite m'intéresser à l'hygiène qui malgré sa présence dans nos quotidiens soignants et personnels, reste une notion vague.

1.1. Définition de l'hygiène

De nombreuses définitions de l'hygiène existent et chacune semble mettre en évidence un but différent. Tout d'abord, le but de l'hygiène serait d'améliorer la santé.

En effet, l'hygiène est décrite comme « l'ensemble des principes et pratiques ayant pour but de conserver et/ou améliorer la santé ». (M-O Rioufol, 2011, page 128)

E. Jean-Louis ajoute que « l'hygiène est considérée comme un élément indispensable dans la préservation de la santé ». (E. Jean-Louis, 2014, page 22)

Outre son intérêt pour conserver une santé correcte, elle permettrait également d'apporter du confort. En effet, selon L. Andrieux, le soin d'hygiène permet d'éliminer les saletés physiques mais celui-ci pourrait également apporter à la personne du réconfort, du bien-être. (2009, page 25)

Un soin d'hygiène permettrait donc autant de se laver physiquement que de se « vider l'esprit ». (L. Andrieux, 2009, page 25). Le but est de faire attention à son apparence, à prendre soin de soi et de « se sentir bien dans sa peau ». (M. Pages-Delon, 1989, page 72)

Enfin, l'hygiène peut avoir un impact pour les autres individus. Effectivement, selon M. Pages-Delon la toilette serait autant bénéficiaire pour la personne la réalisant que pour les personnes autour. La finalité de l'hygiène serait « la prévention de la mauvaise odeur pour ne pas incommoder les autres et également se respecter soi-même ». (M. Pages-Delon, 1989, page 45)

En dépit de la description de ces bénéfices actuels, l'hygiène n'a pas toujours été définie de manière positive. De plus, malgré les nombreuses définitions proposées de l'hygiène, aucune ne peut répondre aux représentations de chaque individu puisque chacun possède sa propre conception de l'hygiène.

1.2. L'hygiène selon les époques et les cultures

L'hygiène est apparue durant l'Antiquité Romaine et s'est modifiée au cours des époques tout comme les représentations de chacun. En effet, L. Andrieux précise que l'hygiène n'a pas toujours été décrite comme nécessaire et utile. Ses bénéfices ont été fréquemment remis en question au cours des

époques. La « toilette prend son sens actuel surtout à partir de la découverte des germes définis comme porteurs de maladies ». (L. Andrieux, 2009, page 25)

L'hygiène s'est modifiée au cours du temps de même que les pratiques de chacun qui varient selon les différences de cultures. Selon L. Andrieux, la signification de l'hygiène et les rituels de réalisation de celle-ci divergent selon les personnes. La toilette apparaît comme un acte social, culturel, dépendant des représentations de chacun du propre et du sale. L. Andrieux précise donc l'importance pour le soignant de connaître les différentes traditions religieuses et/ou croyances du patient en s'informant auprès de celui-ci. (L. Andrieux, 2009, page 25)

On peut alors s'interroger sur les limites 'pathologiques' de l'hygiène. Selon E. Jean-Louis, chaque personne a sa propre définition de l'hygiène corporelle selon sa culture mais lorsque celle-ci est inexistante on parle alors « d'incurie ». (2014, page 22) L'incurie est défini comme « un manque de soin, une négligence, un laisser-aller. » (Collectif, 2005, page 575)

1.3. Les auto-soins d'hygiène

Mon sujet porte sur les auto-soins d'hygiène.

La théoricienne D. Orem a proposé une définition de ce concept d'auto-soins en expliquant qu'il s'agit de « la pratique de l'activité que les individus initient et effectuent pour maintenir leur vie, leur santé et leur bien-être » (D. Orem, 1991 cité par Mailhot T. et al, 2014)

Pour l'OMS, les auto-soins correspondent à des « décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé ». (C. Paillard, 2021, page 58)

L'hygiène apparaît donc aujourd'hui comme une notion fondamentale à la préservation de la santé dont les pratiques varient selon la culture mais également les capacités d'auto-soin de chaque individu.

2) La santé psychique

La santé psychique est une notion abstraite qui, de ce fait, n'est pas facilement définissable bien qu'elle semble pourtant être essentielle dans l'équilibre de vie de chaque individu.

2.1. Définition de la santé psychique

Tout d'abord, il est important de préciser que la souffrance psychique, « sans être un symptôme médical, concerne cependant la santé mentale ». (Dr Éric Piel, Dr Jean-Luc Roelandt, 2004)

Celle-ci est considérée par l'OMS comme essentielle à la santé en général. Elle est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter des tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». Selon cette organisation, elle est à la base du bien-être de la personne. (OMS, 2018)

C. Paillard évoque une notion d'équilibre. La santé mentale est pour l'auteure comme « l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné ». Selon la documentaliste, la santé mentale est liée à trois facteurs qui sont les facteurs biologiques (lié au terrain génétique et physiologique de la personne), les facteurs psychologiques (liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels) et des facteurs contextuels (en lien avec l'environnement dans lequel évolue l'individu). Ces facteurs évoluent constamment et « s'intègrent de façon dynamique chez la personne. » (C. Paillard, 2015, page 460). L'auteure précise que si certains de ces facteurs telles que les conditions économiques, sociales, ou environnementales nuisent à l'adaptation entre la personne et son milieu, elles créent alors un obstacle à la santé mentale. (C. Paillard, 2015, page 460)

L'ARS précise que « la notion de santé mentale recouvre un champ très large qui renvoie à un état d'équilibre individuel et collectif et qui permet aux personnes de se maintenir en bonne santé malgré les épreuves et les difficultés. »

Il est parfois compliqué de faire la distinction entre ce qui relève de la psychiatrie et la santé dite psychique car elles sont étroitement liées. Selon l'ARS*, les problèmes de santé mentale sont souvent réduits à la psychiatrie alors qu'ils n'en relèvent pas toujours. En effet, selon l'ARS toujours, les troubles psychiques ne sont pas forcément des pathologies et sont le plus souvent des « états intermittents ». (ARS, 2021)

Il est vrai que la psychiatrie est définie comme une « spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychiatriques » alors que le psychique dans sa définition « concerne la vie de l'esprit dans ses aspects conscients et inconscients ». (Collectif, 2005, page 876)

Par ces définitions, nous comprenons que ce qui attrait à la psychiatrie est nécessairement pathologique alors que le psychisme fait partie intégrante de l'équilibre sain d'un individu sur lequel il est néanmoins possible se développer une pathologie en lien avec son psychisme.

Il semble important de préciser que ces troubles psychiques sont fréquents et que de nombreuses personnes en sont atteintes au cours de leur vie. En effet, l'OMS estime que « une personne sur trois vivra un trouble psychique au cours sa vie. (source : OMS)» (ARS, 2021)

L'ARIS* définit la souffrance psychique « comme visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable. » (ARIS, 2005)

2.2. La souffrance psychique au-delà du psychisme

D'après R. Poletti la santé mentale est liée à la santé physique. « De nombreuses affections du corps se rattachent à des conditionnements d'ordre psychique et parfois psycho-pathologique ; de manière inverse et encore plus visible, toute maladie physique entraîne des perturbations psychiques aussi bien dans la vie personnelle du patient que dans ses relations avec autrui. » (R. Poletti, 1973, page 14)

Dans la même idée, « la souffrance psychique est associée à une moins bonne qualité de vie, à des hospitalisations plus longues et impacte sur la vie familiale, sociale et professionnelle ». (INCA*, 2018, page 7)

Selon l'ARS, les troubles psychiques influent sur l'espérance de vie. En effet, les personnes qui en sont atteintes peuvent avoir jusqu'à 25 ans d'espérance de vie en moins. De plus, ces troubles augmenteraient les risques de pauvreté tels que « perte de logement, sans abris, exclusions, déclassement social, prison ». (ARS, 2021)

2.3. Les symptômes de la souffrance psychique

Les traductions symptomatiques de la souffrance psychique sont nombreuses. Les symptômes sont différents selon chaque individu.

E. Le Bohec et I. Adou précise les signes cliniques d'une personne qui est en souffrance psychologique, où elle observe premièrement l'attitude de la personne, ce que dégage comme informations son corps. Il peut y avoir des signes cliniques tels que :

- « - un repli sur soi, une épaule creusée, un bras ou une jambe croisés, la tête baissée
- la tristesse du visage, ses crispations, les yeux rougis de larmes
- les traces de violence, de coups reçus, d'automutilation
- les marques d'une dépendance ou d'une surconsommation de substances toxiques »

(E. Le Bohec, I. Adou, 2007, page 32)

L'INCA indique que « la souffrance psychique a une traduction symptomatique variable selon les patients, en particulier selon leur capacité à reconnaître et verbaliser leurs émotions, voire simplement selon leur contexte socioculturel. » (INCA, 2018, page 6)

Selon l'INCA, les symptômes émotionnels c'est à dire anxieux ou dépressifs sont les signes les plus fréquents d'une souffrance psychique. Mais le patient peut également présenter des symptômes visibles dans la sphère relationnelle comme une hypersensibilité, une irritabilité mais également des changements de comportements (agressivité, inobservance thérapeutique...) ou bien encore somatique où la personne peut ressentir des vertiges, des palpitations, des troubles digestifs...). (INCA, 2018, page 6). Selon l'INCA toujours, si les symptômes dépressifs sont « nombreux et associés » ils peuvent permettre le diagnostic d'état dépressif. (L'Institut national du cancer, 2018, page 6-7)

D'après l'assurance maladie, à la différence d'un épisode dépressif passager, dans le cas d'une dépression, ces symptômes sont présents pendant plusieurs semaines et ont des retentissements au niveau des différentes sphères de l'individu (professionnel, social, familial). (Assurance maladie, 2020)

Une personne atteinte de dépression présente des symptômes caractéristiques qui permettent d'objectiver celle-ci. « La dépression répond à des critères très précis fixés par l'OMS* et l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5). Neuf symptômes sont caractéristiques : Une tristesse quasi permanente avec parfois des pleurs , une perte d'intérêt et de plaisir pour des activités auparavant considérées comme plaisantes, un sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif ou inapproprié, des idées de mort ou de suicide, un ralentissement psychomoteur, une asthénie, souvent le matin, une perte d'appétit, souvent associée à une perte de poids, des troubles du sommeil, en particulier des insomnies matinales, des difficultés d'attention, de concentration et de mémoire » (S.Riou Millot, 2017)

Selon E. Jean-Louis, dans le cas d'une dépression, la personne atteinte présente une «autodépréciation », une « aboulie » et une « asthénie » qui participent à une incapacité à l'auto-soin. L'autodépréciation, appelée aussi « perte d'estime de soi », serait le symptôme le plus handicapant dans la vie quotidienne du patient. (E. Jean-Louis, 2014, page 23). Selon les auteurs de l'article *Trois approches psychosociales du vieillissement*, l'estime de soi est « la valeur qu'une personne s'accorde à elle-même par rapport à ses capacités personnelles et à l'opinion que les autres lui renvoient sur elle.» (C. Paillard, 2021, 211-212). Quand celle-ci est perturbée la personne « éprouve ou risque d'éprouver des sentiments négatifs envers elle-même ou envers ses capacités ». (L. J. Carpenito via C. Paillard, 2021, page 212)

2.4. Les causes

Les causes à l'origine d'une dépression elles peuvent être diverses. Parmi les plus fréquentes on peut noter les « traumatismes émotionnels, la solitude et le manque de soutien social, les récentes expériences de vie stressantes ou traumatisantes, l'alcool et la drogue, les finances et l'emploi, les problèmes de santé ou de douleur chronique. » (2015, Edige Altenloh)

L'Assurance Maladie ajoute que la présence d'une maladie chronique, d'un handicap, la dépendance à l'alcool, au tabac ou l'addiction à d'autres substances consommées pour apaiser des angoisses sont des facteurs favorisant la survenue d'une dépression. » (Assurance maladie, 2020)

La douleur physique fait également partie des causes à l'origine de la souffrance psychique. Selon L. Morasz, la douleur physique est inévitablement à l'origine d'une souffrance psychique. (2012, page 16)

2.5. Repérage de la souffrance psychique

Selon l'ARIS, le repérage se fait en observant chez l'individu un fonctionnement qui « apparait en décalage avec des éléments naturels d'hygiène de vie, ou de comportements et d'ajustements relationnels sociaux habituels. » (ARIS, 2005)

Pour repérer une souffrance psychique, il peut être utile de s'intéresser à la gestion des temps de sommeil de la personne à la recherche d'une hypersomnie ou d'une insomnie. Le soignant peut également être vigilant à l'alimentation et plus particulièrement l'hygiène alimentaire de l'individu. La conduite vestimentaire peut également donner des informations. (ARIS, 2005)

« La façon dont la personne porte un soin aigu ou au contraire manifeste un laisser-aller certain dans ses comportements vestimentaires, sont des indicateurs potentiels de son état de souffrance ». Enfin, les conduites dites « cognitives » fournissent des informations supplémentaires sur le fonctionnement psychique de la personne. (ARIS, 2005)

Selon l'INCA, le repérage de la souffrance psychique se fait essentiellement par l'échange et l'écoute du patient et des propos de son entourage. Cette écoute peut se faire par tous les soignants. Ce document insiste, de ce fait, sur « l'importance de leur formation, leur permettant de savoir favoriser l'expression émotionnelle et d'y répondre ». (INCA, 2018, page 18) Par ailleurs, les soignants doivent être en capacité d'orienter le patient vers un professionnel de soin plus spécifique de la souffrance psychique s'il juge que le patient le requiert. (INCA, 2018, page 18) Selon l'INCA, il s'agit donc en premier lieu d'évaluer la souffrance psychique et de répéter cette évaluation tout au long du suivi du patient. (2018, page 10) « Son évaluation peut être réalisée avec

des outils standardisés (échelles ou questionnaires). » (INCA, 2018, page 6)
« C'est la mesure du degré d'intensité de cette souffrance, sa durée ainsi que ses conséquences, qui peuvent rendre nécessaire une thérapeutique. » (INCA, 2018, page 6)

Après avoir abordé la définition de l'hygiène puis celle de la souffrance psychique ainsi que les signes cliniques de celle-ci et ses répercussions, intéressons-nous au lien qu'il peut y avoir entre ces deux notions au premier abord assez éloignées.

3) Le lien entre l'hygiène et la santé psychique

Les auteurs ont chacun décrit ce lien entre l'hygiène et la santé psychique d'une manière différente. Certains le décrivent comme le reflet entre ces deux notions. D'autres, mettent en avant les troubles qui peuvent créer une discordance entre l'hygiène que présente le patient et son état de santé psychique.

3.1. L'hygiène, reflet de l'état de santé psychique

R. Poletti, divise le corps en deux parties distinctes, tel que « l'homme est fait d'un esprit et d'un corps, et une atteinte de l'une de ces deux parties touche inévitablement l'autre. » (Rosette Poletti, 1973, page 10)

Selon E. Le Bohec et I. Adou, le corps traduit le psychisme de l'individu à l'image d'un miroir. (2007, page 35)

« Le corps, singulier, exprime ce que nous sommes, notre ressenti et nos émotions. Il est donc indispensable de considérer l'être humain dans sa globalité : corps et esprit ». (E. Le Bohec, I. Adou, 2007, page 32)

Les français s'accordent pour dire qu'en général « la propreté du corps est liée à sa bonne santé ». (M. Pages-Delon, 1989, page 41)

L'auteure ajoute que « l'excellence corporelle paraît donc indissociable d'une excellence morale et psychologique. » (M. Pages-Delon, 1989, page 13)

Pour ce qui est de l'hygiène en santé mentale, M-O Rioufol précise que « le manque d'hygiène est un sujet sensible et un dénominateur commun aux pathologies mentales. » (M-O Rioufol, 2011, page 128)

Bien que mon sujet ne porte pas sur les soins de santé mentale il est intéressant de noter que, selon l'auteure, les pathologies mentales ont des répercussions quasi constamment sur l'hygiène des patients. Elle ajoute que « cette altération du besoin se manifeste par un manque d'hygiène en lien

avec une perte d'intérêt, d'intention de l'image de soi ». (M-O Rioufol, 2011, page 128). Il est précisé que le patient est en « mesure d'effectuer lui-même ses soins d'hygiène mais le ralentissement psychomoteur, la douleur morale, et le manque d'envie provoquent le laisser aller, le peu de soins apporté à soi ». (Marie-Odile Rioufol, 2011, page 128)

Revenons sur le concept de l'image de soi qui est « constituée par l'ensemble des représentations que la personne se fait d'elle-même ». (C. Tourette-Turgis via C. Paillard, 2021, page 212)

Selon C. Tourette-Turgis, l'image de soi est considérée comme un repère pour la personne qui lui permet de se situer par rapport aux autres mais également de « contrôler ses états internes et les excitations extérieures. » (C. Tourette-Turgis via C. Paillard, 2021, page 212)

Elle ajoute que l'image de soi et l'image corporelle peuvent être altérées par l'expérience de la maladie. (C. Tourette-Turgis via C. Paillard, 2021, page 213)

Lors la prise de connaissance des écrits d'auteurs sur le lien entre l'hygiène et la santé psychique, il m'est apparu opportun de m'intéresser au syndrome de glissement qui est évoqué dans les structures de soin et qui peut être en lien avec mon sujet.

En effet, le syndrome de glissement est défini comme une « détérioration rapide de l'état général avec anorexie, désorientation, accompagnée d'un désir de mort plus ou moins directement exprimé, un renoncement passif à la vie, un refus actif des soins, de l'alimentation. » (R. Martin-du-Pan, 2008)

Selon R. Martin-du-Pan, il peut être déclenché par des événements physiques tels qu'une maladie aiguë ou psychique (décès d'un proche, hospitalisation). 1 à 4% des personnes âgées hospitalisées seraient concernées par ce syndrome. (2008)

Il « se caractérise par un changement de comportement assez soudain chez une personne âgée, accompagné d'une perte d'autonomie. » (R. Gaillard, 2020)

La personne atteinte par ce syndrome peut alors refuser « d'exécuter les gestes essentiels du quotidien comme manger, se laver ou se lever, alors qu'elle était parfaitement capable de le faire avant l'apparition du syndrome. » (R. Gaillard, 2020)

Selon R. Gaillard, dans les signes cliniques nous pouvons relever une anorexie, une asthénie, un repli sur soi, une opposition aux soins, une tendance dépressive, une agressivité ou une passivité. (2020)

3.2. L'hygiène, non représentative de l'état de santé psychique

Néanmoins dans certains cas, il se peut que l'hygiène ne soit pas le reflet de l'état psychique. Nous pouvons prendre l'exemple des personnes qui sont atteintes de troubles obsessionnels compulsifs (TOC). Les TOC sont une forme de trouble anxieux. « Les personnes qui en souffrent sont

obnubilées par des pensées angoissantes difficiles à ignorer et qui parasitent leur esprit. Elles éprouvent le besoin d'évacuer leur anxiété en accomplissant des rituels ou des actions répétitives, pour empêcher que des phénomènes redoutés ne se produisent. » (Vidal ,2021)
Les TOC varient selon les personnes. Dans certains cas, nous pouvons parler de troubles phobiques.
« L'obsession de ce type la plus fréquente est la peur d'être sali, d'être infecté par des microbes ou d'être contaminé par des radiations, des déchets toxiques ou des produits ménagers. » Les personnes qui en sont atteintes vont alors effectuer des « rituels de lavage et de nettoyage excessifs: se laver les mains un grand nombre de fois dans la journée ou prendre des douches de façon répétitive ». (Vidal, 2021)

Selon Ameli, ce TOC correspond à l'obsession de la saleté et la compulsion du lavage et touche plus fréquemment les femmes. Les personnes se lavent très fréquemment les mains, peuvent également faire une toilette de plusieurs heures. (Ameli, 2020)

Dans le cas des troubles obsessionnels compulsifs, la personne est donc atteinte d'un trouble qui va se manifester par une hygiène excessive. La personne va alors être impliquée dans ses soins d'hygiène de manière exagérée.

A travers ces écrits nous pouvons donc en conclure que l'hygiène n'est pas constamment représentative de l'état de santé psychique.

Au cours de cette partie nous avons pu constater les différents liens qui existent entre l'hygiène et le psychisme. Intéressons-nous maintenant au lien entre ces notions et la pratique de l'infirmier(e).

4) Le rôle infirmier par rapport à l'hygiène et la santé psychique

Nous avons compris qu'il pouvait exister un lien entre l'hygiène et la santé psychique mais où le professionnel infirmier se situe-t-il par rapport à ces notions ?

Les missions infirmières sont, selon le code de déontologie et l'OMS, d'aider les patients et les familles à « déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social » dans l'environnement dans lequel ils évoluent. (OMS via C. Paillard, 2021, page 339)

Selon R. Poletti, les soins infirmiers concernent autant les soins physiques que les soins psychologiques prodigués à des personnes ayant ou non une pathologie de santé mentale.(1973, page 10)

4.1. Rôle infirmier par rapport à l'hygiène

Le rôle de l'IDE* par rapport à l'hygiène est décrit dans différents textes tel que le code de la santé publique. En effet, il indique que « relèvent du rôle propre de l'infirmier(e) les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier(e) a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il/elle juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Le professionnel identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées puis les évalue. » (Code de la santé publique, Article R4311-3, 2008)

La « réalisation de soins et d'activités liés à l'hygiène personnelle » font partie du rôle de l'infirmier(e). Il s'agit de soins d'hygiène complets ou partiels selon le degré d'autonomie de la personne". (Ministère des solidarités et de la santé, 2018, page 29)

Par ailleurs, l'hygiène est le 8ème besoin fondamental de Virginia HENDERSON : besoin d'être propre, soigné et protéger ses téguments. (C. Verdier, Cours raisonnement et jugement clinique à partir des besoins fondamentaux, 2018)

Les infirmier(s) peuvent avoir recours à des diagnostics infirmiers permettant de guider leur observation clinique. « Un diagnostic infirmier correspond à l'énoncé d'un jugement clinique effectué par l'infirmier dans le cadre de son rôle propre, sur l'état de santé d'une personne. Le diagnostic infirmier nécessite la mise en œuvre d'actions relevant du rôle propre exclusivement. » (M. Pitte, 2019) Parmi les diagnostics infirmiers en lien avec les soins d'hygiène on peut identifier le déficit de soins personnels : se laver qui est défini comme une « difficulté à accomplir ou à terminer les activités liées aux soins d'hygiène. » (Nanda et al. 2016, page 246)

Ce déficit est caractérisé par « une difficulté à entrer et sortir de la salle de bain, une difficulté à se laver, une difficulté à prendre le nécessaire de toilette » (parmi d'autres).

Ceci serait favorisé par notamment « l'anxiété, une diminution de la motivation » (entre autres). (Nanda et al. 2016, page 246)

Selon A. Pascal et E. Frecon Valentin, les interventions soignantes bénéfiques sont de tenir compte de la culture et des habitudes du patient, évaluer sa capacité à effectuer ses soins personnels de façon indépendante, inciter et valoriser toute initiative du patient. (2016, page 600)

Ensuite, nous pouvons identifier le diagnostic d'auto négligence décrit comme « un ensemble d'habitudes acquises concernant une ou plusieurs activités de soins personnels qui ne permet pas de

maintenir des niveaux de santé et de bien-être conformes aux normes acceptées socialement. » (Gibbons et al, 2006 cité par L. Juall, 2016, page 700)

Les caractéristiques de l'auto négligence sont « une hygiène personnelle insuffisante, un refus d'adhérer à des pratiques favorables à la santé. » Cette auto négligence serait favorisée par le « stress, l'impotence fonctionnelle, un trouble psychiatrique, un choix d'un style de vie. » (Nanda et al., 2016, page 243)

Le diagnostic d'atteinte à l'intégrité de la peau est défini comme une « altération de l'épiderme et/ou du derme » dont les caractéristiques sont « une altération de l'intégrité de la peau, un corps étranger perçant la peau. » Les facteurs favorisant peuvent être extrinsèques comme un « agent chimique irritant, de l'humidité, une hyperthermie, un médicament, la radiothérapie »... Les facteurs peuvent aussi être intrinsèques comme : « une alimentation inadéquate, une immunodéficience, un changement hormonal, une modification du volume liquidien, un trouble circulatoire. » (Nanda et al 2016, page 399)

Enfin, j'ai pu relever le diagnostic de : motivation à améliorer ses soins personnels, décrite comme « un ensemble d'activités accomplies pour soi-même qui permet d'atteindre des objectifs liés à la santé, qui peut être renforcé ». Les caractéristiques sont le désir exprimé par le patient d'accroître sa responsabilité envers ses soins personnels, le désir d'accroître son autonomie dans le maintien de son bien-être, le désir d'améliorer ses soins personnels. (Nanda et al, 2016, page 249)

4.2. Le rôle infirmier par rapport à la santé psychique

Concernant la santé psychique, les textes réglementaires ainsi que les soignants précisent au cours des textes le rôle de l'infirmier(e) par rapport à celle-ci.

En effet, il est du rôle de l'infirmière de mener une « observation du comportement relationnel et social de la personne et notamment du comportement sur les plans psychologique et affectif ». (Ministère des solidarités et de la santé, 2018, page 28)

De plus, « Les soins infirmiers ont pour but de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes. De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions. » (Code de la santé publique, Article R4311-2, 2021)

Par ailleurs, « la dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. » (Direction de l'organisation et de la sécurité de soins, 2006, page 5)

Selon R. Poletti, il est nécessaire que l'IDE prête constamment attention à l'état psychique du malade, qu'elle prenne en compte les particularités de sa personnalité et qu'elle observe les répercussions que la maladie peut entraîner chez les patients. (1973, page 14)

E. Le Bohec précise également que dans son rôle d'infirmière, elle « observe à chaque instant les manifestations corporelles » car selon elle le corps s'exprime en premier avant même le langage. (E. Le Bohec, 2007, page 32)

Selon E. Jean Louis, les soignants doivent constamment se questionner sur l'état psychique du patient afin de pouvoir l'évaluer. Pour ce faire, l'auteur se questionne fréquemment sur l'humeur du jour du patient, sur la présence ou non de réticence ou d'opposition de la part du patient, sur la connaissance du patient de son état d'incurie. (2014, page 24)

Parmi les diagnostics infirmiers en lien avec la souffrance psychique, on peut relever le syndrome d'inadaptation à un changement de milieu qui est défini comme des « perturbations physiologiques et/ou psychosociales résultant d'un changement de milieu » dont les caractéristiques sont notamment une anxiété, une préoccupation, un repli sur soi, une dépression ». Différents facteurs peuvent favoriser l'apparition de ce syndrome comme par exemple « un changement de milieu, un caractère imprévisible de l'expérience, un dysfonctionnement psychosocial, un état de santé compromis, un isolement social, un sentiment d'impuissance, ou encore des stratégies d'adaptation inefficaces. » (Nanda et al, 2016, page 317)

Le diagnostic infirmier de comportement à risque pour la santé est défini comme une « incapacité de modifier ses habitudes de vie ou ses comportements de manière à pouvoir améliorer sa santé ». Les caractéristiques de ce comportement sont une incapacité d'agir de manière à prévenir d'autres problèmes de santé, un refus d'accepter les changements dans l'état de santé. « Une baisse de son efficacité, une attitude négative face aux soins de santé » sont, entre autres, des facteurs favorisant ce comportement. (Nanda et al 2016, page 145) Les interventions soignantes réalisables dans ce cas sont majoritairement des soins relationnels tels que « essayer de diminuer l'anxiété, mettre en place une consultation psychosociale. » (A. Pascal, E. Frecon Valentin, 2016, page 122)

Enfin le diagnostic de perte d'espoir est défini comme « un état subjectif dans lequel une personne voit peu ou pas de solutions ou de choix personnels valables et est incapable de mobiliser ses forces pour son propre compte ». (Nanda et al, 2016, page 269)

La perte d'espoir est caractérisé par « une collaboration aux soins inadéquate, une diminution d'initiative), une diminution de l'affect, une diminution de l'appétit, une diminution de l'expression verbale, peu de contact visuel, passivité » (entre autres).

Les facteurs favorisants sont « une dégradation de la condition physique, une restriction prolongée d'activité, un stress chroniques (entre autres) ». (Nanda et al 2016, page 269)

Selon M-O Rioufol, pour accompagner un patient dépressif ou névrosé présentant un déficit en auto-soins, les soignants peuvent inciter le patient à réaliser ses soins d'hygiène, « valoriser ses actions », ou encore suggérer son aide. (M-O Rioufol, 2011, page 128)

Nous arrivons au terme de ce cadre conceptuel. Nous avons pu clarifier les notions du thème choisi et comprendre qu'il existe un lien indéniable entre l'hygiène corporelle et l'état de santé psychique. Néanmoins les actions de l'IDE quant à, précisément, l'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène restent imprécises. Les entretiens auprès de professionnels de soins me permettront d'apporter des clarifications et davantage d'éléments de réponses à ma question de départ.

III - Le dispositif méthodologique du recueil de données

1. Les objectifs des entretiens

- Comprendre le rôle de l'IDE dans l'appréciation de l'état de santé psychique du patient
- Identifier les moyens utilisés par l'IDE pour apprécier l'état de santé psychique du patient
- Échanger sur l'intérêt de l'observation des auto-soins d'hygiène des patients dans l'appréciation de leur état de santé psychique
- Repérer les outils et stratégies pouvant être mobilisés pour évaluer l'état de santé psychique du patient à partir de l'observation de ces auto-soins

2. La population interviewée

J'ai fait le choix de réaliser deux entretiens. Un premier auprès d'une infirmière libérale puisque ce professionnel peut avoir plus de connaissances sur les habitudes des patients et donc avoir un point de vue intéressant sur mon sujet. De plus, cette infirmière a également travaillé en soins généraux ce qui lui permet d'avoir des ressources diverses pour répondre aux questions de l'entretien.

J'ai réalisé mon deuxième entretien auprès d'un infirmier de soins généraux travaillant dans un service de cardiologie-diabétologie et qui avait, par ailleurs, une expérience dans d'autres services de

soins généraux.

3. L'organisation

Pour le premier entretien, j'ai pris contact avec une infirmière libérale chez qui j'avais effectué un stage. Cette personne n'étant pas disponible pour réaliser un entretien, elle m'a donné les coordonnées d'une de ses collègues qui a accepté de réaliser un échange. N'étant pas dans la même ville, j'ai proposé à l'infirmière de réaliser l'entretien par visioconférence ou par téléphone et elle a opté pour la deuxième solution. Au début de l'entretien j'ai obtenu son accord pour enregistrer notre échange à l'aide d'un dictaphone.

Pour le deuxième entretien je peinais à avoir des retours à ma demande faite à une cadre d'un service de soins généraux. J'ai finalement décidé de passer par l'intermédiaire d'un groupe d'entraide entre professionnels infirmiers et étudiants. J'ai alors eu rapidement une réponse positive. De même que pour le premier entretien, nous étions éloignés géographiquement, l'entretien s'est donc déroulé par téléphone.

4. Le bilan du dispositif

Dans les deux cas, la non proximité et le fait de ne pas se voir à créer une barrière à la communication et a rendu notre compréhension parfois plus difficile que ce qu'elle aurait pu être si nous nous étions vus. En effet, certaines informations passent par des gestes ou des mimiques qui étaient donc impossibles à visualiser. De plus, certaines de mes questions manquaient peut-être de clarté à certains moments mais je n'ai pu m'en apercevoir qu'aux moments où les IDE m'ont demandé de préciser alors qu'il y en avait peut-être d'autres.

Néanmoins, chacun de nous se sentaient peut-être plus à l'aise à distance et sans "se voir" et ceci a sûrement facilité la communication entre nous qui s'est avérée aisée, fluide.

De plus, j'ai pu pendant l'entretien prendre autant de notes que ce que je souhaitais sans craindre d'être irrespectueuse envers les professionnels.

IV - L'analyse descriptive des entretiens

1. Identifier les représentations des infirmier(e)s de la notion de santé psychique

Tout d'abord, l'infirmier et l'infirmière définissent la notion de santé psychique comme l'état d'esprit ou encore l'état psychique du patient avec ou sans pathologie variant tout au long de sa vie. Pour un

des professionnels, il s'agit d'un équilibre psychologique. Selon l'infirmière interrogée, la santé psychique est un synonyme de la santé mentale.

2. Repérer le rôle de l'IDE par rapport à la santé psychique

Le rôle infirmier par rapport à la santé psychique des patients pris en soin est selon les professionnels, tout d'abord, de l'évaluer. Les moyens mis en place pour répondre à cela sont majoritairement l'observation ainsi que la communication avec leurs patients.

Ensuite, ils précisent qu'ils peuvent être amenés à collaborer avec les autres professionnels de santé, notamment en indiquant dans le dossier du patient des informations sur l'état de santé psychique, afin que ces données soit accessibles aux autres professionnels de santé prenant en soin les patients tel que le médecin.

Enfin, l'IDE peut, si il/elle le juge nécessaire, orienter le patient ou demander son expertise à un autre professionnel de santé tel qu'un(e) psychologue, un(e) médecin psychiatre ou encore un(e) assistant(e) social(e) pour la mise en place d'aides.

3. Repérer la fréquence et les causes des altérations de l'état psychique des patients

D'après l'expérience de ces professionnels, les altérations de l'état de santé psychique des patients varient selon les lieux de soins. L'infirmier interrogé estime à 20% le nombre de patients hospitalisés dans le service de diabétologie-cardiologie présentant des altérations de l'état de santé psychique. A contrario, celles-ci sont plus fréquentes dans le service de neurologie, où il y a « énormément de détresse psychologique ». En ce qui concerne l'infirmière, elle identifie « tous les jours » au domicile des patients ayant des fragilités psychiques.

Dans certains cas, il est possible pour les IDE d'identifier la cause responsable de l'altération de l'état de santé psychique. Le/a patient(e) peut avoir un antécédent tel qu'une névrose et donc présente un état d'angoisse très important. Cette altération de l'état de santé psychique peut être liée à l'état de santé physique du patient c'est-à-dire, à la raison pour laquelle il est hospitalisé en soins généraux.

A l'inverse, dans certains cas, il n'est pas possible pour les professionnels d'identifier la cause de cette altération.

4. Identifier les moyens mis en œuvre par l'IDE pour apprécier l'état de santé psychique

Lorsque j'ai demandé aux IDE les moyens qu'ils mettent en place pour apprécier l'état de santé psychique, trois grands moyens ont été décrits.

Tout d'abord, l'observation est l'élément le plus fréquemment évoqué entre les deux professionnels. Selon eux, il s'agit d'une surveillance quotidienne, discrète, sous-entendue aux cours des passages et des soins réalisés. L'infirmier a précisé qu'il observait le comportement des patients à la recherche de « signes d'angoisse » ou d'une attitude intégrant un regard fuyant, un repli sur soi. Ce dernier a également été évoqué par l'infirmière interrogée. Ensuite, selon l'infirmier, il est possible d'observer la prise alimentaire et plus précisément le manque d'alimentation. Enfin, il prête également attention à la prise des traitements car il est fréquent que des patients en détresse psychologique souhaitent arrêter la prise en charge médicamenteuse.

Le deuxième moyen évoqué pour évaluer l'état psychologique est la communication. Dès la première rencontre il est important, selon l'infirmier, de récolter un maximum d'informations afin d'avoir une meilleure connaissance du patient. Ensuite, les échanges avec les patient(e)s peuvent apporter beaucoup d'informations. L'infirmière insiste particulièrement sur cet aspect de la communication. Selon elle, l'échange est le principal élément permettant l'appréciation de l'état de santé psychique. De ce fait, au quotidien elle pose très régulièrement des questions aux patients afin de comprendre comment s'est déroulée leur journée, s'ils ont fait des activités, s'ils ont eu des contacts ou échanges avec d'autres personnes. Puis, si elle repère que le/a patient(e) est en souffrance psychique, elle essaie de rechercher les causes en approfondissant l'échange qui peut se faire sur plusieurs jours.

L'infirmier ajoute que lors des échanges, il est également attentif à la manière dont le/a patient(e) répond aux questions.

Enfin, ils peuvent avoir recours à différentes ressources qu'elles soient humaines ou matérielles.

Les ressources humaines peuvent être l'entourage familial et les autres soignants prenant en soins les patients. Il est fréquent que l'entourage familial appelle pour prendre des nouvelles et préciser, par la même occasion, à l'IDE que le/a patient(e) a une souffrance ou un antécédent de souffrance psychique. Les IDE peuvent également échanger avec les familles lorsqu'ils se voient.

Concernant les soignants, ils ont chacun une sensibilité et une formation singulière qui permet d'avoir des visions différentes des patients et également d'enrichir les solutions proposées aux patients. L'infirmier précise que certains partenaires de soins peuvent observer certains éléments que l'IDE n'aura pas remarqué.

Au quotidien l'infirmier(e) communique majoritairement avec ses collègues également infirmier(s) et aides soignant(e)s.

Ensuite, si le/a patient(e) à une visite du psychologue, ce dernier va apporter des informations primordiales pour la prise en soin car elle est beaucoup plus sensibilisé, de par sa formation, aux souffrances psychiques.

Enfin, le dossier patient peut également être une ressource pour l'IDE. Il peut y être notifié un antécédent ou l'état mental dans lequel se trouvait le patient lors du passage aux urgences (s'il y est passé) ainsi que les traitements du patient à domicile avec parfois des traitements pour angoisse, etc...

5. Déterminer le lien entre l'hygiène corporelle du patient et son état de santé psychique

Selon les IDE interrogés, l'hygiène dans la majorité des cas reflète l'état psychologique. Plus précisément, selon l'infirmier, quelqu'un qui a une souffrance psychique n'a pas envie de prendre soin de soi. L'infirmière, elle, précise qu'elle peut observer du « laisser-aller », que le patient n'a pas envie de s'occuper de lui. Cette dernière précise que le professionnel de soin peut « remarquer tout de suite » une modification de l'état de santé des patients grâce à l'observation de l'hygiène. Elle parle de « mal-être ».

Les deux IDE interrogés abordent la notion d'estime de soi qui serait selon eux directement liée aux soins d'hygiène. En effet, selon l'infirmier, quand l'estime de soi est altérée le patient ne voit alors pas d'intérêt à prêter attention à son hygiène.

Il se peut néanmoins que malgré une identification d'une altération de l'hygiène corporelle, la souffrance psychique ne soit pas identifiée pour autant au premier abord mais plus tardivement.

A l'inverse, pour l'infirmière interrogée, l'hygiène n'est pas toujours un indicateur signifiant de l'état de santé psychique car certaines personnes peuvent au contraire avoir une hygiène corporelle très soignée alors qu'ils présentent une altération de l'état de santé psychique. Cet élément peut donc être trompeur.

6. Repérer la place de l'observation de l'hygiène dans l'appréciation de l'état de santé psychique

Les deux professionnels infirmiers précisent que dans leur pratique quotidienne, ils se servent rarement de l'observation de l'implication du patient dans ses soins d'hygiène comme moyen pour apprécier l'état de santé psychique. De même, ils observent rarement l'état d'hygiène du patient pour identifier une évolution de l'état de santé psychique. Néanmoins, l'infirmier interrogé indique que s'il

n'utilise pas beaucoup cet élément d'observation il est vrai que les soins d'hygiène peuvent donner des indications.

Ces entretiens m'ont permis de concrétiser le rôle de l'IDE quant à la santé psychique en soins généraux et d'avoir un reflet sur les pratiques soignantes au quotidien. J'y ai découvert que la majorité des évaluations de l'état psychique des patients se fait par l'échange avec le/a patient(e). Ces deux IDE au quotidien, dans leur pratique, ont peu recours à l'observation de l'hygiène.

V - La discussion

A présent je vais mettre en relation les notions abordées dans le cadre conceptuel ainsi que dans les entretiens des professionnels infirmiers. Les différents éléments qui y ont été abordé ont permis de confronter les différentes données afin d'apporter des éléments de réponses à la question de départ qui était : En quoi l'infirmier(e) en soins généraux, en observant une évolution d'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, peut-elle/il participer à identifier une modification de son état de santé psychique ?

Les exigences pour observer une évolution de l'hygiène

Les auteurs s'accordent pour dire que l'hygiène est en lien direct avec le rôle propre de l'IDE. Elle fait partie de son travail au quotidien. Le cadre conceptuel nous a permis de comprendre que c'est un élément nécessaire à la conservation d'une bonne santé. Les auteurs ont mis en évidence le fait que cette notion est très dépendante de chaque individu et qu'il convient donc de connaître les habitudes d'hygiène des personnes. Il est donc nécessaire de connaître les pratiques d'hygiène du patient pour être en capacité de déterminer s'il y a une évolution dans l'assiduité des auto-soins du patient. Au cours des entretiens, les IDE ont renforcé ce point en précisant qu'il devait y avoir une comparaison possible entre l'hygiène du patient avant et pendant le temps d'observation pour que celle-ci puisse être utile. L'infirmière interrogée précisait qu'elle avait, lorsqu'elle travaillait en soins généraux, réalisé des recueils de données à cet effet. Effectivement, le recueil de données, peut être un support à la connaissance des pratiques d'hygiène des patients. Néanmoins, lors de mes stages en soins généraux, j'ai peu constaté que des recueils de données ou encore des échanges étaient réalisés dans ce but. Il peut donc paraître complexe d'apprécier une évolution dans l'implication des auto-soins d'hygiène si l'IDE n'a pas d'élément de comparaison à sa disposition. De plus, l'observation de l'implication du patient dans son hygiène dans le but de déceler une évolution de l'état de santé psychique, demande

à l'IDE d'observer le patient quand celui-ci ne présente pas d'altération de l'état de santé psychique, ce qui peut être difficile à évaluer puisque l'infirmier(e) n'a parfois pas de recul sur la situation, dans le cas où le/a patient(e) vient d'entrer dans le service par exemple. L'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène est alors, lors de la première rencontre avec le/a patient(e), non objective.

Cet impératif de comparaison amène un point important qu'est la transmission d'informations entre soignants puisqu'il apparaît, de par ces éléments, très utile qu'il y ait une transmission et une traçabilité du comportement du patient quant à son hygiène. Les outils de transmissions tel que le dossier du patient sont d'ailleurs évoqué par l'infirmier interrogé qui s'en sert dans sa pratique.

La place de l'observation d'une évolution de l'hygiène

Partant du principe que le patient est autonome dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, il se peut que le professionnel infirmier soit peu attentif à l'évolution de la réalisation des soins par le patient. Les infirmier(e)s interrogés ont tous deux affirmé qu'il était rare qu'ils se servent de l'observation de l'hygiène comme d'un outil pour apprécier l'état de santé psychique. Nous pouvons nous questionner sur la raison qui rend cet outil qu'est l'observation de l'hygiène peu utile dans les pratiques quotidiennes. Cette observation de l'implication du patient dans ses soins d'hygiène est-elle chronophage dans leur pratique de tous les jours ? Cette implication dans les soins est-elle trop subjective à évaluer ? Ou encore peut-être n'ont-ils pas été sensibilisés à cette évolution de l'apparence corporelle que les patients peuvent présenter ?

La santé psychique dans les soins généraux, essentielle mais fragile

Concernant la santé psychique, le cadre conceptuel nous a permis de comprendre qu'il s'agit d'une notion difficilement définissable qui dépend des représentations de chacun. En effet, l'infirmière interrogée a précisé que ce n'est pas un terme simple à définir. Les entretiens réalisés m'ont permis de comprendre que les deux IDE avaient leurs propres images de la santé psychique. Il est vrai que nos représentations de la santé psychique ne sont pas figées et peuvent varier selon nos expériences professionnelles ou même personnelles. De plus, cette notion peut être abstraite du fait qu'en soins généraux les IDE l'évoquent et se questionnent peut être plus rarement dans leur pratique que, par exemple, des professionnels exerçant en santé mentale qui y sont confrontés tous les jours. Malgré les diverses représentations que l'on se fait de la santé psychique, elle apparaît aux yeux d'un grand nombre de personnes comme essentielle à la santé et au bon fonctionnement de l'individu. La notion d'équilibre est fréquemment revenue, car la santé psychique serait nécessaire à l'obtention d'une homogénéité entre son corps et son esprit.

En effet, le cadre conceptuel a permis de mettre en évidence que cette santé psychique peut être jugée comme plus fragile chez une personne atteinte d'un trouble physique.

Le cadre conceptuel précisait d'ailleurs que les nouvelles expériences, les changements de statut vers celui de patient constituent des facteurs favorisant la survenue d'une détresse psychique. Il est donc nécessaire d'être encore plus attentif à la santé psychique du patient. De plus, à la question de la cause d'une altération de l'état de santé psychique les IDE interrogés mettaient en cause la raison pour laquelle ils sont hospitalisés c'est-à-dire un motif physique.

L'hygiène, élément non fondamental dans le repérage d'une souffrance psychique

L'infirmier(e) a un rôle à jouer dans l'appréciation de la santé psychique afin de détecter le plus précocement une atteinte. Cela fait partie du rôle propre de l'infirmière. Selon les deux IDE interrogés, leur rôle est, premièrement, d'évaluer l'état psychique à l'aide de différents moyens tels que la communication avec le patient et l'observation de son comportement, de l'alimentation ou de la prise des traitements. Ils peuvent également avoir recours à des ressources humaines telles que la famille ou les autres soignants ou des ressources matérielles comme le dossier du patient. Puis, selon les professionnels, leur rôle est ensuite de collaborer avec les autres membres de l'équipe de soin afin d'apporter une prise en charge optimale notamment lorsque l'état du patient requiert des compétences autres que celles de l'IDE.

Lors des échanges avec les IDE, l'hygiène n'est pas abordée dans les moyens d'évaluation de l'état de santé psychique. Lorsque la question de l'intérêt de l'observation de l'implication du patient dans la réalisation de ses soins d'hygiène, tous deux affirment que dans la majorité des cas l'hygiène reflète l'état psychique du patient mais qu'au quotidien ils n'utilisent pas ou très peu l'observation de l'implication du patient dans son hygiène corporelle. Il est intéressant de s'arrêter sur ce constat et de s'interroger sur les raisons qui pourraient l'expliquer. En effet, lors de la réalisation de la troisième partie du cadre conceptuel, j'ai pu constater le lien indéniable que les auteurs décrivent entre l'hygiène corporelle et le psychisme.

La place de l'évaluation de la santé psychique dans les soins généraux

Dans les pratiques quotidiennes, j'ai rarement été témoin d'une évaluation de l'état de santé psychique par les professionnels infirmiers, peut-être parce que cette évaluation était réalisée dans la discrétion afin de préserver le patient. Ou à contrario, elle n'était pas réalisée par manque de sensibilisation ou encore de formation nécessaire au repérage de la souffrance psychique qui peut s'avérer être un acte délicat. Nous pouvons aussi émettre l'hypothèse que les soignants sont moins attentifs à l'état psychique du patient car ce n'est pas le motif de l'hospitalisation.

Les limites

Les limites du rôle infirmier

Cette discussion fait alors émerger les limites du rôle infirmier en soins généraux qui n'a pas forcément la formation ou le temps pour détecter une souffrance psychique. De plus, il est compliqué de savoir où se situe la limite avec une pathologie mentale qui ne relèverait alors plus du rôle soignant.

Limites du travail

Ceci fait aussi apparaître les limites de ce travail d'initiation à la recherche puisque je n'ai pas pu réaliser d'entretien avec une psychologue d'un service de soins généraux, ce professionnel étant pourtant au plus proche de la souffrance psychique. Cela aurait pu être très intéressant afin d'identifier si il/elle observe dans sa pratique une évolution de l'hygiène des patients. Il aurait également été riche de s'entretenir avec un(e) patient(e) qui a eu une souffrance psychique au cours d'une hospitalisation pour comprendre ce qui avait été mis en place pour son repérage et sa prise en soin mais également repérer son rapport à l'hygiène corporelle durant cette période.

Remise en question de la question de départ

Ces différents éléments mettent en évidence l'importance de veiller à la santé psychique des patients et, pour ce faire, de l'évaluer fréquemment. Les moyens de l'IDE pour réaliser cette évaluation sont divers mais prennent rarement en compte l'évolution de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène.

De par ces différents éléments, nous pouvons nous demander s'il ne serait pas plus pratique pour les soins infirmiers que l'observation ne se fasse pas par rapport à l'implication des patients dans leur soins d'hygiène mais exclusivement dans l'observation de leur apparence directement ? Il me paraît qu'il pourrait y avoir, moins de biais à cette observation et qu'elle serait plus universelle car l'apparence corporelle englobe l'hygiène mais pas seulement et pourrait être donc plus large et regrouper plus de critères observables. De plus, il se pourrait qu'elle soit plus mobilisable dans la pratique soignante du quotidien. On pourrait alors modifier la question de départ de la manière suivante : en quoi l'infirmière en soins généraux, en observant une évolution de l'apparence corporelle des patients, peut-elle participer à apprécier une évolution de l'état de santé psychique de celui-ci ?

VI - Conclusion

Ce travail a débuté lorsque j'ai commencé à réfléchir au thème. Celui-ci m'est apparu dès la fin de mon stage de semestre 4 réalisé en santé mentale. Les situations que j'ai rencontrées en lien avec le

manque d'hygiène de personnes atteintes de pathologies mentales m'ont questionnée. Puis j'ai alors repensé à une autre situation qui m'avait interpellée durant le semestre 1, qui relevait également du manque d'hygiène. Je savais alors que le thème central de mon mémoire serait l'hygiène mais je ne savais pas comment l'évoquer car c'est un thème très large. Il fallait que je précise mon sujet afin de répondre aux objectifs de ce travail d'initiation à la recherche. Le choix du point de vue que je souhaitais utiliser lors de ce travail a été pour moi le plus délicat car il nécessitait que je me questionne sur les différents aspects de mes situations de départ et que je choisisse sur quoi je souhaitais travailler en particulier. Une fois cette étape passée, le cadre théorique a été un travail très intéressant puisque j'ai pu y découvrir des informations qui me permettaient d'apporter un nouveau point de vue sur mon thème. Ensuite, est venu le temps de réaliser les entretiens. Le premier échange avec l'infirmière a été déroutant pour moi car elle n'était pas inspirée par mon sujet et mon entretien n'était donc pas très riche en terme d'informations dont j'allais pouvoir me servir pour la discussion. J'ai alors remis en question mon choix de thème en pensant qu'il était peut-être trop éloigné des pratiques infirmières. La réalisation de mon deuxième entretien a permis de me rassurer sur ce point car l'infirmier a apporté de nombreuses informations permettant d'enrichir mes éléments de réponse et l'échange fut très intéressant. Enfin, l'étape de la discussion fut complexe dans un premier temps car je ne savais comment synthétiser l'ensemble des données qui provenaient des entretiens, du cadre conceptuel ainsi que mon point de vue.

Au terme de ce travail, je prends conscience de la difficulté que peut être la réalisation d'une recherche en soins infirmiers de par le temps et l'implication qu'elle demande mais également l'ouverture d'esprit sur les différents écrits et les pratiques afin d'être impartial lors de l'écriture.

Quant à ce travail d'initiation à la recherche en soins infirmiers, il m'a permis tout d'abord de découvrir un nouveau type de travail, complètement différent des travaux réalisés jusqu'alors, qui demande de se laisser porter par les découvertes et de construire son travail en fonction, ce qui peut être déconcertant au départ. De plus, ce travail m'a apporté des clés que je pourrai utiliser dans ma future pratique professionnelle.

VII – Bibliographie

Ouvrages

- Juall L. (2016), Manuel de Diagnostics infirmiers, édition Elsevier Masson, 14^e édition
- Ministère des solidarités et de la santé (2018), Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'État et à l'exercice de la profession, édition Paris : Berger-Levrault

- Nanda, T. Heather Herdman, G. Von Krogh (2016), *Diagnostics infirmiers : Définitions et classifications*, 2015-2017, édition Issy-Les-Moulineaux
- Pages-Delon M. (1989), *Le corps et ses apparences*, édition Paris : L'Harmattan
- Paillard C. (2021), *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers*, édition Noisy-le-Grand : Sètes
- Pascal A., E. Frecon Valentin (2016), *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats*, édition Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Poletti R. (1973), *Aspects psychiatriques des soins infirmiers*, édition Paris : Le centurion
- Rioufol M-O (2011), *L'aide-soignant en service de psychiatrie*, Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson

Articles

- Andrieux L. (2009), *Petite histoire de la toilette selon les cultures*, Soins Aides-Soignantes n°27, pages 24-25
- Jean-Louis E. (2014), *La prise en soin du patient incurie en santé mentale*, L'aide Soignante n°162, pages 22 – 24
- Le Bohec E., Adou I. (2007), *Du corps au sujet*, soins psychiatrie (n°252), pages 17 – 42
- Morasz L. (2012), *Douleur morale, souffrance psychique*, soins psychiatrie (n°282), pages 11 – 41

Textes législatifs

- Article R4311-2 du code de la santé publique du 8 août 2004
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913889/
- Article R4311-3 du code de la santé publique du 29 août 2008
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833/

Pages web

- Ameli (2020, 10 juin), *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) : définition et facteurs favorisants*
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/toc/definition-formes-toc-causes>
- Altenloh E. (2015, 28 mars), *Dépression : les signes, symptômes, causes et traitement*
<https://www.psyris.be/depression-signes-symptomes-causes/>
- ARS (2021, 29 mars), *Santé mentale : définition et enjeux*
<https://www.paca.ars.sante.fr/sante-mentale-definition-et-enjeux>

- Assurance maladie (2020, 18 novembre), Dépression : symptômes, diagnostic et évolution, Ameli.fr
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/depression-troubles-depressifs/symptomes-diagnostic-evolution>
- R. Gaillard, (2020, avril), Qu'est ce que le syndrome de glissement chez les personnes âgées ?
<https://www.retraiteplus.fr/sante/syndrome-glissement/est-que-syndrome-glissement-chez-les-personnes-agees>
- Mailhot T., Cosette C., Alderson M., (2014, 10 janvier), Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2013-1-page-94.htm>
- R. Martin-du-Pan (2008), Syndrome de glissement
<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-167/Syndrome-de-glissement>
- OMS (2018, 30 mars), Santé mentale : renforcer notre action, Organisation Mondiale de la Santé
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Dr Piel E., Dr Jean-Luc Roelandt (2004, février), Souffrance psychique et souffrance sociale
<https://www.cairn.info/revue-pensee-plurielle-2004-2-page-21.htm#no2>
- Pitte M. (2019, 1 aout), Formuler un diagnostic infirmier, espace soignant
<https://www.espacesoignant.com/soignant/demarche-de-soins/identifier-et-formuler-un-diagnostic-infirmier>
- Riou Millot S. (2017, 7 avril), Les 9 symptômes de la dépression, Sciences et avenir
https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/les-9-symptomes-de-la-depression_19524
- Vidal (2021, 4 janvier), Troubles obsessionnels compulsifs (toc)
<https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/troubles-obsessionnels-compulsifs-toc.html>

PDF autonome sur le Web

- ARIS Franche Comté (2005), Programme Integrans, page 2 – 4 – 5
http://www.prith-bfc.fr/images/Documents/INTEGRANS/INTEGRANS_def_psychiq.pdf
- Direction de l'organisation et de la sécurité de soins (2006), Charte de la personne hospitalisée, page 5
<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>

- L'Institut national du cancer (2018), Repérage et traitement précoce de la souffrance psychique des patients atteints de cancer

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Reperage-et-traitement-precoce-de-la-souffrance-psychique-des-patients-atteints-de-cancer-Avis-d-experts>

Dictionnaire et encyclopédie

- Collectif, 2005, Le petit Larousse, édition Larousse, page 575 – 876

Cours

- Cours raisonnement et jugement clinique à partir des besoins fondamentaux dispensé par C. Verdier, UE3.1 S1, 27/10/2018

VIII – Annexes

Annexe I : Situation d'appel n°1

Je réalise mon stage de semestre 2 en unité de médecine interne polyvalente.

Mr G, 54 ans, y est hospitalisé pour altération de l'état général.

Mr G est présent dans l'unité depuis plusieurs jours. La communication n'est pas aisée. Il parle peu, il est fermé aux discussions, il est peu souriant (voire pas du tout) ; il paraît triste. Dans un premier temps, je suppose que son attitude peut être expliquée par des douleurs, une asthénie, une baisse de moral dû à la détérioration de son état général nécessitant une hospitalisation. Mr G est porteur d'une perfusion intraveineuse (du soluté glucosé 5% car Mr G est hypotendu).

Mr G ne fait pas partie des patients que je prends en soins néanmoins j'ai pu observer l'attitude de l'équipe soignante lors de sa prise en soin.

Concernant ses soins d'hygiène, il les réalise rarement, seul et brièvement car il refuse l'aide proposée par les soignants.

J'ai pu remarquer que l'équipe est embêtée qu'il refuse car Mr G a du mal à réaliser ses soins d'hygiène seul (ils sont donc peu efficaces). L'équipe a la volonté de l'aider pour qu'il se fatigue moins. De plus, la perfusion rend plus compliquée les mobilisations.

Certains soignants sont gênés que Mr G ne réalise pas ses soins d'hygiène, du fait des impératifs hygiénistes à l'hôpital et plus ou moins selon les représentations que chacun a de l'hygiène.

Je me suis interrogée sur les raisons de ces refus d'être aidé pour ses soins d'hygiène. Est-ce que Mr G est algique ? Se sent-il trop faible pour réaliser ces soins ? Mr G est-il pudique et refuse que les soignants, qui sont majoritairement des femmes, l'aident pour ses soins ? Est-ce qu'il n'a pas le moral ? (qui pourrait être expliqué par la détérioration de son état général, le manque de ses proches qui ne lui ont pas rendu visite).

La piste de la douleur est peu probable car Mr G ne présente pas de faciès ni de comportement douloureux et ne se plaint d'aucune douleur. Concernant la pudeur, l'accompagnement n'est pas plus aisé avec un aide-soignant homme.

L'équipe lui propose alors, chaque jour, de l'aide pour s'installer dans la salle de bain avec le nécessaire de toilette, il accepte parfois cette proposition sans grand enthousiasme. Quand les soignants passent de nouveau dans la chambre de Mr G, après un moment, en demandant s'il a terminé sa toilette pour

prendre le linge sale, il ne s'est souvent pas encore dirigé vers la salle de bains. Indirectement, en repassant dans la chambre, je pense que les soignants incitent Mr G. à réaliser ses soins d'hygiène. Il semble retarder le moment de faire sa toilette le plus possible. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'il refuse l'aide à l'installation d'emblée.

Avec du recul sur la situation, je pense que nous aurions pu, avec l'équipe, investiguer les raisons expliquant l'attitude de Mr G en observant ce dernier, en lui posant des questions simples, en mettant les formes.

Quelques jours plus tard, Mr G a eu de la visite de proches et commence à prendre ses marques à l'hôpital, à connaître l'équipe. J'ai pu remarquer un changement dans son comportement. Il était plus ouvert, discutait avec l'équipe, paraissait plus serein. Par ailleurs, il était moins réticent à la réalisation de ses soins d'hygiène.

Il m'est alors apparu un lien entre sa meilleure hygiène corporelle et son meilleur état psychologique.

Je me suis alors questionnée sur la raison de ce changement de comportement.

Mr G paraissait avoir un meilleur moral. Je me suis demandée si Mr G était plus investi dans ses soins d'hygiène car son état psychique était meilleur ?

Autrement dit, l'investissement dans la réalisation des soins d'hygiène pourrait-il alors être un indicateur de l'état de santé psychologique des patients ?

Dans ce cas, quelles actions auraient pu être mises en œuvre afin d'identifier une dégradation de l'état de santé psychique ?

Annexe II : Situation d'appel n°2

Lors d'un stage en unité d'admission psychiatrique, je prends soin de Mme D, 68 ans atteinte de schizophrénie paranoïde, hospitalisée depuis 4 semaines pour une altération de l'état général avec confusion dans un contexte de rupture thérapeutique. Mme D a un rapport à la réalité altéré. Elle est dans le déni de ses troubles. Elle a une présentation négligée. Elle refuse très fréquemment l'aide pour les soins d'hygiène considérant « qu'elle n'est pas sale ». Elle est porteuse d'une sonde de cystostomie. Mme D exprime une démotivation à la réalisation de ses soins d'hygiène.

Par ailleurs, elle présente un mode de communication particulier. Elle parle peu. Répond très souvent par « mouais » changeant d'intonations selon sa réponse (positive ou pas) ou par « d'accord ».

Mme D requiert un accompagnement pour la toilette car sa pensée est désorganisée créant une confusion dans les gestes et la chronologie de la toilette. Mme D a des idées délirantes qui occupent sa pensée et créent une déconcentration. Elle présente des troubles cognitifs observables par un ralentissement de la pensée, des pertes de mémoire, des pertes d'objets.

Lors de ma première semaine de stage, je propose à Mme D un accompagnement pour réaliser sa douche. Elle accepte spontanément. Lors du soin, Mme D est désorganisée c'est pourquoi je la guide dans la chronologie des gestes à réaliser. Néanmoins Mme D est attentive et le soin dure environ 15 minutes.

Lors de ma deuxième semaine de stage, il est proposé à Mme D, à de nombreuses reprises, des accompagnements pour réaliser ses soins d'hygiène. Mais elle refuse chacune des propositions.

Ce jour, je suis d'horaires du matin. La dernière douche de Mme D date d'une semaine. Je renouvelle la proposition de l'accompagner pour une douche. Mme D refuse, je lui propose alors une toilette au lavabo. Elle accepte après négociation au cours de laquelle une soignante de l'unité lui a clairement dit que ses vêtements étaient sales et qu'elle avait une mauvaise odeur corporelle afin de confronter Mme D à la réalité qu'elle ne semblait pas voir.

Je commence par lui proposer de laver son visage, ce qu'elle fait sans problème. Ensuite, je lui propose qu'elle fasse le haut de son corps. Elle me répond que non, elle ne veut pas, qu'elle n'est pas sale. Elle s'accroupit alors contre le mur comme elle fait souvent dans l'unité. Je lui explique que cela fait une semaine qu'elle ne s'est pas lavée et que ses vêtements sont visuellement sales. Elle ne me laisse pas finir en me répétant qu'elle n'est pas sale. Je comprends que Mme D a clairement un rapport à la réalité altéré d'autant plus qu'elle me montre sa chemise en me disant qu'elle a juste une petite tâche alors qu'il y en a de nombreuses. Je n'insiste pas. Je fais rapidement le lien entre les dires de Mme D et sa pathologie qui altère sa vision de la réalité à l'origine d'une négligence corporelle.

Je lui propose qu'elle fasse sa toilette du bas. Elle ne montre pas une grande motivation mais est d'accord pour continuer. Je m'aperçois que ses chaussettes sont souillées d'urine. Je comprends que la poche a dû fuir. Mon hypothèse se confirme quand je vois une flaque d'urine se former. Je referme au plus vite la poche mais malgré cela une partie du sol de la salle de bain est couvert d'urine. Mme D ne semble pas y prêter attention. Je prends une des serviettes pour éviter que la flaque ne s'agrandisse et éviter que Mme D glisse dessus. Je décide de continuer la toilette car si je m'en vais pour aller chercher une serpillière pour nettoyer, il y a une forte probabilité pour que Mme D ne veuille plus faire sa toilette. Je lui indique donc de faire attention.

Elle prend une culote propre et commence à la mettre sans avoir même enlevé la précédente. Je lui indique qu'il faut qu'elle enlève celle qu'elle porte déjà. Elle répond « mouais » mais n'entend pas car elle continue. Je répète plusieurs fois avant qu'elle n'entende ou comprenne. Je me dis alors que si Mme D est autant dans ses pensées et déconcentrée, la suite de la toilette va être dure.

Au moment de laver ses jambes, je lui tends le gant savonné en indiquant qu'il est pour laver ses jambes. Elle acquiesce mais ne semble pas avoir écouté ou compris ce que j'ai dit car elle commence à faire sa toilette intime. Je lui propose ensuite de rincer le gant mais je n'ai pas le temps de finir ma phrase qu'elle commence à laver ses jambes. Je la stoppe en lui disant qu'il faut finir sa toilette intime. Elle acquiesce. Elle me tend le gant que je rince. Elle commence alors à frotter le gant sur ses jambes. J'essaie alors de capter son regard mais je n'y arrive pas, elle est dans ses pensées. Je l'interpelle « Mme D ? Mme D ? », le gant est pour que vous finissiez la toilette intime car il reste du savon ». Elle me dit « mais non il n'en reste plus » d'un ton lassé. Je lui propose ensuite qu'elle se lave les jambes, elle commence alors par les pieds.

Je savonne de nouveau le gant et lui tend pour qu'elle fasse ses jambes, ce qu'elle fait mais une partie de jambe puis passe à l'autre. Je la guide pour qu'elle fasse partout mais je sens Mme D agacée. Je rince le gant et l'aide pour rincer ses jambes puis lui tend la serviette. Après s'être séchée, elle s'accroupit de nouveau.

Elle se relève et commence à mettre sa culotte mais à l'envers, je lui indique donc. Elle répond « ouais » mais continue. Je répète plusieurs fois mais elle continue. Elle n'écoute pas, elle est dans ses pensées. Je pose alors légèrement ma main sur la sienne. Elle s'arrête, me regarde avec incompréhension, je lui redis alors. Elle ne semble pas voir que sa culotte est à l'envers mais dit « d'accord » et la lâche. Je la positionne bien. Mme D l'enfile ensuite. Je lui propose ensuite un pantalon parmi deux qui sont propres. Elle me dit alors qu'elle souhaite remettre le pantalon qu'elle portait avant la toilette. Je lui explique qu'il était visuellement sale (et d'ailleurs souillé d'urine mais je garde ce détail pour moi) et qu'après la toilette il sera peut-être préférable d'en mettre un propre d'autant qu'il y en a plusieurs qui sont propres. Elle met le pantalon que je lui propose. Je lui explique que je vais trouver d'autres chaussures car celles-ci sont sales. Quand je reviens, Mme D est allée chercher son pantalon sale dans le sac et est en train de le mettre. Je lui explique de nouveau qu'il est sale mais elle me dit le contraire. Je ne trouve pas les mots qui pourraient la faire changer d'avis, elle le garde donc.

Je lui présente ensuite des vêtements propres pour le haut pour changer ceux qui sont sales mais Mme D n'en souhaite pas, excepté un pull qu'elle commence à mettre par-dessus ses vêtements sales. Je lui propose de changer sa chemise contre ce pull pour ne pas mettre du propre sur du sale mais elle refuse.

Au cours de cet accompagnement j'ai trouvé Mme D plus désorganisée, moins concentrée que lors du précédent accompagnement. Le soin a duré une bonne demi-heure environ.

J'ai pu mieux percevoir les troubles de Mme et comment ils interfèrent dans les gestes simples de la vie quotidienne. Mme D avait, en effet, une grande difficulté de concentration, son image corporelle est altérée. Elle n'apportait que très peu, voire pas du tout, d'intérêt à sa toilette.

A quoi est-ce dû ? Est-ce une conséquence du récent changement de traitement ?

Je pense que c'est en accompagnant plusieurs fois Mme D que l'on peut comprendre comment la pathologie dont elle est atteinte impacte sa pensée, son organisation, la réalisation de ses gestes et ainsi mettre en place une aide plus adaptée à sa pathologie et l'accompagner au mieux.

Ce soin m'a permis de concrétiser les troubles psychiatriques de Mme D.

La toilette a été une ressource fondamentale pour visualiser la santé mentale de Mme D à cet instant t. Je prenais en soin Mme D depuis plusieurs jours mais c'est réellement au cours de ce soin d'hygiène que j'ai pu prendre conscience de son état mental et notamment de sa perte d'intérêt pour soins d'hygiène.

J'ai été très étonnée de ce changement de comportement par rapport à la semaine précédente. Suite à ces nombreux refus d'aide à la toilette, quelles sont les investigations à mener afin de les comprendre et d'apporter des éléments supplémentaires pour la prise en soin de Mme D ?

L'observation de la baisse d'implication dans les soins d'hygiène et donc l'observation de la moins bonne hygiène corporelle auraient-elles été des ressources afin de visualiser une évolution de l'état psychique de la patiente ?

Annexe III : Le guide d'entretien

Introduction :

-Garantie de l'anonymat et obtenir le consentement pour l'enregistrement audio

-Présentation de mon sujet de MIRSI

- Demander à l'IDE de se présenter (brièvement) : dans quel service travaillez-vous?, quelles sont vos expériences professionnelles en tant qu'AS/IDE?

Questions :

Les questions en italique correspondent à des questions plus précises, des précisions sur le sujet ou des reformulations si besoin durant l'entretien

1) Que représente pour vous la santé psychique ? / Que signifie la santé psychique pour vous ?

Quelles sont vos représentations de la santé psychique ?

2) En tant qu'infirmier, quel rôle avez-vous par rapport à la santé psychique des patients que vous prenez en soin ?

3) Dans votre expérience, avez-vous rencontré des patients (hospitalisés en soins généraux) qui présentaient des altérations de l'état de santé psychique (sans pathologie psychiatriques sous-jacentes) ?

Est-ce fréquent ou rare ?

4) Comment appréciez-vous l'état de santé psychique des patients que vous avez en soin ?

Quelles attitudes mettez-vous en place pour apprécier l'état de santé psychique ?

A quels indicateurs/signes êtes-vous attentive ?

5) Qu'apporte selon vous l'observation de l'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène ? (*pas l'observation de la réalisation en elle-même mais si réalisés ou pas, si plus ou moins soigné, appliqué, motivé*)

6) Qu'apporte selon vous l'observation de l'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène pour apprécier son état de santé psychique ?

Qu'est-ce que l'observation de l'hygiène corporelle d'un patient qui est autonome dans la réalisation de ses soins d'hygiène, peut-elle apporter dans votre prise en soin ?

(Si oui, en quoi ?)

Comment se déroule cette observation : que repérez-vous ? Qu'observez-vous précisément ? Qu'est-ce que cela implique ? (communication avec Aides Soignant(e)s, autres ide, communication avec patients ?

Que faites-vous de ces observations/informations ensuite ? Quel est votre rôle/ actions à mettre en place si vous détectez des signes de changement de l'état de santé psychique ?

7) Selon vous, qu'est-ce que la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires de soin (aidants, entourage du patient) apporte-t-elle dans l'identification d'une modification de l'état de santé psychique du patient ?

8) En quoi l'infirmier(e) en soins généraux, en observant une évolution d'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, peut-elle participer à identifier une modification de son état de santé psychique ?

Conclusion

Souhaitez-vous ajouter des éléments ?

Remerciements

Garantir à nouveau l'anonymat

Annexe IV : Tableaux d'analyse des entretiens

<u>Objectif : Identifier le rôle de l'IDE par rapport à la santé psychique des patients</u>			
EVALUER "Déjà l'évaluer" "voir si le patient a besoin d'aide"		COLLABORATION avec les autres partenaires de soins	
OBSERVATION : "on l' observe dans tous les cas" "si on a observé une altération de l'état psychique du patient"	COMMUNICATION : "nos petits moyens " "relation d'aide" "écoute active"	TRANSMETTRE : "notifier dans le dossier" "référer au médecin psychiatre".	ORIENTER : "demander avis de la psychologue de l'établissement" "s'il a besoin, d'être orienté vers une assistante sociale"

<u>Objectif : Repérer la fréquence des altérations de l'état de santé psychique des patients</u>	
Fréquent	Variable
patients avec des fragilités psychiques tous les jours neuro énormément de détresse psychologique	20 % dépend des services

<u>Objectif : Déterminer la cause de l'altération de l'état de santé psychique</u>		
Identifiable		Non identifiable
"Antécédent" "des gens qui sont plus névrosés ils arrivent en état d'angoisse très important"	"état de santé" (pathologie <i>physique</i> pour laquelle ils sont hospitalisés)	"Je ne sais pas"

Objectif : Identifier les moyens mis en place par les IDE interrogées pour apprécier l'état de santé psychique du patient

OBSERVATION

“observation”, “observer”
“percevoir”
“on peut observer énormément de choses”

COMPORTEMENT :

“Souvent tu as les signes d'angoisse”
“le repli sur soi”
“repli sur soi”
“le regard fuyant”

“surveillance quotidienne”
“surveillance douce et détournée
pas non plus trop invasif sinon on perd la confiance du patient”

PRISE ALIMENTAIRE : “manque d'alimentation j'aurais plus vu ça”

PRISE DES TRAITEMENTS :

“plutôt la prise des traitements
ça arrive des personnes ne veulent plus les prendre
veulent tout laisser tomber”

COMMUNICATION

“Si première rencontre avec le patient il faut **récolter** le plus d'infos possibles”

“La manière qu'ils ont de répondre aux questions

pas de réponse du tout”

“poser souvent des questions

sur ce que la personne a fait de sa journée”

“si c'est **diversifié**”

“si elle s'est contentée de rester à la maison”

“ou est ce qu'elle est **sortie** ?”

“je lui pose des questions

pour savoir si elle **s'épanouit** ou pas”

“Des questions pour savoir ce qu'il a **fait** dans la journée

si elle a eu des coups de téléphone,

si elle s'est un peu **libérée l'esprit** ou pas.”

“vraiment **l'échange**

c'est le principal”

	<p>“creuser savoir qu'est-ce qui ne va pas”</p> <p>“signes comme des propos suicidaires”</p>
<p>RESSOURCES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HUMAINES = partenaires de soin <p>entourage familial</p> <p>“famille”</p> <p>“souvent à faire aux familles, aux gens qui entourent”</p> <p>“donc on peut leur poser des questions. ils appellent, ils nous préviennent”</p> <p>Soignants :</p> <p>“les collègues, ce qu'ils remarquent”</p> <p>“Comme chaque soignant a une sensibilité propre, une vision ça peut enrichir et permettre de proposer plus de solutions.”</p> <p>“Chaque acteur a une formation une sensibilité différente”</p> <p>“peut observer certaines choses que toi tu n'auras pas forcément remarquées proposer des solutions auxquelles tu n'aurais pas pensé”</p> <p>“Souvent on va voir avec notre collègue avant”</p> <p>“une psychologue avec sa formation va être beaucoup plus à l'affût de certains signes que nous. Elle a une formation beaucoup plus fournie dans cette optique la.”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier patient <p>“logiciel où on pouvait cocher l'état mental (s'il y avait de l'angoisse ou autre, quand entrée on note dans le logiciel : présentat° psychique).”</p> <p>“le point qui a été fait avant aux urgences.”</p> <p>“traitements quand on a la fiche de liaison et que tu vois des antidépresseurs par exemple.”</p> <p>“traitement, dans les traitements habituels, des anxiolytiques par exemple.”</p>

Objectif : Identifier le lien entre l'hygiène corporelle du patient et son état de santé psychique

Hygiène **reflet** de l'état de santé psychique

Hygiène, un **indicateur pas toujours signifiant** de l'état de santé psychique

"reflète l'état psychologique"

"ça ne se voit pas tout de suite"

"soin d'hygiène directement lié à l'estime de soi"

"quelqu'un qui a une détresse psychologique ou une santé mentale altérée"

pas envie de prendre soin de soi, de son estime."

"estime de soi altérée : patient risque de ne pas trouver d'importance à effectuer ses soins d'hygiène"

"on remarque"

"tout de suite"

"peut y avoir un mal-être"

"vraiment pas envie de s'occuper de soi"

"laisser-aller"

"apparence que tout est propre"

"mais ça camoufle un peu."

Objectif : Identifier la place de l'observation de l'hygiène dans l'appréciation de l'état de santé psychique

"Rarement"

"réfléchissant bien"

"c'est vrai"

"les soins d'hygiène aussi"

Annexe V : La transcription des entretiens

Entretien n°1 auprès d'une infirmière libérale

Moi : Mon sujet porte sur le lien entre l'hygiène corporelle et l'état de santé psychique du patient en soins généraux donc soit du patient hospitalisé en soins généraux ou alors par exemple en libéral un patient qui a nécessité des soins.

Je crois que vous aviez travaillé à l'hôpital donc s'il y a des questions qui vous font penser à des situations vécues à l'hôpital ça peut m'intéresser également.

Est-ce que vous pouvez me préciser votre expérience professionnelle, où avez-vous travaillé ? et travaillez-vous maintenant ?

IDE : Ça fait un peu plus d'un an que je suis installée en libéral. J'ai commencé par la réa et les urgences en tant que jeune diplômée. Après j'ai travaillé dans un service de médecine dans une clinique, après j'ai fait de l'orthopédie et de la neurologie, ensuite j'ai été en EHPAD et maintenant je suis en libéral depuis un an.

Moi : D'accord.

Alors ma première question c'est : quelles sont vos représentations de la santé psychique ?

IDE : C'est un grand mot. Je réfléchis. C'est pas simple...

Moi : Autrement dit, que représente pour vous la santé psychique ?

IDE : Je dirais que c'est la psychologie en général de la personne. L'état psychique. C'est l'équilibre psychologique de la personne.

Moi : Du coup en tant qu'infirmière quel est votre rôle par rapport à la santé psychique des patients ? Qu'est-ce qu'en tant qu'infirmière vous faites par rapport à la santé psychique ?

IDE : Déjà c'est voir si le patient a besoin d'aide. S'il a besoin, déjà, d'être orienté vers une assistante sociale. Nous sommes dans le soin mais peut-être qu'à côté il a besoin de se faire aider au niveau de tout ce qui est administratif donc on veille à ce qu'il soit bien entouré surtout en libéral.

Moi : Est-ce qu'en tant qu'infirmière, que ce soit en libéral ou à l'hôpital, vous avez déjà rencontré des patients qui avaient des altérations de l'état de santé psychique ?

IDE : Bien Sûr oui.

Moi : Est-ce que vous trouvez que c'est fréquent ou au contraire assez rare ?

IDE : Non je dirais que des patients avec des fragilités psychiques c'est tous les jours.

Moi : Je précise que je ne parle pas là de patients qui ont des pathologies psychiatriques sous-jacentes mais des patients qui ont des problèmes plus d'ordre psychologique.

IDE : Oui c'est ça. Oui c'est souvent qu'on en rencontre.

Moi : Est-ce que vous pensez qu'il y a une corrélation avec la pathologie pour laquelle la personne est soignée ou pas forcément, ça peut être quelque chose d'extérieur ?

IDE :Je sais pas.

Moi : Comment arrivez-vous à apprécier l'état de santé psychique du patient ? Qu'est-ce que vous mettez en place ?

IDE : Déjà, je pose souvent des questions sur ce que la personne a fait de sa journée. Voir si c'est diversifié ou pas, si elle s'est contentée de rester à la maison ou est ce qu'elle est sortie ? Voilà je lui pose des questions pour savoir si elle s'épanouit ou pas la journée. Ce sont les choses principales je dirais. Des questions pour savoir ce qu'elle a fait dans la journée, si elle a eu des coups de téléphone, si elle s'est un peu libérée l'esprit ou pas.

Moi : Est-ce que pour vous quand vous observez l'hygiène d'un patient, le fait qu'il ait réalisé ou pas ses soins d'hygiène, ça peut apporter des éléments par rapport à l'appréciation de son état de santé psychologique ?

IDE : Oui oui forcément. Par rapport à l'hygiène corporelle on remarque tout de suite qu'il peut y avoir un mal-être, vraiment pas envie de s'occuper de soi, du laisser-aller. L'hygiène corporelle, pour moi, reflète l'état psychologique de la personne.

Moi : Et du coup ça je suppose que vous la voyez plus justement en libéral quand vous pouvez comparer l'état d'hygiène du patient au cours du temps ?

IDE : Oui-Oui on peut comparer. Mais en fait je vais un peu contredire ce que j'ai dit juste avant parce que j'ai deux points de vue. Parfois l'hygiène corporelle reflète l'état de santé psychologique de la personne mais je pense qu'il y a les 2. Il y a des patients qui font l'apparence que tout est propre mais en fait ça camoufle un peu. J'ai les 2 points de vue.

Moi : D'où l'intérêt de connaître les habitudes du patient, je suppose ?

IDE : C'est ça. Et de voir ses antécédents et connaître un peu son entourage.

Moi : Et connaître, notamment à l'hôpital, ses habitudes de vie chez lui quand il arrive par exemple?

IDE : C'est ça.

Moi : Je sais pas si c'est quelque chose que vous faisiez dans votre pratique à l'hôpital, faire un recueil de données ?

IDE : Si forcément. Que ce soit à l'hôpital ou dans un autre milieu je pense que c'est vraiment important de connaître ses habitudes, qu'est-ce qu'elle sait faire toute seule etc sinon tu n'arrives pas à comprendre la personne.

Moi : Et dans le cas où, par exemple, vous me disiez que l'hygiène reflétait l'état de santé psychologique, qu'est-ce que vous allez repérer précisément ? Qu'est-ce qui va vous 'mettre la puce à l'oreille' ?

IDE : ... Je sais pas là comme ça...

Moi : D'accord, ce n'est pas grave.

Avec qui allez- vous communiquer ? Avec qui vous allez échanger à partir du moment où vous voyez qu'il y a un changement dans son hygiène, qu'est-ce que vous allez mettre en place pour investiguer, pour voir s'il y a quelque chose derrière ?

IDE : Je ne suis pas inspirée là je suis désolée.

Moi : Est-ce que vous en discutez avec les personnes autour ? que ce soit les soignants, ou même ses proches, l'entourage ?

IDE : C'est vrai que oui on a souvent à faire aux familles, aux gens qui entourent donc on peut leur poser des questions. Souvent on va voir avec notre collègue avant, pour en discuter plutôt que de voir directement avec la famille.

Moi : À partir du moment où par exemple vous vous dites : là peut-être que le patient a une altération de l'état de santé psychologique, est-ce que vous allez vous tourner vers des professionnels en particulier pour l'aider ?

IDE : Oui alors très souvent en libéral quand on voit qu'il y a une altération de l'état général on va souvent vers le médecin traitant pour lui faire part de nos difficultés, des choses qu'on a pu remarquer à domicile et après on appelle très souvent l'assistante sociale pour qu'elle puisse se déplacer au domicile et faire un point. Voir s'il y a besoin de mettre des aides en place.

Moi : Et du coup si au final au quotidien l'hygiène c'est pas forcément quelque chose qui va vous aider dans votre prise en soins pour diagnostiquer, entre guillemets, un changement de l'état de santé psychologique, c'est surtout ce que vous disiez, la discussion ? Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

IDE : Non je dirais que c'est principalement ça, vraiment l'échange c'est peut-être pas poser des questions mais il faut vraiment discuter pendant longtemps. Passer 10 minutes et puis le lendemain passer un petit peu plus de temps, creuser, pour vraiment savoir qu'est-ce qui ne va pas et qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place. Je pense que c'est le principal. Et après si au niveau de l'hygiène corporelle le patient se laisse aller on peut mettre des petites choses chaque jour, lui donner des petites astuces, proposer des alternatives. Peut-être pas se laver de la tête aux pieds tous les jours mais au moins proposer de faire des bains de pieds, lui proposer de laver juste le dos. Pas trop de choses d'un coup mais au moins certaines choses.

Moi : Oui, essayer de voir s'il est impliqué et volontaire ?

IDE : Oui pour se rendre compte tout en laissant bien sûr faire le maximum si possible.

Moi : Est-ce qu'il y a des lieux de soins où vous avez travaillé où vous trouvez que les patients étaient moins impliqués dans leurs auto-soins d'hygiène justement ou ce n'est pas forcément quelque chose qui se retrouve plus dans un lieu qu'un autre ?

IDE : Je dirais que ça dépend en fait.

Moi : Ou peut-être une tranche d'âge ?

IDE : Oui. Je pense que l'hygiène corporelle chez les personnes âgées c'est parfois compliqué parce qu'en fait ils sont en structure et qu'ils se disent qu'ils vont bientôt mourir entre guillemets. Ils se voient vraiment plus proches de la mort que d'autres personnes et du coup je pense que les personnes âgées peuvent faire partie des personnes qui ont une altération de l'état psychique par rapport à l'hygiène corporelle.

Moi : Les personnes où vous aviez remarqué ça, est-ce que vous aviez remarqué en parallèle qu'elles étaient moins ouvertes, qu'elles pouvaient avoir des signes qui pourraient faire penser à une altération de l'état de santé psychologique? ou justement au contraire elles se portaient bien?

IDE : Non c'était plutôt une altération psychique quoi.

Moi : Donc ça c'est plutôt lorsque vous avez travaillé en EHPAD ?

IDE : Après on a ce public qui est présent à l'hôpital aussi mais effectivement c'est plutôt en EHPAD ou en médecine.

Entretien n°2 auprès d'un infirmier de soins généraux

Moi : Du coup mon sujet porte sur le lien entre l'hygiène corporelle et l'état de santé psychique du patient hospitalisé en soins généraux.

Est-ce que je peux vous demander de vous présenter brièvement, de dire dans quel service vous travaillez, quelles expériences professionnelles vous avez eu en tant que infirmier ou aide-soignant peut-être pendant l'école ?

IDE : Alors pendant mes études j'ai fait aide-soignant tous les étés en EHPAD ou USLD après j'ai fait quelques semaines dans une MAS après dans un établissement privé j'ai fait un peu tous les services : la salle de réveil, les services de chirurgie etc. Après j'ai fait 6 ans en oncologie et après j'ai fait de la cardio et neuro pendant plusieurs mois et là maintenant je suis en cardio diabéto depuis quelques mois.

Moi : D'accord.

Alors ma première question c'est : qu'est-ce que représente pour vous la santé psychique ?

IDE : C'est le synonyme de la santé mentale. L'état d'esprit du patient avec ou sans pathologie. Oui c'est vraiment l'état psychique de la personne tout au long de sa vie.

Moi : En tant qu'infirmier c'est quoi votre rôle par rapport à la santé psychique des patients que vous avez en soins ?

IDE : Déjà l'évaluer même si nous ne sommes pas dans des services de psychiatrie dès qu'on fait l'entrée on l'évalue malgré tout. Je pense qu'on l'observe dans tous les cas et après on peut notifier dans le dossier ce qu'on a observé, si on a observé une altération de l'état psychique du patient. Après si besoin, on peut toujours demander l'avis de la psychologue de l'établissement ou en référer au médecin psychiatre. Et après même par nos petits moyens on peut faire de la relation d'aide, de l'écoute active.

Moi : Quand vous dites l'évaluer, comment vous procédez du coup ?

IDE : Souvent en oncologie c'était en lien avec la maladie cancéreuse mais il n'y a pas vraiment de grille d'évaluation mais c'était une surveillance quotidienne que l'on fait lors des tours. Il y avait un logiciel où on pouvait cocher l'état mental, s'il y avait de l'angoisse ou autre. Après aussi quand on fait l'entrée on le note dans le logiciel (présentation psychique).

Moi : C'est quelque chose que du coup vous faites systématiquement même rapidement pour évaluer, faire un petit point ?

IDE : Après pour les patients passés par les urgences souvent tu as déjà quand il y a une problématique de santé mentale dans la fiche de liaison tu as déjà une notion. Après parfois il y a des entrées directes ou des transferts d'autres services mais souvent c'est notifié. Après c'est l'observation, d'observer, de percevoir. Si c'est la première rencontre avec le patient il faut récolter le plus d'infos possible et ça en fait partie.

Moi : Et du coup quand vous observez justement, est-ce qu'il y a des points où vous allez être plus vigilant, des choses qui vont plus indiquer que le patient a peut-être une altération de l'état de santé psychique ou justement il est plutôt bien sur ce point-là ?

IDE : Souvent tu as les signes d'angoisse ou alors le repli sur soi après tu peux avoir aussi au niveau des constantes, des hypertensions etc et après tu as toujours des signes comme par exemple des propos suicidaires c'est déjà arrivé dès l'entrée face à une pathologie chronique. Par l'entourage familial tu sais qu'il y avait de la violence conjugale ou autre, la personne me laisse sous-entendre qu'elle ne voulait pas sortir de l'hôpital. Je trouve après qu'on peut observer énormément de choses. Si jamais il y a une dépression on peut voir par rapport aux traitements quand on a la fiche de liaison et que tu vois des antidépresseurs par exemple. Ça peut être très vaste, ça dépend vraiment de quoi il s'agit.

Moi : Juste une petite précision, mon sujet c'est sur les pathologies plutôt psychologiques quand il n'y a pas forcément de pathologie psychiatrique sous-jacente.

Et du coup dans votre pratique quotidienne quand vous remarquez des altérations de l'état de santé psychique est-ce que vous trouvez que c'est quelque chose de fréquent ou pas forcément ?

IDE : Dans mon service actuel en cardio diabéto je dirais 20 %. Après en cancéro on aurait pu augmenter le ratio. En neuro aussi c'est beaucoup de post AVC, il y avait énormément de détresse psychologique.

Moi : Cette altération de l'état de santé psychique si vous pouviez l'observer c'était du coup liée à la raison pour laquelle ils étaient soignés ?

IDE : A l'état de santé oui plutôt. Bon bien sûr tu as des gens qui ont un antécédent, des gens qui sont plus névrosés entre guillemets. Et là même d'emblée quand ils arrivent ils sont dans un état d'angoisse très important.

Moi : Comment appréciez-vous l'état de santé psychique des patients que vous avez en soin ? Après vous avez déjà un petit peu répondu à tout ça quand vous me parliez de l'observation mais est-ce qu'il y a autre chose ?

IDE : La manière qu'ils ont de répondre aux questions déjà. Parfois il peut y avoir du repli sur soi, le regard fuyant, ou pas de réponse du tout.

Et comme je te disais le point qui a été fait avant aux urgences. Après la famille ils appellent ils nous préviennent, "mon mari est très stressé" ou ce genre de chose tu vois.

Le traitement, dans les traitements habituels, des anxiolytiques par exemple. Après aussi les autres collègues, ce qu'ils remarquent, l'aide-soignante.

Moi : Selon vous qu'est-ce que l'observation de l'implication du patient dans la réalisation de ses autosoins d'hygiène qu'est-ce que ça peut apporter ?

précision : d'observer mais pas forcément les gestes du soin d'hygiène en lui-même mais d'observer si le patient les a fait ou pas

IDE : Le résultat ?

Bah en fait moi je me dis : le soin d'hygiène est directement lié à l'estime de soi. Quelqu'un qui a une détresse psychologique ou une santé mentale altérée il n'aura pas forcément envie de prendre soin de soi, de son estime. Quelque part l'estime de soi étant altérée le patient risque de ne pas trouver d'importance à effectuer ses soins d'hygiène je le vois comme ça. Et du coup il peut éventuellement être en état d'incurie à l'arrivée, refuser de faire sa toilette lors de l'hospitalisation. Toilette ou même mettre des vêtements propres.

Moi : Et du coup vous dans votre pratique quotidienne est-ce qu'il y a des choses par rapport aux soins d'hygiène que vous allez plus surveiller ou peut-être qui vont vous indiquer qu'il y a une évolution dans l'état de santé du patient ?

IDE : Je te cache pas que dans mon service on fait très peu de toilette parce qu'il y a beaucoup d'aides-soignantes. Mais dans le service où j'étais avant on en faisait vraiment du nursing intégré, c'est-à-dire on faisait vraiment la toilette avec l'aide-soignante et du coup dans ce cas-là j'ai pu plus agir et proposer

son aide au patient si jamais il se sent un peu affaibli, lui rappeler l'importance aussi de continuer à faire ses soins d'hygiène même s'il est hospitalisé et après pourquoi pas aussi faire le lit pendant que la personne fait sa toilette. Ça instaure un peu un climat je dirais pas de confiance mais il y a une présence dans la chambre et tu peux échanger avec le patient et peut-être qu'il se sentira plus stimulé à faire sa toilette. Et après si par exemple il y a une aide-soignante avec qui la relation est meilleure, pourquoi pas quand elle est là que ce soit elle qui aille à chaque fois.

Moi : Et du coup si jamais il y a des fois comme ça ou vous observez que le patient est moins impliqué dans ses soins d'hygiène est-ce que c'est une observation que vous faites du coup sûr sur plusieurs jours pour avoir un peu en avant et un après, pouvoir avoir une comparaison ?

IDE : Ah oui oui. En fait pour tout te dire ça m'est jamais vraiment arrivé sauf les patients qui pouvaient pas à cause de leur état de santé physique mais du coup l'aide-soignante suppléait. Mais du coup oui ça se peut que la personne par exemple ça ne soit pas vu tout de suite mais après on surveillera un peu plus. Mais bien sûr pour moi je pense qu'il faut faire une surveillance douce et détournée et pas non plus trop invasive sinon on perd la confiance du patient. Il ne faut pas être trop insistant parce qu'il peut se sentir un peu envahi sur des soins corporels, ça peut être très invasif pour lui. Mais après c'est notifié et après on peut prévoir une petite consultation avec la psychologue.

Moi : Est-ce que dans votre pratique justement être vigilant à l'hygiène corporelle et s'en servir comme indicateur de l'état de santé psychique, c'est quelque chose dont vous vous servez beaucoup au quotidien ou plutôt rarement finalement ?

IDE : Non rarement moi tu vois j'aurais plutôt vu la prise des traitements parce que ça arrive que des personnes ne veulent plus les prendre parce qu'ils veulent tout laisser tomber. Ou le manque d'alimentation moi j'aurais plus vu ça mais en fait en réfléchissant bien c'est vrai que les soins d'hygiène aussi.

Moi : Dans le cas par exemple ou vous observez qu'il pourrait y avoir une altération de l'état de santé psychique que ce soit par l'hygiène ou autres d'ailleurs qu'est-ce que vous faites des informations qui vous avez relevées ?

IDE : Déjà essayer de comprendre avec le patient pourquoi il y a ces altérations, le questionner pour savoir le pourquoi. Après éventuellement surtout si il y a non prise des médicaments et non prise alimentaire en parler au médecin. Après voir pour une consultation psy et accroître la surveillance au niveau des postes suivants. Pour voir comment évolue le patient et aussi essayer de trouver des petites stratégies, essayer de convaincre le patient de poursuivre soit ses soins d'hygiène soit l'alimentation.

Ça peut être comme je te disais la supervision et pour les alimentations ça peut être un régime plus adapté. Pour les médicaments, étaler leur prise.

Moi : Selon vous, qu'est-ce que la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire ou même les partenaires de soins quels qu'ils soient peut apporter dans l'identification d'une modification de l'état de santé psychique du patient ?

IDE : Chaque acteur a une formation et une sensibilité différente et peut observer certaines choses que toi tu n'auras pas forcément remarqué et aussi proposer des solutions auxquelles tu n'aurais pas pensé. Tu vois par exemple une psychologue avec sa formation, elle va être beaucoup plus à l'affût de certains signes que nous. Elle a une formation beaucoup plus fournie dans cette optique-là. En oncologie on avait des bénévoles qui venaient de l'extérieur donc justement pouvaient créer un lien en dehors du soin. Ils apprenaient des choses que nous nous ignorions et qui pouvaient t'apporter des infos que tu n'as pas souvent comme des récits de vie, sur des choses difficiles, des choses qui auraient pu atteindre l'état psychologique. Après tu as toujours la diététicienne par exemple s'il y a un refus de repas pour qu'elle revoit avec le patient s'il y a pas des choses qui lui conviendraient beaucoup mieux.

Après, au niveau de l'hygiène elle va apporter ce qu'elle a observé.

Comme chaque soignant a une sensibilité propre, une vision ça peut enrichir et permettre de proposer plus de solutions.

Moi : Ma question de départ est : En quoi l'infirmier(e) en soins généraux, en observant une évolution d'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, peut-elle participer à identifier une modification de son état de santé psychique ?

Est-ce qu'à partir de celle-ci vous voyez d'autres choses à dire ?

IDE : Je me demande si dans une unité de court séjour tu as assez de temps quelque part pour agir dessus. Après tout dépend du trouble psychologique à l'origine. Si c'est juste un stress lié à l'hospitalisation il y a moyen d'agir dessus si c'est quelque chose de plus profond ça peut être compliqué. Après on dit court séjour et tu as des patients qui restent deux jours mais d'autres qui vont rester deux, trois semaines quand il y a pas de solutions derrière donc là il y a peut-être plus moyen d'agir.

NOM : HEBERT

PRENOM : Marie

TITRE : L'appréciation de l'état de santé psychique par l'observation de l'implication du patient dans ses auto-soins d'hygiène

This final thesis tackles the link between hygiene and psychic health. During my internships, I met patients not involved in their hygiene care who seemed to, simultaneously, have a poor psychic health. So, I wondered if hygiene may be an indicator of psychic health. I have formulated the following question : How the nurse in general care, by observing an evolution of patient's involvement in their hygiene care, can participate to identify an alteration of their mental health ? In order to carry out this research, I have read the writings of authors familiar with concepts of **hygiene, self-care, psychic health, psychic health assessment, the link between hygiene and psychic health**. Then, I discussed with nursing professionals about their practices. Finally, I compare the results of my theoretical research with the answers of the exchanges. This research thesis work makes it possible to visualize whether hygiene can be a resource for the assessment of patient's psychic health.

Ce travail de fin d'études aborde le lien entre l'hygiène et l'état de santé psychique. Lors de mes stages, j'ai rencontré des patients non investis dans leurs soins d'hygiène qui semblaient avoir, en parallèle, une mauvaise santé psychique. Je me suis alors demandé si l'hygiène pouvait être un indicateur de la santé psychique. J'ai donc formulé la question suivante : En quoi l'infirmier(e) en soins généraux, en observant une évolution d'implication du patient dans la réalisation de ses auto-soins d'hygiène, peut-il/elle participer à identifier une modification de son état de santé psychique ? Afin de réaliser cette recherche, j'ai lu des écrits d'auteurs familiers avec les notions d'**hygiène, d'auto-soins, de santé psychique, d'évaluation de l'état de santé psychique, de lien entre l'hygiène et l'état de santé psychique**. Puis, je me suis entretenue avec des professionnels infirmiers pour s'intéresser à leurs pratiques. Enfin, j'ai mis en relation les résultats de ma recherche théorique et les réponses aux entretiens. Ce travail de recherche permet de visualiser si l'hygiène peut-être une ressource pour l'appréciation de l'état de santé psychique des patients.

Keywords :

Hygiene, self-care, psychic health, psychic health assessment, link between hygiene and psychic health.

Mots clés :

Hygiène, auto-soins, santé psychique, évaluation de l'état de santé psychique, lien entre l'hygiène et l'état de santé psychique.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

CHU Rennes

2 rue Henri Le Guilloux 35000 RENNES

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – 2018 - 2021