



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

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

La maladie mentale en soins généraux, l'infirmier et ses préjugés

Formateur référent mémoire : BOR Sophie

HALATRE Anna
Formation infirmière
Promotion 2021-2024

06/05/2024



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'État Infirmier

Travaux de fin d'études :

La maladie mentale en soins généraux, l'infirmier et ses préjugés

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

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

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

Le 06/05/2024

Identité et signature de l'étudiant : HALATRE Anna

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'État constitue un délit.

À mon amie bien-aimée, Juliette.

Remerciements

Avant tout, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma référente dans ce travail d'initiation à la recherche Madame Sophie Bor, Cadre de Santé formateur IFSI pour sa disponibilité, son aide et ses précieux conseils qui ont su m'aider tout au long de cette année.

J'aimerais remercier ma référente pédagogique qui m'a suivie durant ces trois années de formation, Madame Marylène Oléron, pour son écoute et son accompagnement constant.

Je souhaite remercier les deux infirmières qui se sont rendues disponibles et qui ont accepté de s'entretenir avec moi.

Merci également au membre du jury de ma soutenance de mémoire pour avoir accepté de faire partie du jury.

Un grand merci à mes amis que j'ai eu la chance de rencontrer lors de ces trois années d'études. Merci à Stecy, Clara, Jade, Lauriane, Yann, Alexis et Oscar, votre présence et vos conseils ont été un véritable soutien lors de cette formation.

Je voudrais adresser une mention particulière à Maïna pour son soutien quotidien depuis si longtemps. Ton amitié, ton écoute et tes encouragements ont su me motiver et m'inspirer lorsque j'en avais besoin.

Je remercie également mes parents, ma sœur Loïse et ma famille pour leurs encouragements et leur présence tout au long de cette formation.

Je tiens à remercier toutes les personnes que je n'ai pas citées ici, mais qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
Cheminement vers la question de départ.....	2
1. Les situations d'appel.....	2
1.1. Première situation.....	2
1.2. Deuxième situation.....	2
1.3. Troisième situation.....	3
2. Questionnements issus des situations.....	3
3. Démarche de réflexion conduisant à la question de départ.....	4
4. La question de départ.....	5
4.1. La question de départ explicitée.....	5
Cadre conceptuel.....	6
1. La personne atteinte d'une maladie mentale.....	6
1.1. Le patient.....	6
1.1.1. La personne malade.....	6
1.1.2. Le patient.....	6
1.2. La maladie mentale.....	6
1.2.1. La maladie.....	6
1.2.2. La maladie mentale: définition.....	7
1.2.3. La personne hospitalisée atteinte d'une pathologie psychiatrique.....	9
1.3. Les besoins des personnes atteintes de pathologies mentales.....	10
2. Les représentations sociales de la maladie mentale.....	11
2.1. Les représentations sociales.....	11
2.1.1. Définition.....	11
2.1.2. L'histoire des représentations sociales.....	11
2.1.3. Conditions d'apparition.....	12
2.2. Les représentations sociales de la maladie mentale.....	13
2.2.1. La stigmatisation.....	14
3. Prendre soin d'un patient en soins généraux atteint d'une maladie mentale.....	14
3.1. Prendre soin.....	14
3.1.1. Soigner et prendre soin.....	14
3.1.2. Prendre en soin la personne atteinte d'une maladie mentale.....	15
3.2. Impact des représentations sociales dans le prendre soin.....	16
3.2.1. L'individu et la collectivité.....	16
3.2.2. Les représentations sociales du soignant.....	16
3.3. Intelligence émotionnelle du soignant et vécu du soignant.....	17
3.4. Les compétences relationnelles.....	18
3.5. La relation de soin.....	18
3.5.1. La relation de confiance.....	18

3.5.2. La relation soignant/soigné.....	19
Dispositif méthodologique du recueil de données.....	20
1. La forme de l’outil.....	20
2. Les objectifs du guide d’entretien.....	20
3. La population interrogée.....	20
4. Organisation de la réalisation des entretiens.....	20
5. Bilan du dispositif.....	21
L’analyse descriptive des entretiens.....	22
1. Le patient atteint d’une pathologie mentale hospitalisé en soins généraux.....	22
1.1. La maladie mentale.....	22
1.2. Les besoins du patient.....	23
1.3. Le vécu du patient.....	23
2. Les représentations sociales de la maladie mentale.....	24
2.1. Les représentations de la maladie mentale dans la société.....	24
2.2. Les représentations de la maladie mentale chez les soignants.....	24
2.3. Dynamique de groupe.....	25
3. Le prendre soin des personnes atteintes de pathologies mentales hospitalisés en soins généraux.....	26
3.1. Généralités.....	26
3.2. Rôle infirmier.....	27
3.3. Le vécu du soignant.....	29
3.4. Les ressources du soignants.....	30
3.5. Les limites de la prise en soin.....	31
La discussion.....	34
1. Une définition complexe de la maladie mentale.....	34
2. Prendre en soin une personne atteinte d’une pathologie mentale lorsqu’elle est hospitalisée en soins généraux.....	35
3. Les représentations de la maladie mentale dans la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales lorsqu’elles sont hospitalisées en service de soins somatiques.....	38
Conclusion.....	42
Bibliographie.....	44
Annexes.....	
Annexe I - Le guide d’entretien.....	
Annexe II - Entretien n°1.....	
Annexe III - Entretien n°2.....	
Annexe IV - Tableau d’analyse des entretiens.....	
Abstract.....	

Siglier

IDE: Infirmier Diplômé d'État

ESI: Étudiant en Soins Infirmiers

« Le préjugé est enfant de l'ignorance »

William Hazlitt

Introduction

Le MIRSI, Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers, est avant tout l'aboutissement de trois années de formation en soins infirmiers.

Ce travail de recherche symbolise la clôture de ces années d'études qui furent riches en expériences et en émotions. Je ressors grandie de ces années qui m'ont donné l'occasion d'apprendre à me connaître et de rencontrer des personnes qui me marqueront à jamais.

Je me souviens avoir ressenti un mélange de curiosité et d'appréhension avant mon premier stage en service de psychiatrie. Cette appréhension s'est ensuite estompée au fur et à mesure des jours et j'ai fini par me rendre compte que la prise en soin de la maladie mentale est en réalité d'une grande importance. Durant mes différents stages, j'ai très vite pris conscience que la place de la maladie mentale n'était pas la même qu'une maladie somatique. J'ai de nombreuses fois pu entendre des remarques, presque innocentes, affirmant qu'un patient était "psy". L'image de la maladie mentale qui est actuellement véhiculée a une véritable influence sur la prise en soin des patients. Que nous en ayons conscience ou non, cette image a des conséquences et émerge de quelque part. Bien que les patients atteints de maladie mentale aient accès à différents services, nous pouvons être amenés à les rencontrer tous les jours dans les services de soins généraux.

Pour me permettre de progresser dans ma réflexion, je me suis appuyée sur trois situations de soin qui m'ont interrogée tout au long de ma formation. De ces situations, j'ai fait ressortir mes questionnements qui m'ont ensuite menée jusqu'à ma question de départ. J'ai ensuite réalisé des recherches théoriques concernant les différentes notions et concepts abordés. J'ai poursuivi en réalisant des entretiens auprès de deux infirmières afin de découvrir comment elles pouvaient aborder ces différentes notions dans leur exercice quotidien de la profession. J'ai ensuite mis en lumière les différents thèmes abordés pendant ces entretiens. Enfin, j'ai pu établir des liens entre les notions théoriques des auteurs et le vécu des soignantes au cours de la discussion tout en me positionnant en tant que future professionnelle de santé.

Cheminement vers la question de départ

1. Les situations d'appel

1.1. Première situation

Alors que je sers les repas du soir, je rentre dans la chambre de Mme D, que je ne connais pas car elle ne se trouve pas dans mon secteur, afin de lui demander si elle souhaite manger l'ensemble de son plateau. Lorsque j'entre dans la chambre, elle semble préoccupée par quelque chose. Je lui demande alors comment elle se sent, et elle me dit qu'elle a peur des deux garçons se trouvant dans le coin de sa chambre en les pointant du doigt, cependant, il n'y a personne dans la pièce en dehors d'elle et moi. Je lui demande si elle les connaît, elle me dit que non et qu'elle ne veut pas qu'ils restent pendant qu'elle mange. Ne sachant quoi lui répondre, je m'éclipse de la chambre pour aller en parler à l'équipe. Ils me répondent que ses troubles sont connus, la patiente est atteinte de troubles bipolaires lui causant des hallucinations lorsqu'elle est en phase maniaque. Cependant, aujourd'hui, ses hallucinations sont majorées, le traitement psychiatrique a donc été augmenté.

Dans le service, en raison de nombreux apports intraveineux, les urines sont recueillies puis mesurées. Lors du dernier tour, l'aide-soignant de ce secteur remarque alors que son bocal est vide. Il regarde sur le plan de soins la quantité d'urine recueillie entre 6h et 12h ce jour-là : 300 mL. L'infirmière décide alors de réaliser un bladder scan : 1 litre d'urine est trouvé. Elle appelle ensuite l'interne de garde qui préconise la pose d'une sonde urinaire ainsi que l'arrêt de sa seringue électrique d'Acupan initialement posée suite à des douleurs.

1.2. Deuxième situation

Mr R entre dans le service pour surveillance d'aplasie suite à une autogreffe, lui et ses proches sont très angoissés, ils posent beaucoup de questions et les réitèrent à chaque intervenant. Les questions sont diverses et concernent les traitements, les résultats de bilans sanguins, et l'état de santé global de Mr R. Pendant plusieurs jours, Mr R se plaint de douleurs dans le thorax au niveau de l'œsophage. Une fois les causes cardiaques éliminées, ces douleurs sont mises sur le compte de l'angoisse, de l'Alprazolam est alors prescrit. Cependant, au fil des jours, ces douleurs sont toujours présentes et s'accroissent, il est maintenant douloureux lors de la déglutition. Le diagnostic de mucite est posé. Alors que la pose d'une sonde nasogastrique avait été envisagée quelques jours avant mais finalement annulée car elles sont normalement posées en même temps que le conditionnement à la greffe. Cependant, Mr R ayant réalisé ces conditionnements en hôpital de jour, la sonde n'avait pas été

posée. Malgré tout, une sonde nasogastrique est finalement posée malgré la mucite au vu du peu d'appétit du patient ainsi que de sa perte de poids importante.

1.3. Troisième situation

Mme F est hospitalisée pour une leucémie diagnostiquée à la suite d'un contrôle de la thyroïde, qui lui cause des troubles de l'humeur. Il est souvent noté qu'un contraste peut se faire entre les plaintes de Mme et son faciès. Par exemple, elle dit être douloureuse, qu'elle a très mal dormi, tout en ayant un grand sourire. De plus, elle insiste souvent pour avoir des traitements supplémentaires dont du paracétamol codéiné, qu'elle prend à domicile pour des douleurs chroniques depuis 2016. Les médecins soupçonnent qu'elle serait devenue dépendante à la codéine. Mon premier jour, lors des transmissions, il m'est dit que son comportement peut être un peu particulier car la dame est atteinte de trouble bipolaire. Au moment de la distribution des traitements, je note que Mme prend du Lamotrigine, un traitement que je ne connais pas. Je demande à l'infirmière à quoi il correspond. Elle me répond qu'il s'agit d'un traitement contre le trouble bipolaire de la patiente. Deux semaines plus tard, Mme F a pu discuter avec la psychologue du service, qui rapporte que Mme F ne se sent pas entendue par l'équipe soignante. Mme est douloureuse, de plus elle a fait une réaction cutanée aux traitements de chimiothérapie qui lui causent des démangeaisons qu'elle évalue à 9/10. Le lendemain, Mme F nous dit qu'elle serait sous-dosée en Lamotrigine. Elle a demandé à un médecin extérieur à l'hôpital de lui réaliser une ordonnance. Nous en faisons part à l'interne qui dit avoir copié l'ordonnance qu'elle avait à son entrée. Nous en parlons ensuite à l'équipe d'après-midi au moment des transmissions. L'infirmière demande à quoi sert ce traitement. L'infirmière avec qui j'étais ce matin-là répond qu'il s'agit d'un antiépileptique en préventif. En effet, Mme F a fait des crises d'épilepsie par le passé.

2. Questionnements issus des situations

Dans la première situation, il est vrai que le rapprochement est facile à faire entre le symptôme et la pathologie de la personne, car il est connu qu'elle a des hallucinations lors des phases maniaques de son trouble bipolaire. Cependant, il s'agissait là d'un service où les diurèses sont contrôlées trois fois par jour et où l'Acupan, souvent utilisé dans le service, peut provoquer des globes urinaires ainsi que des hallucinations. Je me suis donc interrogée quant au fait que ses symptômes ont tout de suite été placés sur le compte du trouble bipolaire de la patiente sans explorer aucune autre cause et en majorant le traitement le jour même.

De même dans la deuxième situation, pourquoi attribue-t-on directement les douleurs de Mr R à l'anxiété alors qu'on sait que son traitement provoque presque inévitablement des mucites extrêmement douloureuses ? Il n'est pas rare d'entendre dans les services de soins somatiques que

l'équipe relève immédiatement si le patient a comme antécédents un trouble psychiatrique. Il est important de relever l'information qui peut permettre de remarquer certains signes pouvant montrer une recrudescence des symptômes de troubles psychiatriques. Cependant, relever cette information peut ne pas toujours être bénéfique pour le patient en fonction de l'utilisation qui en est faite.

Dans la troisième situation, la patiente est présentée comme ayant des troubles bipolaires, hors ce n'est pas le cas. Son problème de thyroïde peut lui causer des troubles de l'humeur, hors elle n'est pas atteinte de troubles bipolaires. Mais alors comment expliquer que le simple comportement parfois jugé anormal de Mme F est attribué à une pathologie dont elle n'est pas atteinte ? En effet, ce comportement peut aussi être le reflet d'inquiétude : l'annonce de la maladie est récente, Mme F se sentait seulement un peu plus fatiguée que d'habitude. Elle se retrouve cependant hospitalisée avec des symptômes physiques qui apparaissent en réaction à ses traitements. Elle décrit elle-même l'impression de ne pas avoir été malade jusqu'à ce qu'elle arrive dans le service et débute le traitement. Cependant, son comportement étrange est tout de suite mis sur le compte de troubles bipolaires dont Mme n'est pas atteinte.

Dans les deux premières situations, les troubles psychiatriques sont mis en avant au détriment de problèmes somatiques dont les patients sont atteints. Leurs symptômes pouvant être associés à leurs pathologies mentales, le lien n'est pourtant pas réalisé entre ces mêmes symptômes et des troubles somatiques pourtant fréquents dans le service. Les patients souffrant de troubles psychiatriques sont souvent pointés du doigt comme s'ils étaient à différencier des patients n'étant pas atteints de pathologies mentales. Les patients sont souvent catégorisés comme relevant du domaine de la psychiatrie alors qu'ils sont hospitalisés pour une toute autre raison que leur trouble. Cependant, si ici les symptômes décrits relèvent en réalité de pathologies somatiques, ils auraient pu être le reflet de pathologies mentales. Il est légitime de se demander qu'est-ce qui explique que les symptômes du patient aient tout de suite été mis sur le compte du trouble psychiatrique avant même de chercher à écarter tout autre diagnostic ? Les moyens mis en place actuellement sont-ils suffisants pour que cet accompagnement soit optimal ? En effet, nous sommes libres de penser que dans les deux premières situations si les patients n'avaient pas été atteints de troubles psychiatriques, leurs symptômes auraient pu être pris en soin plus tôt. Comment alors expliquer cette dissociation de la prise en soin psychiatrique et somatique comme si les deux n'étaient pas compatibles ? Et qu'en est-il de la prise en soin du patient dans sa globalité ? Qu'est-ce qui peut expliquer le comportement des soignants ?

3. Démarche de réflexion conduisant à la question de départ

Lors de mes différents stages durant la formation, j'ai pu être confrontée à diverses situations où les personnes hospitalisées et ayant également une pathologie mentale étaient souvent pointées du doigt par certains membres de l'équipe soignante. Leurs problèmes étaient souvent mis sur le compte

du trouble psychiatrique, excluant ainsi toute autre cause possible à l'expression d'un symptôme, qu'il soit somatique ou psychiatrique. Je me suis donc demandée qu'en était-il de leur prise en soin? Diffère-t-elle de la prise en soin des patients hospitalisés n'étant pas atteints d'une pathologie mentale ? Lors des premières guidances, je n'avais pas encore d'idée de sujet de recherche. Je n'avais pas de situations qui me questionnaient au point de passer presque toute une année à écrire dessus. Finalement, ces différentes situations ont attiré mon attention. En effet, la santé mentale est aujourd'hui d'actualité. Cependant des représentations perdurent dans la société. Mais qu'en est-il des soignants ? Ont-ils toujours des représentations ? Si oui, quelles influences ont-elles sur les prises en soin des personnes atteintes de maladie mentale ? Et ce plus précisément en services de soins somatiques. Comment les infirmiers peuvent-ils accompagner au mieux les patients atteints de troubles psychiatriques en trouvant un juste milieu entre accompagnement psychiatrique et somatique ?

4. La question de départ

En quoi les représentations sociales des soignants de la maladie mentale influent-elles sur la prise en soin globale de la personne soignée hospitalisée en soins généraux ?

4.1. La question de départ explicitée

À travers cette question, je cherche à comprendre quelles sont les représentations sociales de la maladie mentale et comment elles peuvent influencer la prise en soin d'une personne atteinte de maladie mentale mais hospitalisée en soins généraux à la suite d'un trouble d'origine somatique.

Cadre conceptuel

1. La personne atteinte d'une maladie mentale

1.1. Le patient

1.1.1. La personne malade

Une personne malade peut être définie comme une « Personne dont la santé est altérée, provisoirement ou non, qui nécessite une aide compétente pour l'accompagner à s'adapter au changement de sa situation physique et/ou psychologique, afin de retrouver une certaine autonomie » (Paillard, 2018, p. 306).

Cependant, il y a une part de ressenti personnel, une personne peut se sentir malade avant un diagnostic confirmé « Toute personne qui éprouve une sensation de malaise ou de mauvais fonctionnement de son organisme se considère comme malade, qu'elle consulte un médecin ou non. » (Dictionnaire médical de l'académie de médecine, 2023). Une personne malade ressent sa santé dégradée, cependant, il n'est pas forcément un patient pour autant.

1.1.2. Le patient

Mais alors qu'en est-il du patient, s'il se différencie de la personne malade, comment peut-on le définir ? Du latin *patior* qui signifie « souffrir », « ce terme initialement employé pour désigner une personne qui subit avec constance les adversités, a été, dès le XVI^{ème} siècle, appliqué à la soumission à des soins médicaux » (Dictionnaire médical de l'académie de médecine, 2023) . Enfin, le patient peut être défini comme une « personne qui souffre de troubles physiques ou mentaux qui le conduisent à consulter un médecin » (Dictionnaire médical de l'académie de médecine, 2023). D'après le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, le patient est une « personne qui reçoit des soins » (2011, p. 81).

Le patient est donc une personne soignée, elle a besoin d'aide et cette aide passe par les soins prodigués. À l'hôpital, les soins sont dispensés dans un service classé selon la localisation de la maladie.

1.2. La maladie mentale

1.2.1. La maladie

La maladie peut-être définie comme l' « altération des fonctions physiques ou mentales d'une personne à l'origine de souffrances ». De plus, « Le terme de maladie, dans le langage médical

courant, correspond à un ensemble de symptômes anormaux résultant d'une même cause connue. Son identification aboutit à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement approprié ». (Dictionnaire médical de l'académie de médecine, 2023).

Le Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, définit quant à lui la maladie comme un « dysfonctionnement physiologique ou psychologique » (2011, p.80). Après avoir défini ce qu'était la maladie, nous allons maintenant nous intéresser à la définition de la maladie mentale.

1.2.2. La maladie mentale: définition

D'après l'Association des médecins psychiatres du Québec (2023) la maladie mentale est:

Un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales.

On ne peut pas parler de maladie mentale sans parler de santé mentale, cela « englobe les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif important. » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022).

Différents termes sont employés pour parler de la maladie mentale, d'après la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (s.d):

Un trouble psychique, qui peut être également désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore de trouble mental, désigne un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d'un individu, des souffrances et des troubles du comportement. Les troubles psychiques touchent toutes les populations, sans distinction de sexe ou d'âge. Ces troubles peuvent être chroniques ou permanents.

D'après le Ministère de la Santé et de la Prévention (2023), environ 1 personne sur 5 est touchée au cours de sa vie par la maladie ou un trouble mental. Si différents termes sont employés pour parler de la maladie mentale, qu'en est il de la psychiatrie ?

1.2.2.1. La psychiatrie

La psychiatrie est décrite comme « La discipline médicale dont l'objet est l'étude et la prise en charge des troubles mentaux » (Prudhomme et al., 2009, p.3).

Cette branche de la médecine s'appuie sur « une approche bio-psycho-sociale, c'est-à-dire, qui combine une compréhension de la biologie du cerveau, de la psychologie de l'individu et des effets de sa situation sociale » (Association des médecins psychiatres du Québec, 2023).

D'après le Pr. Jean-Philippe Boulenger, 2013 cité par le CHU de Montpellier, 2013:

Trop souvent on confond psychiatrie et santé mentale. Or la santé mentale s'intéresse au bien-être psychique et émotionnel et aux variations normales de nos émotions, de nos anxiétés, de nos joies ou de nos peines ... Alors que la psychiatrie s'intéresse aux excès pathologiques et invalidants qui se caractérisent par des symptômes, c'est-à-dire des retentissements fonctionnels importants et durables sur la vie sociale, familiale et professionnelle.

Mais alors de quelles pathologies parle-t-on exactement, d'après l'Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention [USSAP] (2021):

L'infirmier peut être confronté à diverses problématiques: les troubles de la personnalité de type schizophrénie, les troubles de l'humeur (dépressions, troubles bipolaires, etc.), les troubles anxieux (attaques de panique, troubles obsessionnels compulsifs, etc.), les addictions (alcool, médicaments, drogues, etc.), les tentatives de suicide, etc.

Afin de différencier ces différentes pathologies, il existe plusieurs classifications.

1.2.2.2. Une classification mondiale: la CIM-11

D'après Chessa & Sentissi (2023):

La Classification internationale des maladies ou CIM (International Classification of Diseases ou ICD, en anglais) est une classification médicale codifiée classifiant les maladies ... La première version officielle de la CIM ... a été adoptée lors de la première Assemblée mondiale de la santé en 1948.

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2022) « La classification internationale des maladies (CIM) fournit un langage commun qui permet aux professionnels de santé de partager des informations standardisées à travers le monde. ». Cette classification, révisée en 2015, a pour objectif, en lien avec la classification des pathologies mentales, l'identification et la priorisation globale et efficiente pour les personnes atteintes de ses troubles. (Reed et al., 2013). Si la CIM-11 est considérée comme classification mondiale, il existe malgré tout d'autres systèmes de classification.

1.2.2.3. Une classification controversée: le DSM-5

« Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA) est une classification des troubles mentaux assortis de leurs critères, destiné à faciliter l'élaboration de diagnostics plus fiables. » (Kupger & Regier, 2012).

Contrairement aux pathologies somatiques « La description exhaustive des processus pathologiques sous-jacents n'étant pas possible pour la plupart des troubles mentaux, ... les critères diagnostiques

actuels sont la meilleure description disponible de la manière dont les troubles mentaux s'expriment et peuvent être identifiés » (Kupger & Regier, 2012) .

Ces diverses classifications permettent de classer les pathologies, cependant, il est important de ne pas négliger le patient car c'est bien lui qui est atteint de la maladie.

1.2.3. La personne hospitalisée atteinte d'une pathologie psychiatrique

1.2.3.1. Les modes d'hospitalisation

Les personnes hospitalisées en soins généraux sont libres de quitter à tout moment l'établissement de santé contre avis médical, en effets, l'Article L1111-4 du Code de la santé publique du 01 Octobre 2020 stipule qu'une fois le patient informé des conséquences de son refus de soin le médecin se doit de respecter la volonté du patient.

Cependant, dans le cadre d'une hospitalisation à la suite d'une pathologie psychiatrique, il existe des situations dans lesquelles les personnes peuvent être hospitalisées sans leur consentement.

Malgré tout, « Les soins psychiatriques libres sont la règle générale. Les patients concernés bénéficient des mêmes droits que les autres malades. Ce régime de soins doit être privilégié chaque fois que l'état de santé du patient le permet.» (Ministère de la Santé et de la Prévention, 2022)

Il existe trois cas où la personne peut être soignée sans son consentement, premièrement sur décision du directeur de l'établissement de santé, suite à la demande d'un tiers, ou en cas de péril imminent. Enfin, l'hospitalisation peut se faire sur décision du préfet c'est à dire un représentant de l'Etat, c'est le cas quand la personne est considérée comme un danger pour la sécurité des personnes ou de l'ordre public. (Direction de l'information légale et administrative, 2022).

Dans le cadre des soins à la demande d'un représentant de l'état, d'après l'Article L3213-1 du Code de la Santé Publique:

Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

D'après l'Article L3212-1 du Code de la Santé Publique du 01 Octobre 2020 les soins sur décision du directeur d'établissement ne peuvent s'effectuer uniquement si la personne ne peut pas consentir aux soins à cause de sa pathologie et si il nécessite des soins devant s'effectuer dans le cadre d'une hospitalisation complète sous surveillance médicale. La personne souffrant de troubles psychiatriques va alors être hospitalisée après qu'un proche à elle agissant dans son intérêt et que les conditions d'hospitalisation sur décision du directeur de l'établissement de santé aient été prouvées par des

certificats médicaux. Lorsque la demande ne peut provenir d'un proche, la prise en soin est possible en cas de péril imminent pour la personne. (Agence Régionale de Santé Occitanie, 2021).

1.2.3.2. Les droits des personnes hospitalisées en services de psychiatrie

D'après le Ministère de la Santé et de la Prévention (2022), bien que la personne soit hospitalisée en secteur de psychiatrie, elle conserve ses droits et devoirs de citoyens, elle possède toujours le droit de vote, d'activité religieuse ou philosophique ainsi que d'émettre et de recevoir des courriers. Elle possède également des droits cette fois-ci liés à son hospitalisation, tel que le droit d'information quant à son admission en service, le droit d'information quant à ses droits, sa situation juridique et ses voies de recours. La personne hospitalisée en psychiatrie a également accès à son dossier médical plus ou moins accompagné par le médecin suivant son état psychologique. Afin de faire valoir ses droits, elle peut également saisir des commissions et communiquer avec différents représentants de l'Etat devant juger de la bonne application de la loi.

1.2.3.3. Les structures d'accueil

Différentes structures assurent l'accueil des patients, l'hôpital n'en est qu'une petite partie. En effet, d'après l'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise (s.d), nous distinguons « les Centres Médico Psychologiques (CMP), les Centres d'Accueil Thérapeutiques (CATTP), les hôpitaux de jour (HP) ». L'accueil des patients en structure extra-hospitalière permet une prise en soin pluriprofessionnelle et permet en ambulatoire, le diagnostic, la prévention afin d'orienter au mieux le patient ainsi que le soutien et l'aide à la réinsertion du patient dans son milieu de vie. (Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise, s.d). Si les différentes structures ont divers objectifs, ils se basent tous sur les besoins des patients qui doivent toujours être la priorité.

1.3. Les besoins des personnes atteintes de pathologies mentales

La prise en soin des patients en psychiatrie passe d'abord par l'évaluation des besoins des patients. Pomini et al. (2008) affirment :

L'évaluation des difficultés et des besoins d'un patient psychiatrique représente la première phase d'une prise en charge psychosociale, en particulier lorsqu'il s'agit d'aménager un plan de réhabilitation après une période de crise ou de maladie aux débouchés incertains voire négatifs (pp 895 - 902).

Pour Pomini et al. (2008), en définissant ses besoins, le patient priorise ce qu'il juge le plus important pour lui, il va ensuite pouvoir échanger avec l'équipe soignante afin d'envisager les traitements et l'accompagnement. Cela permet de placer le patient au cœur de sa démarche de soin en partenariat

avec les soignants. L'évaluation des besoins des patients n'est pas l'unique caractéristique nécessaire au patient. En effet, la prise en soin passe par divers aspects, les patients nécessitent « Un soutien social, notamment pour nouer et entretenir des relations personnelles, familiales et sociales. Ils peuvent aussi avoir besoin d'aide pour suivre une formation, trouver un emploi et un logement, et prendre part à d'autres activités intéressantes.» (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022). Nous allons maintenant nous intéresser aux représentations sociales qui entourent encore aujourd'hui la maladie mentale.

2. Les représentations sociales de la maladie mentale

2.1. Les représentations sociales

2.1.1. Définition

Quel que soit le sujet nous avons tous des représentations sociales le concernant. Cependant, à quoi faisons-nous référence lorsque l'on parle de représentations sociales ? Le concept de représentation sociale n'est pas aisé à définir, en effet, nous distinguons deux notions: celle de représentations et celle de social.

D'après le Dictionnaire de l'Académie Française (2023), les représentations sont définies comme la « Relation associant conventionnellement un signe, un symbole ou une allégorie à une chose, une notion, un phénomène ou une personne ».

Toujours d'après le Dictionnaire de l'Académie Française (2023), le mot social fait référence à ce « Qui concerne la société en tant que forme d'organisation unissant les individus ; relatif à la vie en société ».

Mais alors qu'en est-il des représentations sociales ?

« D'après la définition de Denise Jodelet: "Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale" » (Moliner & Guimelli, 2015). Cependant, si les représentations sociales sont l'image de la société, nous pouvons nous demander si elles sont alors différentes selon chaque société ou si certains concepts ont toujours les mêmes représentations.

2.1.2. L'histoire des représentations sociales

La théorie des représentations sociales est un phénomène plutôt récemment décrit, introduit pour la première fois par Émile Durkheim en 1898, d'après Descamps (s.d):

Emile DURKHEIM (1858-1917) impose en sociologie la notion de "représentation collective" Il convient de distinguer la partie individuelle de nos idées qui est instable,

variable et éphémère et n'intéresse pas le sociologue, de la partie collective, qui est beaucoup plus stable et cohérente et constitue un fait social.

Par la suite, Serge Moscovici s'intéresse également à ce sujet, d'après Descamps (s.d), Moscovici « résout l'ancien conflit entre l'action de l'individu et celle de la société, car l'individu est fait par la société mais ce sont les individus qui ont fait la société qui les influences »

Mais alors si les représentations sociales peuvent être définies comme l'image de la société concernant un sujet sans être construit sur aucune preuve comment apparaissent-elles ?

2.1.3. Conditions d'apparition

« Quelque chose va servir de déclencheur à l'apparition de la représentation et va ensuite se propager dans les réseaux de communication. Des représentations sociales identiques vont servir de relais et permettre l'accessibilité ou la familiarisation de la connaissance » (Gaymard, 2021, p. 68). C'est-à-dire que lorsque des représentations sociales identiques vont se rencontrer, elles vont alors s'auto alimenter et se propager davantage au public.

Mais alors comment un objet devient source de représentation sociale, pour Moscovici, « quand l'objet aura suffisamment d'importance pour le groupe, autrement dit quand il constitue un enjeu pour celui-ci alimentant les échanges, qu'il pourra devenir un objet de représentations sociales.» (Gaymard, 2021, p. 69)

Pour Moscovici, il y a trois conditions nécessaires à l'apparition d'une représentation sociale: la dispersion, la focalisation et la pression à l'interférence. (Gaymard, 2021, p. 69). La dispersion de l'information débute lorsque « les individus et les groupes ont des informations morcelées, des données qui sont insuffisantes et trop nombreuses » (Gaymard, 2021, p. 69). L'information concernant l'objet n'est que partiellement complète. La focalisation est le phénomène par lequel l'individu ou le groupe va choisir à quoi il « accorde une attention spécifique » (Gaymard, 2021, p. 70). C'est-à-dire que l'individu choisit quel aspect du sujet il met en avant. Enfin, la pression à l'interférence est définie comme « la nécessité pour l'individu ou pour le groupe de réagir, de prendre position et cela, à n'importe quel moment » (Gaymard, 2021, p. 70).

« Un groupe social qui vit dans un monde d'objets sociaux se retrouve à un moment donné confronté à un événement non-familier, qui menace l'identité du groupe. Cela va susciter la recherche d'une adaptation matérielle et symbolique collective » (Gaymard, 2021, p. 71). Les représentations sociales naîtraient donc du groupe qui essaie de s'adapter en société pour continuer d'exister face à un élément nouveau. Qu'en est-il alors des représentations de la maladie mentale ?

2.2. Les représentations sociales de la maladie mentale

Loin d'être un élément nouveau, la maladie mentale et ses représentations ont longuement évolué au cours de l'histoire. Pendant longtemps, le terme employé est celui de la folie, elle est présentée comme une « maladie particulière ... châtiment des dieux ... toujours le résultat d'un déséquilibre engendré par un mauvais commerce entre l'âme et le corps, ce qui est considéré par les philosophes de l'époque comme une faute morale. » (Absil, 2015, p. 12). L'individu est donc jugé responsable de son état et le mérite. Ce n'est qu'à partir de la Renaissance où les pensées commencent à évoluer, la folie est maintenant « une maladie de l'âme, elle est déraison » (Descartes, 1992, cité par Absil, 2015, p. 27). Cependant, la seule réponse à cette déraison est l'enfermement et la mise à l'écart de la société en même temps que les personnes dangereuses (Absil, 2015). Le début du XIXème siècle est un tournant « Pour la première fois, on va tenter véritablement de soigner les insensés. » (Absil, 2015, p. 34). D'après le Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale (2009), ce n'est qu'au XXème siècle que les premiers traitements sont mis en place.

Si la prise en soin des personnes atteintes de troubles psychiatriques à évoluer au cours de l'Histoire, les représentations associées ont néanmoins plus de difficultés à se modifier. En effet, « Gestes violents, meurtres et incestes sont attribués à la maladie mentale. Tout fonctionne comme si ce qui n'est pas moralement admissible pour un être humain, était réservé à l'être "fou". » (Girard, 2007, p. 848). Ce phénomène peut s'expliquer par l'histoire de la spécialité, car pendant un temps- là norme consistait précisément à maintenir l'ordre dans la société en éloignant les éléments perturbateurs. Cependant, d'après Girard (2007), aujourd'hui la psychiatrie est considérée comme une discipline médicale légitime, néanmoins cette discipline reste mise à l'écart tout comme beaucoup de ses patients.

D'après Roelandt et al. (2022), l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalité » menée en France Métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer à été menée afin d'étudier les représentations sociales du "fou", "malade mental" et du "dépressif". Hormis quelques spécificités par territoire, les résultats sont plutôt unanimes. Le "malade mental" se voit attribuer l'image de déficient intellectuel, capable de violence dirigée contre lui ou les autres. De plus l'inceste, le viol ainsi que le délire lui sont davantage attribué. De plus, alors qu'en France métropolitaine 74% des personnes interrogées pensent que les "malades mentaux" devraient être dans l'obligation de soins, seulement 47% des interrogés estiment une possibilité de guérison. En effet, « L'irresponsabilité ... L'incurabilité ... La dangerosité » (Cervello, 2020) sont les caractéristiques les plus souvent attribuées aux personnes atteintes de pathologies mentales.

« Concernant les représentations, contrairement à celles d'autres maladies, la folie se situerait dans « l'être » plutôt que dans « l'avoir ». On dit des pensionnaires qu'ils n'ont pas de maladie mais qu'ils sont malades. » (Galand & Salès-Wuillemin, 2009). Serait-ce alors la différence avec une pathologie

somatique, si nous sommes la maladie, nous ne pouvons pas guérir de qui nous sommes. D'autres raisons expliquent ces représentations, d'après Scotto (2014):

Les gens ont peu d'informations sur un sujet, donc ils en ont peur. Or ce sont des maladies comme les autres, note le professeur Leboyer. Les médias véhiculent souvent des événements négatifs qui associent la maladie mentale à la violence. Or ces cas-là sont très rares et à chaque fois amplifiés.

De cette peur et cette méconnaissance peut découler la stigmatisation des personnes atteintes de maladies mentales.

2.2.1. La stigmatisation

D'après le Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH] (2024), « La stigmatisation est un comportement négatif fondé sur des stéréotypes à propos de personnes ayant une maladie donnée ... La stigmatisation découle souvent de la peur ou de l'incertitude générée par l'incompréhension. ». De plus, « La stigmatisation réfère aux attitudes, croyances ou comportements négatifs à l'égard d'un groupe de personnes en raison de leur situation personnelle. Elle inclut la discrimination, les préjugés, le jugement et les stéréotypes » (Gouvernement du Canada, 2023)

La stigmatisation a de nombreux impacts sur la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales: « La stigmatisation retarde l'accès à des soins, impacte l'estime de soi, réduit l'accès au logement, à l'emploi, aux loisirs et altère les relations sociales. » (Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'azur, 2023). D'après Caria et al. (2012), « C'est un fardeau qui s'ajoute aux symptômes des pathologies ».

Nous allons maintenant aborder le thème de la prise en soin des personnes atteintes d'une maladie mentale.

3. Prendre soin d'un patient en soins généraux atteint d'une maladie mentale

3.1. Prendre soin

3.1.1. Soigner et prendre soin

Si d'après la Haute Autorité de Santé (2006), « Soigner consiste à traiter la maladie, compenser un déficit dans une démarche technique pertinente et validée », le «prendre soin»:

Vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne. Le « prendre soin » nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion, afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation.

« Prendre soin de quelqu'un, c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation de soins qui lui est particulière, et ce dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé » (Hesbeen, 1999)

Prendre soin, c'est donc aller au-delà de soigner, « mettre plus de soin dans les soins » (Hesbeen, 2017). Il est alors possible de comprendre qu' « il ne suffit pas de bien faire les soins requis par une personne pour prendre soin d'elle » (Hesbeen, 2017). Chaque prise en soin est différente notamment, car la pathologie est différente, mais surtout par l'individualité de prise en soin.

3.1.2. Prendre en soin la personne atteinte d'une maladie mentale

« La pratique psychiatrique ne peut se réduire ni à une pratique médicale (appuyée sur une clinique du symptôme), ni à une pratique psychanalytique (adossée à une clinique du sujet). Elle est une clinique de l'homme malade.» (Hardy-Baylé, 2006). De plus, malgré l'importance de la prise en soin au niveau psychiatrique, il est important de ne pas négliger la prise en soin somatique pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, la prise en soin « doit intégrer une dimension somatique. L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux est inférieure de vingt ans à celle de la population générale, en partie en raison des nombreuses comorbidités et des effets secondaires des traitements.» (Milon, 2012, p. 26)

La difficulté de la prise en soin en psychiatrie repose sur toutes les questions sans réponse devant être surmontée dans le but de prendre une décision dans le cadre de la prise en soin. Nombre de ces questions sont posées par Hardy-Baylé (2006) « Qu'est-ce qui guide nos prises de décisions ? Quels attendus peut-on se fixer avec ce patient ? À quel degré d'amélioration peut-on légitimement prétendre...? Quel degré de preuves avons-nous pour proposer tel suivi ?».

Bien que la prise en soin en psychiatrie pose énormément de questions, la formation des infirmiers est de plus en plus généralisée, d'après Villeneuve (2020), le 12 mai 1969, un arrêté nomme pour la première fois le métier d'infirmier en psychiatrie, la formation comprend clinique, sémiologie et histoire avec 1376 heures dédiées à la psychiatrie adulte et enfant. En 1992, la fusion des diplômes infirmiers fait que l'enseignement de la psychiatrie ne correspond plus qu'à 400 heures de formation. Depuis la réforme de 2009, la formation infirmière ne comprend plus qu'entre 80 et 100 heures dédiées à la psychiatrie, malgré la réforme, le prendre soin est toujours partie prenante du rôle infirmier.

3.1.2.1. Rôle infirmier

Les infirmiers « ont la vocation d'assurer des soins préventifs, curatifs et de réinsertion, afin de rétablir l'intégrité psychique et physique du patient et de lui donner les moyens de résoudre ses difficultés » (GRIEPS, 2021)

L'infirmier travaille avec différents acteurs de santé, il a pour rôle la programmation des soins, il s'assure de l'observance du patient, il favorise son autonomie. Le but des traitements étant le retour en société du patient à travers des activités ou ateliers, il accompagne le patient et ses proches dans la compréhension de la pathologie et de ses conséquences quotidiennes. (Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention [USSAP], 2021). En effet, l'infirmier est tenu de « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social » (Art. R4311-2 du Code de la Santé Publique du 08 Août 2004). Si l'infirmier est un professionnel de santé avec un rôle et des missions, il est également un individu dans la société lui aussi soumis aux représentations sociales.

3.2. Impact des représentations sociales dans le prendre soin

3.2.1. L'individu et la collectivité

Si les représentations sociales sont le résultat de représentations collectives partant de l'individu pour arriver à un consensus, qu'en est-il alors de la place de l'individu dans ses représentations ? Une partie de l'individu peut être retrouvée dans la représentation sociale. Selon Cohen-Scali & Moliner (2008), un consensus n'est possible uniquement lorsque des idées similaires sont partagées. Cependant, si les représentations sociales naissent des représentations individuelles et se les approprient, comment les individus s'approprient-ils les représentations sociales ? De plus, les représentations sociales n'épargnent personne, nous sommes tous susceptibles d'avoir des représentations sociales, même les soignants.

3.2.2. Les représentations sociales du soignant

« Les individus baignent ensemble dans une société qui véhicule des croyances, des normes, des valeurs, etc. face auxquelles ils construisent des représentations sociales sur des objets sociaux. PS [Professionnels de Santé] et NPS [Non Professionnels de Santé] partageraient-ils certaines de ces représentations ? » (Jeoffrion, 2009). Cependant, si les représentations sociales sont identiques chez les soignants et non soignants, on peut imaginer les conséquences de celles-ci. Si les professionnels de santé pensent que les personnes atteintes de pathologies mentales sont dangereuses ou incurables, qu'en est-il de leur prise en soin ?

Afin de prévenir les représentations sociales et leurs comportements associés, la profession infirmière est régie tout comme la profession médicale par un code de déontologie. D'après l'Article R4312-11 du Code de la Santé Publique du 25 Novembre 2016:

L'infirmier doit écouter, examiner, conseiller, éduquer ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient, notamment, leur origine, leurs mœurs, leur situation sociale ou de famille, leur croyance ou leur religion, leur handicap, leur état de santé, leur âge, leur sexe, leur réputation, les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ou leur situation vis-à-vis du système de protection sociale. Il leur apporte son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne prise en charge.

Un véritable travail du soignant doit donc être réalisé afin de bien vivre les prises en soins.

3.3. Intelligence émotionnelle du soignant et vécu du soignant

Pour Wranik-Odehnad & Grandjean (s.d) l'intelligence émotionnelle ou compétences émotionnelles sont:

La capacité d'utiliser ou «d'instrumentaliser» (au sens d'outils) ses émotions et celles des autres dans certaines situations, afin d'atteindre et de réaliser ses objectifs. Ces compétences permettent à l'individu, en dehors de son intelligence dite cognitive ou traditionnelle ou de ses compétences sociales (par exemple, la capacité à être empathique), d'être plus adéquat dans des situations délicates ou des problématiques données en fonction de ses propres buts.

Ce concept est perçu comme relativement complexe, l'intelligence se définissant comme quelque chose de rationnel contrairement aux émotions (Wranik-Odehnad & Grandjean, s.d).

L'utilisation de l'intelligence émotionnelle est indispensable dans l'exercice de la profession infirmière, « Pour faire face aux situations cliniques difficiles sur le plan moral ..., il est jugé essentiel de pouvoir éprouver des émotions et établir des rapports à la fois éthiques et significatifs avec les personnes en détresse » (Truc et al., 2009). De plus, « Dans le contexte de la pratique infirmière, le travail émotionnel est précédé des expériences de travail et en subit les influences, et est plus susceptible d'être accompli par des infirmières chevronnées » (Truc et al., 2009). Ce travail d'intelligence émotionnelle serait donc favorisé avec l'expérience.

Cependant, dans la relation de soin, les infirmiers sont libres d'exprimer ce qu'elles veulent bien montrer, d'après (Truc et al., 2009):

Nous partons du principe que le personnel infirmier pose en milieu de travail des gestes délibérés. Les infirmières disposent d'une conscience autonome et individuelle ... qui contribue à façonner leur comportement et environnement. Durant les rapports patient-infirmière, elles font preuve d'agencité (c.-à-d. volonté et responsabilité personnelle) dans l'expression de leurs émotions superficielles ou profondes .

D'après Truc et al., 2009, deux types de travail émotionnel se distinguent, le travail superficiel et le travail en profondeur, le travail superficiel consiste à montrer des émotions qui sont en accord avec celles du patient même si elles ne sont pas sincèrement ressenties par le soignant. Le travail en profondeur permet de créer un lien avec le patient. Cependant, le véritable travail émotionnel dans le cadre de la profession infirmière consiste à montrer des émotions en accord avec le rôle professionnel tout en veillant à ce qu'elles soient alignées à celles du patient. Dans le cas contraire, la relation vient à manquer d'authenticité. Cette intelligence émotionnelle va permettre au soignant de créer une relation de soin se basant sur les compétences relationnelles du soignant.

3.4. Les compétences relationnelles

Les compétences relationnelles sont au cœur de la profession infirmière et ce dès la formation. En effet, l'obtention du diplôme d'infirmier d'Etat est régie par un référentiel d'activité et de compétences, la compétence 6 « Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins » (Référentiel de compétences du diplôme d'état infirmier de 2009). « La dimension relationnelle du soin correspond aux échanges verbaux et non verbaux que nous avons avec le patient lorsque nous sommes en contact avec lui. » (Menaut, 2009). Le développement des compétences relationnelles va s'appuyer sur la progression des savoirs, des pratiques ainsi que du développement de l'attitude, c'est-à-dire du savoir-être de la personne. (Persais, 2004).

3.5. La relation de soin

3.5.1. La relation de confiance

« La confiance fait partie de ces concepts qui entretiennent avec chacun d'entre nous une étrange familiarité difficile à exposer rationnellement. Notion fuyante se manifestant par son absence, elle demeure insaisissable quand elle existe. » (Lagarde-Piron, 2016).

D'après Santin (2009), « L'étymologie du mot confiance signifie « foi en quelque chose, en quelqu'un ». Se fier à, car il s'agit bien de cela : se fier à un autre, à l'inconnu, se confier pleinement. ».

La confiance est cependant fondamentale dans la prise en soin, « il n'y a pas de soin possible sans confiance. La relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance.» (Lagarde-Piron, 2016).

Malgré tout, la notion de confiance qui semble incontestable n'est pas aussi simple à obtenir, d'après Sureau (2018):

La relation de confiance est une expression souvent utilisée par les soignants, au point qu'elle semble évidente. Une réflexion est cependant nécessaire afin de construire une relation de

soin fiable, authentique et éthique. En effet, la confiance ne se décrète pas. Elle suppose une réciprocité, un choix engagé de la part du soignant comme du patient.

D'après Santin (2009):

Donner sa confiance au soignant, c'est accepter la démarche clinique, permettre à ce même soignant de travailler.

Accorder sa confiance au malade, c'est entre autre, comprendre sa demande de soins, la respecter. Demander la confiance du malade sans lui donner la sienne serait pernicieux et délétère à cette relation fragile.

3.5.2. La relation soignant/soigné

« La relation soignant-soigné et qui, d'une certaine façon, permet de résoudre la question de la confiance, de montrer sa nécessaire réciprocité, mais aussi celle de l'engagement du soignant et du malade » Sureau (2018).

D'après De La Tribonnière (2016), « La relation soignant-soigné est une rencontre singulière, imprévisible, asymétrique et inégale. Elle se construit autour d'un double langage particulièrement complexe, celui du corps et de la parole.». Selon De La Tribonnière (2023), le modèle d'une relation patriarcale est aujourd'hui considéré comme dépassé, le soignant n'est plus seul décisionnaire. Le patient est placé au centre de sa prise en soin, la relation est un partenariat entre le soignant et le soigné, la bienveillance et l'empathie sont des clés favorisant l'expression du patient, le respect mutuel permet l'alliance thérapeutique.

Dispositif méthodologique du recueil de données

1. La forme de l'outil

Ce guide d'entretien élaboré pour interroger des professionnels de santé est constitué afin de réaliser un entretien semi-directif. Il aborde diverses thématiques à travers l'expérience quotidienne du professionnel sur le terrain. Les questions sont ouvertes et permettent aux professionnels de s'exprimer comme ils le souhaitent. Il contient également des questions plus précises, au besoin afin d'orienter le professionnel sur un sujet sans pour autant qu'il y ait de biais dans ses réponses.

2. Les objectifs du guide d'entretien

Les différents thèmes abordés dans le cadre théorique tels que le patient atteint d'une pathologie mentale, les besoins de ces patients lorsqu'ils sont hospitalisés en soins généraux ou encore les représentations sociales de la maladie mentale ont permis de fixer 8 objectifs. Ces objectifs ont été formulés lors des entretiens à travers 11 questions ainsi que des questions de relance pour faciliter les réponses du professionnel.

3. La population interrogée

Ma question de départ abordant la question de l'hospitalisation en soins généraux de patients atteints de pathologie mentale, j'ai choisi d'interroger deux infirmières travaillant en soins généraux, en service de soins somatiques. De plus, je souhaitais que les infirmiers aient déjà pris en soins des patients atteints d'une pathologie mentale lors d'une hospitalisation en soins généraux. Les deux infirmières interrogées travaillent en service de chirurgie digestive et sont diplômées depuis moins de 2 ans.

4. Organisation de la réalisation des entretiens

J'ai rencontré des difficultés à rencontrer des professionnels travaillant en soins généraux et acceptant de réaliser des entretiens. Les infirmiers me répondant exerçant soit en libéral ou en service de psychiatrie et ne correspondant donc pas à mes critères de population. J'ai ensuite essayé de poster un message sur divers groupes internet où je n'ai pas obtenu de réponses positives. Je n'avais pas gardé de contact avec des infirmiers de mes stages précédents, je n'avais donc pas de moyens de les contacter. Finalement, une amie de l'institut de formation était en stage en service de chirurgie digestive durant le mois de février 2024 et c'était bien entendu avec une des infirmières. Avec son accord, je l'ai alors contactée. Je lui ai alors présenté le thème de mon mémoire et elle s'est tout de

suite montrée disponible. Nous avons alors convenu d'un entretien dès le lendemain. Il s'est déroulé en visioconférence avec google meet. Cette infirmière a proposé de demander à ses collègues de service si elles étaient intéressées pour réaliser un entretien. L'une d'elles a accepté et nous avons ensuite convenu d'un entretien en visioconférence également. Les deux entretiens ont été enregistrés sur mon ordinateur avec l'accord des infirmières.

5. Bilan du dispositif

Initialement, je souhaitais interroger des professionnels avec des expériences professionnelles différentes qui auraient pu travailler depuis plus ou moins longtemps. Cependant, j'ai pu observer que bien que les deux professionnelles interrogées soient diplômées depuis moins de deux ans, leurs réponses étaient riches pour par la suite analyser les entretiens.

De plus, notamment lors du premier entretien, j'ai ressenti des difficultés à mener à bien l'échange. En effet, ce n'est pas un exercice facile et j'avais l'impression que les réponses n'étaient pas en adéquation avec mon sujet de recherche. Néanmoins, lors du deuxième entretien, j'ai eu la sensation d'avoir mieux dirigé le questionnaire.

L'analyse descriptive des entretiens

A la suite de mes entretiens, j'ai pu organiser les propos des professionnels en m'appuyant sur mes objectifs précédemment définis, je vais maintenant pouvoir analyser le contenu de mes entretiens.

1. Le patient atteint d'une pathologie mentale hospitalisé en soins généraux

1.1. La maladie mentale

1.1.1. Définition

Tout d'abord, les deux infirmières mettent en avant la complexité de définir ce qu'est la maladie mentale « je ne saurais pas trop comment expliquer » (IDE 1), « je ne sais pas ce que l'on définit quand on parle de trouble mental » (IDE 2). Cependant, l'IDE 1 met en lumière le caractère invisible de la pathologie: « un patient atteint de maladie mentale, c'est un patient atteint d'une pathologie... non visible à l'œil ». Elle évoque également la notion de temporalité de la pathologie, « Je sais que certaines pathologies psychiatriques aussi peuvent être passagères, mais ça ne représente pas l'intégralité des pathologies », elle ajoute ensuite que la population touchée est vaste, en effet, « elle peut toucher tout le monde » (IDE 1). Malgré leurs difficultés à définir ce qu'est la maladie mentale, les deux infirmières donnent les mêmes exemples de pathologies « dépression » (IDE 1), « troubles bipolaires ou la schizophrénie » (IDE 2). De plus, les deux professionnelles mettent en avant certaines conséquences de la maladie mentale pour le patient.

1.1.2. Conséquences

L'IDE 2 évoque l'invalidité causée par la pathologie. Les deux infirmières caractérisent également la chronicité de la pathologie avec notamment des phases de stabilité et de décompensation, « il était équilibré », « j'ai vu des patients qui décompensaient », « je sais que certaines pathologies psychiatriques aussi peuvent être passagères, mais ça ne représente pas l'intégralité des pathologies » (IDE 1). Les traitements sont également largement évoqués par les deux infirmières et résultent eux aussi de la pathologie.

1.1.3. Traitements

Tout d'abord l'IDE 1 décrit des traitements devant être appropriés à la maladie « traitements adaptés à la pathologie ». Elle insiste sur la place du traitement « les prescriptions de traitements sont extrêmement importantes surtout pour des patients ayant des pathologies mentales », elle parle également de « traitements lourds et importants ». Les deux infirmières évoquent l'importance de l'observance thérapeutique, « la bonne prise des traitements », « équilibrés de par leurs traitements »

(IDE 1), « Et surtout réussir à donner les traitements, les avoir bien comme il faut pour pas qu'il y ait de rupture thérapeutique » (IDE 2).

Après avoir défini la maladie mentale, les infirmières s'intéressent maintenant plus précisément aux patients et notamment à leurs besoins.

1.2. Les besoins du patient

Les infirmières ont mis en avant divers besoins des patients atteints de pathologie mentale, mais premièrement, elles décrivent l'universalité des besoins, « Je pense que les besoins sont les mêmes en soins généraux ou en service de psychiatrie » (IDE 2). Malgré tout, l'IDE 1 évoque des besoins supplémentaires pour les patients atteints de maladies mentales « plus qu'un patient ordinaire ». Elles décrivent ensuite des besoins spécifiques.

Les deux infirmières sont d'accord pour mettre en avant le besoin **d'écoute** du patient. Mais également celui d'avoir du **temps** à accorder au patient « il y a besoin de plus de temps » (IDE 2), la notion de temps revient 27 fois lors des entretiens. Le besoin de **compréhension** est également mis en avant, l'IDE 1 explique l'importance pour les patients de comprendre les soins, l'IDE 2 quant à elle exprime la nécessité pour le patient d'avoir des **explications** sur ses soins.

De plus, l'IDE 1 explique le besoin pour ces patients atteints de pathologies mentales d'avoir de **l'intimité**, « C'est des patients ... qui généralement ont besoin d'être en chambre seule car ils ont besoin d'intimité », mais également d'avoir la présence de leur **entourage** « on autorise plus facilement qu'un accompagnant reste dormir ».

Les deux professionnelles mettent en avant le **sentiment d'immuabilité** nécessaire pour ses patients, avec premièrement le **besoin de continuité des soins** « maintenir un suivi auprès du patient », « ça permet de garder un certain équilibre pour le patient » (IDE 1). En lien avec le sentiment d'immuabilité, les infirmières décrivent ensuite le besoin de **ritualisation** du patient, « patients avec des pathologies mentales qui ont leurs propres habitudes » (IDE 1), « besoin d'avoir une **routine**, je pense que c'est très important suivant la pathologie, d'avoir des habitudes, de voir les mêmes soignants » (IDE 2). Enfin, les infirmières décrivent le besoin de **confiance** du patient, « j'essaie de leur expliquer l'intégralité de mes gestes », « je leur montre que c'est normal d'avoir des questions » (IDE 1). Cependant, malgré ces besoins, l'IDE 1 admet qu'il est parfois **difficile** de répondre aux besoins des patients. Cette difficulté peut parfois avoir des répercussions sur le vécu de sa prise en soin par le patient.

1.3. Le vécu du patient

Lors de sa prise en soin, le vécu du patient est une composante essentielle de son hospitalisation. Cependant les deux infirmières s'accordent à dire que les prise en soin peuvent être

difficiles à vivre pour le patient d'un point de vue émotionnel décrivant ainsi des « situations qui peuvent être particulièrement angoissantes » (IDE 1). De plus l'hospitalisation et les réactions des soignants « peut engendrer du stress pour le patient », « ils peuvent se sentir en insécurité, ça peut installer un mal-être qui à terme peut s'extérioriser par de l'agressivité ou la dégradation de la relation soignant-soigné » (IDE 2).

Après avoir exploré la définition de la maladie mentale et les différents besoins d'une personne atteinte de maladie mentale, nous allons maintenant nous intéresser aux différentes représentations qu'ont les soignants de la maladie mentale.

2. Les représentations sociales de la maladie mentale

2.1. Les représentations de la maladie mentale dans la société

Lors des entretiens, des représentations ont pu être mises en évidence. Tout d'abord, les deux infirmières relèvent un **manque de connaissances** concernant les pathologies mentales dans la société, « les gens sont très mal informés » (IDE 2), « dans la société ça n'a quand même pas une très belle image », « ça renvoie une image de **danger** dans les faits divers » (IDE 1). Les deux professionnelles s'accordent à dire que le manque de connaissances est également présent chez les soignants « ça ne parle pas à tout le monde » (IDE 1), « on manque de connaissances » (IDE 2).

À travers ces représentations l'IDE 2 définit la maladie mentale « Pour moi la maladie mentale, c'est un peu comme un cancer mais des pensées, c'est un peu la même chose ».

De plus, la maladie mentale est également banalisée « des personnes dépressives, il y en a quand même beaucoup surtout en chirurgie digestive si les gens ont des cancers forcément niveau moral c'est normal que ça n'aille pas trop » (IDE 2).

Si les infirmières s'accordent à dire qu'il y a des représentations de la maladie mentale dans la société, ses représentations sont également présentes parmi les soignants.

2.2. Les représentations de la maladie mentale chez les soignants

2.2.1. Représentations

Lors des entretiens, des représentations ont pu être mises en évidence qu'elles soient positives « ne pas avoir d'aprioris » (IDE 2), ou négatives « souvent on rentre dans la chambre avec des aprioris » ou encore les soignants ont l'image de « patients demandeurs, qu'ils vont beaucoup sonner, qu'on va devoir passer beaucoup de temps avec eux » (IDE 1). L'IDE 2 évoque également des

représentations négatives « C'est très péjoratif », « On pense directement aux contentions », « on a l'image de personnes folles, dangereuses », « beaucoup de violence ».

Les représentations des soignants ont des conséquences sur leurs prises en soin « nous soignants on part avec beaucoup d'aprioris » (IDE 1).

Ces représentations, qu'elles soient positives ou non, ont une origine spécifique, c'est ce que nous allons tenter d'explorer.

2.2.2. Emergence des représentations

Les deux infirmières s'accordent pour trouver des causes à ses représentations, l'IDE 1 déclare « C'est peu connu donc ça fait peur », « j'ai entendu beaucoup d'histoires tragiques où les patients décèdent d'une cause liée à leurs contentions », elle ajoute « je pense que c'est des patients qui déjà dans les services conventionnels sont assez incompris ». L'IDE 2 évoque quant à elle la vie avant la profession « je pense que c'est l'image qu'on a avant de rentrer à l'école aussi », « véhiculée dans les films et dans les médias ». Ces représentations ont ensuite un retentissement sur les émotions des soignants.

2.2.3. Emotions

Ces différentes représentations, qu'elles naissent à travers le bouche à oreille ou à travers la fiction ou les médias provoquent différentes émotions aux soignants, premièrement de l'appréhension « Nous nous disions que nous allions devoir lui expliquer beaucoup de choses, nous nous sommes dit que la patiente allait sûrement être demandeuse » (IDE 1). « Même si c'est vrai que j'appréhende la communication et une décompensation dans le service, car on n'a pas de ressources à notre disposition ». L'IDE 2 évoque également cette notion « en espérant qu'il ne sera pas agité, qu'il ne sera pas violent ».

Au-delà de l'appréhension les soignantes évoquent également de la peur, l'IDE 1 se dit plus craintive, que certaines pathologies l'effraie, l'IDE 2 admet la crainte au nom de toute l'équipe « Un patient atteint d'une pathologie mentale ça fait peur aux équipes ». Cette notion de peur revient 8 fois lors des entretiens.

Les représentations sociales ont donc un retentissement sur nos émotions. Cependant, malgré ce processus individuel, les représentations sociales sont avant tout issues d'un processus collectif.

2.3. Dynamique de groupe

L'IDE 2 met en avant la dynamique de groupe du processus, ce n'est pas un seul soignant mais tout le groupe qui en vient à avoir des représentations, « les équipes ça arrive qu'elles se

braquent », « pas parce qu'on ne veut pas les prendre en charge mais la façon dont le service fonctionne, c'est comme ça ».

Après avoir identifié les représentations sociales de la maladie mentale qu'ont les soignants nous allons maintenant explorer la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales lorsqu'elles sont hospitalisées en soins généraux.

3. Le prendre soin des personnes atteintes de pathologies mentales hospitalisés en soins généraux

3.1. Généralités

3.1.1. Conception du soin

Dans cette partie les infirmières évoquent leur conception du soin et de leurs prises en soins personnelles, l'IDE 1 considère prendre en soins les patients atteints de pathologies mentales de la même manière que les patients qui n'en ont pas, elle dit prendre en soins les patients dans leur globalité. Cependant, l'IDE 1 admet qu'en fonction de la pathologie une légère différence peut être faite. Pour l'IDE 2 toute la partie psychiatrie est mise de côté, « le patient peut parfois être réduit à sa pathologie », en effet elle relate qu'elle « n'a pas l'impression de prendre le patient dans son intégralité » et admet comme l'IDE 1 que la prise en soin dépend de la pathologie et que « l'approche est totalement différente surtout dans les soins ».

Bien que cette conception du soin soit plutôt propre à chacun, des compétences sont néanmoins nécessaires à la prise en soin des personnes atteintes de maladies mentales.

3.1.2. Compétences requises

Les deux professionnelles se rejoignent pour admettre l'importance de certaines compétences afin de prendre en soins les patients atteints de pathologies mentales, « Ce n'est pas trop mon domaine », « on est quand même beaucoup moins à l'aise là-dessus » (IDE 1), pour l'IDE 2 « Il y a des personnes qui sont plus ou moins à l'aise avec les maladies mentales ». En plus des compétences, des connaissances sont également identifiées par les infirmières comme primordiales à la prise en soin des patients.

3.1.3. Connaissances

Si des connaissances sont nécessaires aux prises en soin, elles sont jugées incomplètes par les soignantes, « on a quand même des cours lors de la formation initiale mais c'est rapide, ce sont les grandes lignes » (IDE 1), l'IDE 2 est en accord avec ses propos « le module de la formation est

intéressant mais ça ne correspond pas au terrain », « on n'a pas toutes les clés pour répondre à leurs besoins ».

En plus des connaissances théoriques, les connaissances pratiques sont également jugées faibles, d'après l'IDE 1 « si on ne fait pas de stage réellement en service d'admission de psychiatrie on ne peut pas mettre en lien ».

Si les infirmiers se doivent d'avoir des connaissances et des compétences, ils ont également un rôle bien défini.

3.2. Rôle infirmier

3.2.1. Continuité des soins

La prise en soin des patients atteints de pathologies psychiatriques et hospitalisés en soins généraux se fait ressentir par le rôle infirmier, en effet, il est du ressort de l'infirmier de s'assurer de la continuité des soins, « On maintient les traitements prescrits » (IDE 1), elle admet cependant que la prise en soin consiste surtout à maintenir l'état des patients, « on ne met rien en place pour ces patients contrairement à ce qu'ils pourraient voir en hôpital psychiatrique », « Il n'y a pas d'ateliers ». Outre la continuité des soins, la relation de soin est une composante essentielle de la prise en soin des personnes atteintes de maladie mentale, il semble donc impensable de ne pas identifier les soins relationnels comme un aspect incontournable du rôle infirmier.

3.2.2. Soins relationnels

Les deux infirmières décrivent l'importance des soins relationnels et du rôle de l'infirmière dans la prise en soin des patients, « on essaie d'avoir un peu de relationnel même si ce n'est pas toujours évident », « le soin relationnel c'est très important » (IDE 2).

Les soins relationnels enveloppent toute une partie du rôle infirmier, tout d'abord, la **communication**, l'IDE 1 raconte comment se manifeste cette communication dans ses soins « j'essaie de passer régulièrement dans la chambre », « discuter, parler, poser des questions », « J'essaie de retenir ce que les patients me disent et quand je les revois plusieurs jours d'affilé, j'essaie de leur parler de choses qu'ils m'ont dit, je m'intéresse à eux ».

Les infirmières attachent également beaucoup d'importance à apporter des **explications** au patient « S'ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait ça peut être très angoissant » (IDE 1), « pouvoir leur expliquer tout ce qu'on leur fait » (IDE 2).

L'écoute active est décrite comme similaire pour tous les patients, c'est peut-être car il s'agit d'une notion fondamentale du prendre soin, « L'écoute active est la même pour un patient ayant une pathologie psychiatrique et un autre patient généralement » (IDE 1).

Si les soins relationnels sont indispensables aux différentes prises en soin, ils s'inscrivent dans des relations de soins parfois différentes.

3.2.3. La relation de soin

Il existe plusieurs types de **relations de soins**, l'IDE 2 décrit la relation soignant-soigné comme une « relation très particulière », avec « le soignant avec la blouse qui représente l'autorité et le patient qui peut-être dans une position inférieure du fait de son état, c'est une relation qui n'est pas égale ».

Les deux infirmières parlent également de la relation de confiance, cette fois l'IDE 2 la décrit comme une relation où les acteurs sont sur un « pied d'égalité ». Cette relation, pour fonctionner, nécessite la volonté des deux partis, « il faut que ça aille dans les deux sens, il faut que le patient s'investisse aussi » (IDE 1). Le soignant met le patient au cœur de la prise en soin « j'essaie d'installer un climat de confiance pour qu'ils puissent s'exprimer librement et qu'ils n'hésitent pas à m'interpeller à la moindre question » (IDE 1), « on le considère en tant que personne et pas comme malade » (IDE 2). Cette confiance que le soignant essaie d'instaurer semble alors indispensable au bon déroulé de la prise en soin, « les patients n'ont pas confiance pour se livrer » (IDE 1), « il peut être plus libre de poser des questions, il est plus détendu » (IDE 1). Les deux professionnelles confient que l'approche relationnelle du patient est propre à chacun, « en fonction d'avec qui j'étais l'approche n'étais pas du tout la même » (IDE 1), « Le contact passe mieux avec certaines personnes » (IDE 2).

Cette relation **nécessite des compétences**, « connaître aussi les différentes approches à avoir, le relationnel » (IDE 1), « ça demande une certaine technicité pour réaliser un bon entretien d'aide » (IDE 2). Il est également important de savoir évaluer les limites de la communication « ça ne sert à rien d'insister, au contraire ça ne peut parfois qu'envenimer une situation » (IDE 1).

Cependant, ces compétences doivent souvent être remobilisées « on peut remobiliser certaines choses mais c'est comme tout, ça se travaille » (IDE 2).

Afin de veiller au bon fonctionnement de la relation et donc de la prise en soin, il est nécessaire d'avoir le temps, « il faut prendre le temps » (IDE 2), lors des deux entretiens, le champ lexical du temps est compté 27 fois.

Enfin, la relation de soin implique de connaître le patient « sans connaître les antécédents c'est difficile » (IDE 2).

Dans son exercice quotidien, l'infirmière **collabore** avec de nombreuses personnes qu'il s'agisse des autres professionnels de santé « contacter le médecin pour savoir comment adapter le traitement » (IDE 1) ou avec l'entourage « Que les proches du patient puissent être présents le plus possible, c'est aidant pour nous comme pour le patient » (IDE 1), cette collaboration permet une prise en soin optimale des patients.

Peut importe la relation de soin existant avec le patient, certaines compétences se doivent d'être les mêmes, c'est le cas de la capacité de l'infirmier à savoir évaluer l'état psychique du patient.

3.2.4. Evaluation de l'état psychique du patient

Il est du rôle infirmier de savoir identifier l'état psychique du patient, sans pour autant poser de diagnostic l'infirmier doit être en capacité d'observer le patient « l'observation clinique, c'est très important » (IDE 2) et au moins de « savoir évaluer le risque de crise ou de décompensation » (IDE 1). Si être en capacité de réaliser cette évaluation est indispensable, une autre notion clé du rôle infirmier est sans aucun doute la capacité d'adaptation dont doivent faire preuve les infirmiers.

3.2.5. L'adaptation, la clé de la prise en soin du patient ?

Afin de garantir la meilleure prise en soin possible au patient, le soignant doit être en capacité d'adapter sa prise en soin, « adapter le réveil », « ça serait plutôt au soignant de s'adapter » (IDE 1). L'infirmière 2 est en accord avec ces propos « on va dans leur sens en s'adaptant dans la mesure du possible ». L'organisation des soins nécessite également d'être adaptée pour la bonne prise en soin des patients « on a dû bouleverser notre organisation pour le bien de la patiente » (IDE 1).

Cette notion d'adaptation de la part des soignants afin de garantir la meilleure prise en soin possible est une notion qui est souvent revenue lors des entretiens, en effet, elle revient 23 fois. Afin de prendre en soin le patient dans les meilleures conditions possibles, l'adaptation du soignant semble donc essentielle afin que le patient puisse bien vivre sa prise en soin. Cependant, s'il est important de prendre en considération le vécu du patient, nous allons maintenant nous intéresser à celui du soignant.

3.3. Le vécu du soignant

Les deux soignantes font ressortir d'abord de l'inconfort face à ces prises en soins « Je ne suis pas des plus à l'aise » (IDE 1), « on préférerait ne pas être là » (IDE 2). Encore une fois, les infirmières mettent en avant la complexité de ces prises en soins qui les affectent personnellement « on a une charge mentale différente », « c'est surtout du côté soignant qu'elles sont difficiles » (IDE 1). Lorsque les soignants se retrouvent exposés à cette difficulté, le vécu des professionnels n'en est que plus désagréable, « c'est surtout de la frustration », « quand ces patients sont violents ou irrespectueux, c'est irritant de s'occuper d'eux » (IDE 2). Au contraire lorsque les deux partis sont apaisés la prise en soin s'effectue de manière plus sereine pour tout le monde « Si le patient est bien, qu'il comprend ce qu'il se passe, qu'il est calme, la prise en soin somatique va être beaucoup plus

agréable que s'il nous crie dessus » (IDE 1). Afin de vivre au mieux ces prises en soin, les soignants ont tout de même de nombreuses ressources à leur disposition.

3.4. Les ressources du soignants

3.4.1. L'entourage et les patients

Différentes ressources s'offrent au soignant, tout d'abord, l'entourage « La famille ça peut être aidant dans certaines situations » (IDE 2), en effet, ils ont ce dont manque les professionnels, ils peuvent avoir les connaissances et le temps, « leur famille les connaît mieux que nous », « ils ont plus de temps » (IDE 1). Mais en plus de l'entourage les patients eux même sont source de ressources dans leurs prises en soins cependant cela nécessite de pouvoir échanger, « quand les patients sont stables » (IDE 2) il est alors possible de leur demander des renseignements « les patients qui parfois connaissent vraiment bien leurs pathologies » (IDE 1). Lorsque ceux-ci ne sont pas consultables pour les traitements, quelques ressources matérielles existent « on peut consulter le Vidal » (IDE 1). Si le patient ou l'entourage constituent des ressources incontournables pour les soignants, les connaissances théoriques des infirmiers sont un véritable atout dans les différentes prises en soin.

3.4.2. Les connaissances théoriques

Qu'il s'agisse de connaissances à destination du patient que les soignants aimeraient avoir à leur disposition « affiches explicatives concernant les opérations ou les maladies » (IDE 1), ou simplement des connaissances qu'ont les soignants « elle connaissait vraiment bien les pathologies, leurs caractéristiques et les différentes phases des pathologies » (IDE 1). Les connaissances des soignants sont indispensables et sont les premières ressources des soignants. De nombreux outils permettent aujourd'hui d'avoir accès à de nouvelles connaissances, une ressource possible afin d'acquérir ou de maintenir des connaissances est la formation des professionnels.

3.4.3. La formation

Les connaissances des soignants sont indispensables à la prise en soin des patients, mais la formation l'est tout autant, en effet, il s'agit là d'une ressource qui permet d'acquérir des connaissances et des compétences, cela les professionnelles l'ont bien compris « je n'ai jamais eu de formation contention typiquement et c'est quelque chose que j'aimerais bien » (IDE 1). Les connaissances personnelles des soignants sont de véritables ressources sur lesquelles s'appuyer en cas de besoin. En cas de doute, il est toujours possible de demander des conseils auprès de professionnels d'avantages qualifiés.

3.4.4. Collaboration pluridisciplinaire

Les deux professionnelles trouveraient intéressant d'échanger sur les prises en soins avec des professionnels de la santé mentale, ces professionnels pourraient rencontrer les patients « le passage même sur des hospitalisations de courte durée de psychothérapeutes ou autres » (IDE 1), « ça serait bien qu'ils puissent voir l'UMP [Unité Médico-psychologique], ou le CMP [Centre médico-psychologique] » (IDE 2). De plus, ces professionnels pourraient venir échanger lors de réunions d'équipe afin de permettre la meilleure prise en soin de ces patients « quand il y a des STAFF ou des décisions d'équipe, que quelqu'un vienne nous aider pour la prise en soin » (IDE 2). Si des professionnels d'autres spécialités peuvent s'avérer être un atout considérable à la prise en soin des personnes hospitalisées, l'équipe soignante contribue elle aussi à des prises en soin de qualité.

3.4.5. L'équipe: une ressource primordiale

La diversité des soignants composant l'équipe permet de déléguer certaines tâches pour le confort de tous « ce qui est bien c'est qu'on peut demander de l'aide aux collègues », « ils ont déjà travaillé en psychiatrie, ils peuvent apporter des solutions » (IDE 2).

L'organisation de l'équipe est également une ressource importante et nécessite la coopération de tous « il faut faire jouer la continuité des soins, que l'équipe se mette d'accord entre elles » (IDE 1).

De plus, lorsque des prises en soins posent question, s'appuyer sur ses collègues pour prendre du recul peut être important « je trouve ça bien de discuter avec les collègues des prises en soins pour expliquer certaines prises en soins, pour savoir comment eux ressentent ces prises en soins.» (IDE 2).

Nous l'avons vu, de nombreuses ressources sont à la disposition des soignants, les deux infirmières en évoquent une dernière indispensable aux prises en soin, il s'agit du temps.

3.4.6. Prendre le temps

Encore une fois, le temps est évoqué comme notion importante de la prise en soin. L'IDE 2 souligne que prendre le temps peut s'avérer une importante ressource à la prise en soin des patients.

Nous avons ainsi pu identifier différentes ressources à la prise en soin. Cependant, il est important de savoir identifier les limites pouvant venir s'immiscer dans les prises en soin.

3.5. Les limites de la prise en soin

3.5.1. Difficultés liées aux traitements

Si les traitements sont identifiés comme une composante importante de la maladie mentale avec des traitements importants, de nombreuses difficultés leur sont également associées. Tout d'abord un manque de connaissances « les médecins eux-mêmes ne s'y connaissent pas

suffisamment pour se risquer à modifier le traitement » et de la méfiance associée « il faut faire attention à tous les traitements » (IDE 1). De plus, la spécificité des traitements induit encore une fois une difficulté à la prise en soin, « ça arrive qu'il y ait des retards de traitement soit nous n'avons pas la prescription, soit il n'est pas délivré par l'hôpital, parfois ce sont des traitements très particuliers », « il a fallu trouver tous les traitements et on s'est retrouvés en difficulté » (IDE 1). Une autre difficulté est ensuite mise en avant, il s'agit là de la difficulté des soignants à faire face au changement.

3.5.2. La résistance au changement des soignants

Si nous avons vu précédemment que l'adaptation tenait une place centrale dans la prise en soin des patients, pour autant, les deux professionnelles notent une difficulté des soignants à mettre en place cette adaptation « ce n'est pas toujours facile de s'adapter au patient », « on est toujours un peu réticent », « on reste trop fixés sur nos habitudes » (IDE 1). L'IDE 1 propose plusieurs explications, « C'est pratique pour le soignant, mais pas pour le patient », « ça demande une charge de travail supplémentaire de devoir s'adapter, ça demande quand même de la volonté de la part des soignants » (IDE 1). Malgré ces difficultés, elle insiste sur la nécessité de l'adaptation « Il est important qu'on réussisse à modifier nos habitudes de travail ». Après avoir admis ressentir des difficultés à s'adapter, les infirmières identifient ensuite des obstacles pouvant rendre complexes les prises en soin.

3.5.3. Des difficultés lors de la prise en soin

Les soignantes relèvent des difficultés à répondre aux besoins des patients « Ils ont quand même plus de besoins souvent, ce n'est pas toujours évident » (IDE 1). Cette difficulté de satisfaction des besoins des patients peut s'expliquer par la prise en soin qui n'est pas toujours favorable aux patients « la prise en charge n'est pas adaptée ou ne l'est que rarement » (IDE 1), « On ne comprend pas correctement les patients » (IDE 2), en effet comment répondre aux besoins des patients si nous ne comprenons pas ce dont ils ont besoin. Face à cela, les soignants sont pris au dépourvu, « on se débrouille comme on peut, ce n'est pas toujours évident » (IDE 2). Si des difficultés sont propres à chacun, certaines limites sont communes à tous.

3.5.4. Les limites de l'institution et l'activité du service

Certaines difficultés de la prise en soin ne relèvent pas des compétences des soignants mais de l'organisation de l'institution « ce n'était pas possible pour le programme des opérations de s'adapter », « c'est sûr que ça n'est pas aussi idéal qu'en service adapté pour les pathologies psychiatriques » (IDE 1). De plus, la surcharge de travail ne facilite pas les prises en soins « Le service est constamment plein », « on a beaucoup de patients à charge » (IDE 1), « l'activité du service fait que

t'es pas en capacité de pouvoir » (IDE 2). En lien avec les limites de l'institution, le manque de ressources peut s'avérer être une véritable difficulté pour les soignants.

3.5.5. Le manque de ressources

Le manque de ressource est perçu par les soignants, « Nous n'avons pas de réelles ressources », « concernant les contentions ou les pathologies psychiatriques on n'a pas tant de ressources que ça » (IDE 1), en effet les professionnelles déclarent avoir peu de ressources dans tous les domaines « on n'a pas de ressources pour les traitements hormis parfois les médecins ou le Vidal » (IDE 2). Si davantage de ressources permettent aux soignants de réaliser des prises en soin dans de meilleures conditions, davantage de temps serait également nécessaire.

3.5.6. La pression temporelle

De nouveau, le temps est évoqué par les soignants comme une difficulté dans leur exercice quotidien, « Nous aurions besoin de plus de temps » (IDE 1), « on n'a pas ce temps-là », « on est pressé » (IDE 2). Si le manque de temps est une limite considérable à la prise en soin des personnes hospitalisées, des difficultés de communication compliquent tout autant les prises en soin.

3.5.7. La communication

Si des ressources existent lorsque la communication est difficile elle est tout de même perçue comme pouvant limiter la bonne prise en soin « la communication n'est pas toujours évidente » (IDE 2), de plus lorsque c'est le cas fixer un cadre à la relation s'avère lui aussi difficile « on a du mal à se positionner », « l'équipe n'avait pas forcément de limites avec lui », « le patient était très à l'aise » (IDE 2). Enfin, l'infirmière précise « il n'y avait pas de cadre ». Si le patient doit pouvoir s'exprimer au sein de la relation, il est important pour les soignants de fixer une limite à cette relation si particulière comme les soignants le précisent.

La discussion

Après avoir analysé le contenu des entretiens que j'ai réalisés auprès d'infirmières diplômées, je vais maintenant confronter ces données avec celles abordées par les auteurs dans le cadre conceptuel en y intégrant également mon positionnement actuel.

Pour rappel, ma question de départ est: En quoi les représentations sociales des soignants de la maladie mentale influent sur la prise en soin de la personne soignée hospitalisée en soins généraux ?

1. Une définition complexe de la maladie mentale

Il me semble important de repartir de ce qu'est la maladie mentale. En effet, il s'agit du point de départ de cette réflexion: est ce que la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales peut être influencée par l'image qu'ont les soignants de ces pathologies ?

Tout d'abord, les infirmières interrogées ne savent pas exactement comment définir ce qu'est la maladie mentale. Elles mettent cependant en avant le caractère invisible de la pathologie. En effet, seuls certains signes ou symptômes des maladies sont visibles, cependant, nous ne pouvons pas dire que c'est ce qui caractérise les pathologies mentales. De nombreuses pathologies somatiques sont invisibles à l'œil nu également. L'IDE 2 évoque l'invalidité causée par la pathologie, en effet, d'après l'Association des médecins psychiatres du Québec (2023), « Une maladie mentale entraîne nécessairement une détresse pour l'individu et/ou une difficulté au travail ou dans les relations sociales ». Mais alors qu'est-ce la maladie mentale ? Elle est définie comme « Un ensemble de dérèglements au niveau des pensées, des émotions et/ou du comportement qui reflètent un trouble biologique, psychologique ou développemental des fonctions mentales. » (Association des médecins psychiatres du Québec, 2023).

Dès la définition de la maladie, une distinction est réalisée entre le somatique et le psychique. En effet, elle est définie comme « l'altération des fonctions physiques ou mentales d'une personne à l'origine de souffrances » (Dictionnaire médical de l'académie de médecine, 2023). Cependant, malgré la distinction réalisée entre l'origine physique ou mentale de la maladie, celle-ci cause de la souffrance dans chacun des cas. Lors de l'entretien, l'IDE 1 admet pourtant, que selon elle, l'approche de la prise en soin est complètement différente. Dans certains cas, il arrive que les deux soient reliés, c'est le cas de la somatisation: « La somatisation est l'expression par des symptômes physiques de phénomènes mentaux. » (Livi, 2022). Traiter l'expression somatique du trouble mental est vain, entre autres, si la manifestation est musculaire par exemple, la douleur ne sera réellement soulagée que par la prise en soin psychique, d'où l'importance d'une prise en soin globale de la personne soignée. Cependant, dans les services, les deux infirmières interrogées ne sont pas en accord sur ce point: si l'IDE 1 estime prendre soin des patients dans leur globalité, l'IDE 2 n'a pourtant pas cette impression.

Lors de mes entretiens, des besoins nécessaires aux patients ont été mis en avant, si l'IDE 2 pense que « les besoins sont les mêmes en soins généraux ou en service de psychiatrie », pour l'IDE 1 ces besoins sont plus prononcés que pour un « patient ordinaire ». À mon sens, les besoins des patients sont tous différents, qu'ils soient atteints d'une pathologie mentale ou non. Chaque patient étant unique, ses besoins le sont également. Reprenons les besoins évoqués par les infirmières, d'après elles les patients ont besoin de temps et d'écoute notamment. Cependant, nul autre que le patient peut savoir combien de temps ou d'écoute il a besoin. Cependant, si ces besoins ne sont pas exactement toujours les mêmes, lors de chaque prise en soin, les professionnels de santé doivent être en capacité de répondre à ces besoins. Il est évoqué par Pomini et al. (2008) la nécessité de définir les besoins du patient par le patient. En effet, qui d'autre que le patient lui-même pour savoir ce dont il a besoin (dans le cadre d'une hospitalisation en soins libres ou le patient ne représente pas un risque pour lui-même ou les autres). Le soignant ne peut pas imposer des besoins au patient, c'est à lui de décider ce qu'il juge important pour sa prise en soin. Cependant, le soignant doit s'assurer de délivrer toutes les informations nécessaires à la prise en soin du patient.

À mon sens, ce qui rend la définition de la maladie mentale si difficile à déterminer, est caractérisé par la diversité des pathologies mentales. Nous différencions les troubles anxieux, bipolaires, dépressifs, schizophréniques des troubles de la personnalité ou du comportement alimentaire par exemple. Dans mon exercice futur, il me semble nécessaire de connaître les différents troubles lorsque les situations le nécessitent, de simples recherches permettent de s'informer et d'adapter sa prise en soin. De plus, il me semble primordial de retenir que quelque soit la provenance de la pathologie, qu'elle soit somatique ou psychiatrique, une maladie est à l'origine de souffrance comme décrite dans la définition même de la maladie. Cette souffrance est invalidante, il est donc important de se rappeler que la personne n'est pas responsable de sa pathologie et que cette personne ne doit pas être réduite à sa pathologie. À mes yeux, répondre aux besoins du patient est fondamental, il est donc important que le patient puisse définir quels sont ces besoins et de veiller à ne pas lui imposer ce que je juge nécessaire.

De plus, à mon sens, les besoins des patients atteints de pathologies mentales ne sont pas à différencier de ceux des patients atteints uniquement de pathologies somatiques, mais bien à différencier de ceux de chacun. Chaque personne ayant des besoins qui lui sont propres, à mes yeux, il convient de s'adapter aux besoins de chaque patient.

2. Prendre en soin une personne atteinte d'une pathologie mentale lorsqu'elle est hospitalisée en soins généraux

La réflexion autour de la profession infirmière a également contribué au développement de la prise en soin des personnes atteintes de pathologie mentale. En effet, au-delà de "soigner", nous

prenons en soin, il ne s'agit plus de traiter un problème, mais de considérer l'autre et sa situation (Hesbeen, 1999). Si d'après la Haute Autorité de Santé (2006), « Soigner consiste à traiter la maladie, compenser un déficit dans une démarche technique pertinente et validée ». Quant à lui le «prendre soin» « Vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne ». C'est ce que font les infirmières dans les services, l'IDE 1 dit essayer de se rappeler des précédentes conversations afin de pouvoir véritablement échanger.

En effet, serait-il possible de soigner sans prendre en soin ? Tout dépend de ce que l'on entend par soigner, il n'est pas possible de guérir une personne atteinte d'une pathologie incurable, cependant, nous pouvons prendre en soin cette personne. De plus, il est légitime de se demander si nous soignons bien quelqu'un en service somatique si nous traitons son cancer mais pas sa dépression ? Malgré l'importance de la prise en soin au niveau psychiatrique, il est important de ne pas négliger la prise en soin somatique pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. En effet, la prise en soin « doit intégrer une dimension somatique. L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux est inférieure de vingt ans à celle de la population générale, en partie en raison des nombreuses comorbidités et des effets secondaires des traitements.» (Milon, 2012, p. 26). Lors des entretiens, l'IDE 1 explique qu'elle n'a pas l'impression de prendre en soin le patient dans son intégralité, or, il me semble important au contraire de tout mettre en œuvre pour prendre en soin le patient dans toutes ses dimensions.

L'infirmier a de nombreux rôles d'après les auteurs, les infirmiers « ont la vocation d'assurer des soins préventifs, curatifs et de réinsertion, afin de rétablir l'intégrité psychique et physique du patient et de lui donner les moyens de résoudre ses difficultés » (GRIEPS, 2021). De plus, « il a pour rôle la programmation des soins, il s'assure de l'observance du patient, il favorise son autonomie. Le but des traitements étant le retour en société du patient à travers des activités ou des ateliers, il accompagne le patient et ses proches dans la compréhension de la pathologie et de ses conséquences quotidiennes » (Union Sanitaire et Sociale pour l'Accompagnement et la Prévention [USSAP], 2021). Cependant, en service, les infirmières décrivent une réalité autre, les traitements visant à traiter la pathologie mentale sont uniquement maintenus. Personne ne se risque à les modifier, de plus aucune activité n'est mise en œuvre contrairement à d'autres institutions plus spécialisées. Les deux professionnels mettent en avant les soins relationnels en évoquant l'écoute active et la communication comme points clé des soins. Elles expliquent l'importance d'avoir des connaissances spécifiques, elles ressentent cependant dans leur pratique quotidienne, un manque de connaissances en la matière et de formation. Ce ressenti est en accord avec les heures accordées lors de la formation initiale passant d'un diplôme d'infirmier en psychiatrie jusqu'en 1992 puis à la fusion des diplômes jusqu'à 2009. Les heures de cours accordées à la santé mentale n'ont fait que diminuer: entre 80 et 100 heures dans la formation en 2021. Cette problématique n'est pas propre qu'aux deux infirmières. En effet, depuis la nouvelle

réforme universitaire de la formation en 2023, l'enseignement et la formation clinique en psychiatrie ne sont pas encore dans les priorités et ne permettent donc pas de répondre aux besoins de santé publique actuels.

Le patient a des besoins pour sa prise en soin, mais nous identifions également des ressources et des besoins pour les soignants. Les infirmières interrogées évoquent l'entourage des patients pouvant avoir des connaissances sur les patients et leur pathologie dont elles ne disposent pas. En effet, les connaissances sont évoquées comme d'importantes ressources pour les soignants, à juste titre, les représentations sociales s'établissent souvent à partir d'un manque de connaissances. Un des points clé de la prise en soin des patients selon moi est évoqué par les infirmières. Il s'agit de l'adaptation du soignant, cette nécessité est évoquée de nombreuses fois par les infirmières, 23 fois au total. En effet, nous avons vu tout à l'heure que les besoins des patients sont différents, s'ils ne peuvent pas adapter leurs besoins, les infirmiers peuvent quant à eux adapter leurs prises en soin aux spécificités des patients. Malgré tout, lors des entretiens, les infirmières ont pu mettre en lumière différentes limites à la prise en soin des patients atteints de troubles mentaux en soins généraux. Tout d'abord, les infirmiers ont du mal à changer les habitudes de service bien établies et à s'adapter. De plus, leur manque de connaissances entraîne des difficultés dans les prises en soin, elles n'ont pas l'impression d'avoir toutes les ressources nécessaires à leur disposition pour une bonne compréhension de la situation de la personne soignée. L'organisation des services et la surcharge de travail sont également des limites à la prise en soin. La pression temporelle influe également sur la prise en soin des patients. Avec plus de temps, les soignants pourraient s'adapter davantage aux patients, les comprendre mieux et ainsi leurs représentations des personnes atteintes de maladie mentale pourraient également évoluer. Par ailleurs, la confiance est fondamentale dans la prise en soin, « il n'y a pas de soin possible sans confiance. La relation, le soin et la confiance sont intimement liés : le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance. » (Lagarde-Piron, 2016). Cela les infirmières l'ont bien compris, l'IDE 2 décrit la relation de confiance comme une relation d'égalité. Cependant, il est bien précisé par les infirmières que cette confiance doit aller dans les deux sens, elle nécessite l'investissement des deux parties. Or comment avoir confiance en quelqu'un lorsqu'on en a peur, on ne peut se sentir en confiance en présence d'un potentiel danger.

De mon point de vue, il me semble important de toujours veiller à prendre soin et pas uniquement soigner. Soigner ne doit pas consister à réduire le patient à sa maladie. Si je traite la maladie du patient pour laquelle il est hospitalisé, mais non la souffrance qu'il ressent, je ne pourrais pas convenir que j'ai pris en soin le patient de façon qualitative. Je pense notamment à la particularité de la fin de vie, nous ne pouvons pas guérir la personne ? Cependant, il est possible d'apaiser ses souffrances afin de donner du sens à nos pratiques. Comme évoqué par les infirmières interrogées, des connaissances me semblent indispensables aux différentes prises en soin et ce dans n'importe quel service, ces connaissances sont des pré-requis indispensables pour personnaliser les soins. Afin d'accéder à ces

connaissances, je peux réaliser des recherches par moi-même ou bien assister à des formations, et continuer à apprendre tout au long de ma vie professionnelle. Il me semble également important de connaître les différentes ressources dont disposent les soignants, elles peuvent en effet s'avérer d'une aide précieuse dans l'exercice de la profession, qu'il s'agisse des proches des patients, ou de l'équipe soignante. Assurément, discuter des prises en soin avec ses collègues est un véritable atout pour les soignants comme pour le patient afin de pouvoir identifier ce qui est efficace dans la prise en soin et ce qui l'est moins. Une autre caractéristique que je retiens pour mon exercice professionnel est l'adaptation dont doit faire preuve le soignant, bien que cela ne soit pas toujours facile, il s'agit d'une composante essentielle à une prise en soin de qualité des patients. Deux prises en soin ne peuvent pas être similaires sur tous les points, il est du rôle de l'infirmier de faire en sorte que la prise en soin soit personnalisée et adaptée au patient. Cependant, des limites à la prise en soin des patients peuvent perdurer. Bien que parfois, n'étant pas toujours du ressort de l'infirmier, comme la suractivité du service, cela peut avoir des répercussions sur les prises en soin. Une des limites que je retiens particulièrement est la pression temporelle. Il me semble nécessaire de toujours veiller à prendre le temps avec les patients. Cela n'est pas toujours évident et réalisable. Il m'est déjà arrivé à la fin d'une journée de stage ou de travail en qualité d'aide-soignante de me dire que toutes les tâches que je devais réaliser l'ont été avec malgré tout une impression d'avoir négligé le patient, c'est là que résident les difficultés quotidiennes des soignants et la différence entre le travail prescrit et le travail réel.

Dans la prise en soin de la personne, différents types de relation entre les patients et les soignants sont possibles. Pour ma part, instaurer une relation de confiance avec la personne soignée sera une de mes priorités dans l'accompagnement des personnes que je prendrai en soin. La relation de confiance doit s'entretenir et est une démarche à construire avec le patient, pour qu'il y ait une confiance réciproque, je veillerai à avoir une attitude congruente et authentique avec celui-ci. Cela peut passer par des petites attentions, comme se rappeler des échanges des jours précédents, mais aussi savoir se rendre disponible. Malgré tout, le patient doit également en avoir envie afin d'être dans une relation soignant soigné authentique et équitable.

3. Les représentations de la maladie mentale dans la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales lorsqu'elles sont hospitalisées en service de soins somatiques

Avant même de m'inscrire à la formation infirmière, une de mes représentations des personnes travaillant dans le domaine de la santé était que les soignants se devaient de prendre soin des personnes hospitalisées sans jugement, sans représentations quant à leurs actes. Que nous prenions en soin une personne au passé criminel ou le plus grand bienfaiteur que nous connaissions, la prise en soin se devait d'être la même. Cependant, je n'avais jamais imaginé que ces représentations pouvaient

être en lien avec le motif d'hospitalisation ou les antécédents de la personne. En effet, il peut être facile d'être rapidement dans le jugement, cependant personne ne choisit ni ne souhaite être malade. Cela met donc en évidence l'importance de l'humilité et du non-jugement. Différents facteurs propres à chacun et nous échappant, nous conduisent un jour à potentiellement devenir une personne hospitalisée avec des troubles psychiatriques.

Malgré tout, il est naïf d'imaginer que nous n'ayons pas de représentations sociales, soignants ou non. Pour Moscovici selon Descamps (s.d), les représentations sociales sont bien les représentations de la société. Chaque individu a ou est influencé et façonne en retour ses propres représentations sociales. Ces représentations de la société sont aujourd'hui véhiculées à travers les films, les médias et bien avant le début de la formation et de l'exercice de la profession, comme évoqué par l'IDE 2 lors des entretiens, dans notre éducation et nos expériences de vie.

Selon Moscovici, différentes conditions d'apparition précèdent les représentations sociales, la première étape étant la dispersion, c'est-à-dire que l'information est incomplète et complexe. C'est le phénomène décrit par les infirmières lorsqu'elles évoquent le manque de connaissances qu'elles ressentent dans le domaine de la maladie mentale. Cette difficulté se manifeste notamment par une difficulté à définir ce qu'est la maladie mentale. La focalisation est également transposable chez les infirmiers. En effet, les soignantes s'intéressent particulièrement à la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales lorsqu'elles sont hospitalisées en services de soins généraux. Cela peut s'expliquer par le fait que ce sont des prises en soin qui leur demandent plus de temps et qui vont nécessiter que les soignants s'adaptent aux patients. La notion de pression à l'interférence est également décrite par les infirmières, les soignants ne font qu'un « les équipes ça arrive qu'elles se braquent » (IDE 2), ainsi la prise en soin de patients qui ne s'adaptent peut-être pas à l'équipe vient bousculer un équilibre et favorise ainsi les représentations négatives. La personne atteinte d'une pathologie mentale devient alors l'élément qui menace l'identité du groupe, ce qui nécessite « la recherche d'une adaptation matérielle et symbolique collective » (Gaymard, 2021, p. 71). Ce concept d'adaptation est particulièrement décrit par les deux infirmières qui jugent celui-ci nécessaire à la bonne prise en soin du patient.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les représentations sociales négatives persistantes de la maladie mentale. Dans un premier temps, la méconnaissance des troubles évoquée par les deux infirmières, mais également par les auteurs: « Les gens ont peu d'information sur un sujet, donc ils en ont peur. Or, ce sont des maladies comme les autres, note le professeur Leboyer. Les médias véhiculent souvent des événements négatifs qui associent la maladie mentale à la violence. Or, ces cas-là sont très rares et à chaque fois amplifiés. » (Scotto, 2014). Les soignantes révèlent également ressentir de la peur lors des prises en soin.

Il me semble intéressant de définir ce qu'est la peur, il s'agit d'un « Sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace » (Larousse, 2024). La maladie mentale est donc souvent associée à un danger, soit « toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne. » (Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail, 2020).

Par ailleurs, l'histoire de la maladie mentale permet aussi de comprendre les représentations actuelles. D'abord perçue comme une punition des dieux, la personne était alors jugée responsable de son état. Aujourd'hui encore cette responsabilité est souvent pointée du doigt: l'hygiène de vie de la personne ou encore un manque de volonté de s'en sortir dans le cadre de la dépression. À mon sens, la prise en soin des personnes atteintes de pathologies mentales hospitalisées en soins généraux n'est pas encore optimale. Si les pathologies mentales sont reconnues comme des maladies au même titre que des pathologies somatiques, leur prise en soin et les représentations qui l'entourent ont encore la vie dure. Malgré des avancées, la maladie mentale effraie toujours, ce phénomène peut s'expliquer par le fait que dans le cadre de pathologies mentales, le dérèglement s'effectue justement au niveau des pensées et du comportement de la personne. Nous ne voyons plus que la pathologie, la personne devient sa maladie.

D'après le Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH] (2024), « La stigmatisation est un comportement négatif fondé sur des stéréotypes à propos de personnes ayant une maladie donnée La stigmatisation découle souvent de la peur ou de l'incertitude générée par l'incompréhension ». Les infirmières interrogées décrivent à de nombreuses reprises de la peur et de l'appréhension ainsi qu'un manque de connaissances. Ainsi, l'incompréhension, la peur et la stigmatisation qui en découle ne peuvent que porter préjudice à la relation de soin. D'après l'Article R4312-11 du Code de la Santé Publique du 25 Novembre 2016, l'infirmier se doit de traiter toutes les personnes quelles qu'elles soient, qu'importe leur origine, leur état de santé ou encore les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Cependant, comment prendre en soin quelqu'un lorsque nous en avons peur ou que nous ne le comprenons pas ? L'intelligence émotionnelle apporte des pistes de réponse à cette problématique, même si ce concept est perçu comme relativement complexe, l'intelligence se définissant comme quelque chose de rationnel contrairement aux émotions (Wranik-Odehnad & Grandjean, s.d). Il est alors important d'identifier les émotions auxquelles nous sommes confrontés afin de faire ce travail émotionnel nécessaire pour une prise en soin adaptée.

À mon sens, il me semble important d'avoir conscience de l'existence de ces représentations sociales que nous avons et qui entourent tous les aspects de notre vie quotidienne. Cependant, ces représentations ne doivent pas constituer une entrave à la prise en soin de patients atteints de pathologie mentale. En effet, être victime de ces représentations nuit à la prise en soin.

Les représentations de la maladie mentale sont bien souvent négatives, elles entraînent la peur et l'appréhension des soignants, il me semble nécessaire de remonter à la source de ces représentations et de comprendre ce qui peut être effrayant dans la situation. Malgré la difficulté de l'exercice, il me semble important d'être vigilant à ses représentations avant chaque prise en soin.

Malgré tout, les représentations sociales ne me semblent pas invincibles, par exemple, si pendant longtemps la maladie mentale était vue comme une punition, cela n'est plus le cas aujourd'hui. Cependant, pour beaucoup de monde, la maladie mentale est encore synonyme de danger ou de folie. Pour contrer les représentations, rien de mieux que la connaissance, en effet, les représentations s'appuient sur un manque de connaissances. Mieux comprendre les pathologies permettrait donc de diminuer les représentations erronées autour de la maladie mentale. De plus, si les soignants éprouvent une sensation de danger malgré les connaissances acquises, des formations sont possibles comme celle concernant la prévention de l'agressivité et de la violence. D'autre part, à mon sens il est fondamental que le soignant soit en capacité d'identifier les émotions qu'il ressent afin qu'il puisse travailler dessus. Ce travail s'effectue plus facilement avec de l'expérience et un questionnement du quotidien avec nos collègues afin d'évoluer et de faire ce pas de côté nécessaire pour une prise en soin sans jugement. Les représentations sociales étant un phénomène souvent de groupe, il est important de venir interroger les représentations sociales de l'équipe soignante, j'ai cependant conscience de la difficulté de l'exercice notamment en tant que jeune professionnelle.

J'essayerai alors, d'avoir un questionnement "naïf" au sein de mon équipe et sans jugement aucun de mes collègues, afin de rendre possible cette prise de distance utile et de remettre en question nos comportements ou attitudes soignantes face à une situation pouvant générer des représentations sociales négatives et possiblement entraver une prise en soin.

Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche s'appuie sur plusieurs situations où les perceptions des soignants à l'égard de la maladie mentale ont parfois pu interférer avec la prise en soin de ces patients, lors de leur hospitalisation en services de soins somatiques. J'ai décidé de réaliser mon mémoire de recherche sur les représentations sociales des soignants de la maladie mentale et leur influence sur la prise en soin. Inspirée par les questions soulevées par ces expériences, j'ai pu définir une problématique et commencer mon travail de recherche.

Les recherches théoriques et les entretiens réalisés avec deux infirmières m'ont permis de mettre en évidence divers résultats à ce travail d'initiation à la recherche. Tout d'abord, si définir ce qu'est la maladie mentale n'est pas toujours évident, il est important de toujours se rappeler qu'elle est à l'origine de souffrance pour la personne qui en est atteinte. De plus, les personnes soignées ont divers besoins, ces besoins leurs sont propres. C'est pour cela qu'il est important qu'ils puissent les définir eux-mêmes.

Il est important de souligner que soigner ne signifie pas prendre soin. Il est nécessaire de considérer l'autre dans toutes ses dimensions et de ne pas le réduire à une pathologie.

Les infirmiers ont différents rôles dans la prise en soin des personnes hospitalisées. Cependant, il est de leur devoir d'adapter leur prise en soin à la personne soignée. Chaque patient est différent, qu'il soit atteint de maladie mentale ou non, la prise en soin se doit d'être adaptée et personnalisée. Pour cela, de nombreuses ressources sont à disposition des soignants, par exemple, l'équipe soignante peut s'avérer être d'une aide précieuse. Cependant, des difficultés sont également rencontrées lors des prises en soin. Le manque de temps est souvent évoqué comme un véritable désagrément lors des prises en soin.

De plus, nous avons pu remarquer que les représentations sociales de la maladie mentale sont toujours présentes et bien souvent négatives dans les services de soins et dans la société. L'image de personnes dangereuses ou folle est encore véhiculée dans les films ou les médias. Les soignants révèlent appréhender les prises en soins et ressentir de la peur. Un manque de connaissances est exprimé par les deux professionnelles. Ce manque de connaissances peut contribuer à véhiculer des représentations erronées. En effet, connaître davantage les pathologies et les patients ainsi que de veiller à être dans le non-jugement, pourrait permettre de lutter efficacement contre la stigmatisation dont sont victimes un grand nombre des patients atteints de pathologies mentales lorsqu'ils sont hospitalisés en soins généraux. Je terminerai par l'importance de venir questionner les représentations sociales des soignants.

Durant ce travail de recherche, j'ai rencontré différentes difficultés, tout d'abord trouver un sujet, le domaine des soins infirmiers est riche, de nombreux thèmes sont au cœur de cette profession

cependant pour réaliser un travail de recherche, il faut trouver le bon. Après avoir vécu ces différentes situations, j'ai rapidement su que les représentations sociales de la maladie mentale étaient le sujet que je souhaitais aborder. Par la suite, chaque nouvelle étape du mémoire avait son lot de difficultés, le début de chaque nouvelle partie m'a déstabilisée. Une fois le thème trouvé, il faut maintenant construire le cadre conceptuel et donc centrer les recherches. Il n'est pas possible de tout aborder, il faut trier intelligemment les informations. Au début, je me suis sentie en difficulté pour différencier les idées importantes de celles qui l'étaient moins, j'avais peur d'enlever des éléments essentiels à la construction de mon travail. Heureusement, grâce aux diverses guidances, j'ai pu comprendre ce qui était demandé avec plus de clarté. De plus, j'appréhendais les entretiens avec les infirmiers, j'avais peur de ne pas obtenir de réponses quant aux représentations sociales et leur influence, car personne ne va admettre qu'il stigmatise un patient, du moins pas formulé comme tel.

Bien que j'ai pu ressentir des difficultés, ce travail de recherche m'a également beaucoup appris. Bien sûr, il m'a permis de découvrir ce qu'était cette démarche et comment elle se construisait. Au-delà de cette découverte, j'ai apprécié écrire et me suis surprise à apprécier lire des articles scientifiques, mon intérêt pour mon sujet a, j'en suis sûre été un véritable avantage à l'écriture de ce travail. Réaliser cet écrit m'a également permis d'apprendre à m'organiser sur une longue période, je n'avais jamais réalisé un tel procédé seule. Au fur et à mesure des étapes du mémoire de recherche, j'ai appris à me faire confiance et à être fière de moi pour le travail que je réalisais et pour ma persévérance.

En tant que future professionnelle, je suis certaine que ce travail de recherche peut beaucoup m'apporter dans ma pratique. En effet, avoir conscience des représentations existantes et savoir reconnaître les siennes et être capable de les analyser et de pouvoir surtout les déconstruire lorsqu'elles nuisent à la prise en soins des patients est un élément incontournable du savoir être infirmier à mon sens. De plus, si ici le sujet était autour des représentations sociales de la maladie mentale, ce ne sont pas les seules à subsister au sein des institutions de soins ou dans la société en général. Il me semble important dans ma future pratique de toujours veiller à comprendre la situation de la personne, sa maladie, sa culture ou sa religion et pour cela il me semble nécessaire de toujours s'informer, se former et avant tout faire preuve de curiosité professionnelle mais aussi personnelle. En tant que future professionnelle, je me dois d'avoir comme point de vigilance le respect de l'autre dans sa différence, de me questionner sur mes attitudes et d'analyser ma pratique professionnelle afin de ne pas être dans des jugements personnels ou d'équipe hâtifs et de nuire à la prise en soin des personnes soignées.

Je conclurai en posant une éventuelle autre question de recherche qui m'animerait au quotidien dans mon exercice professionnel : **Dans quelle mesure l'infirmier doit-il être vigilant dans sa prise en soin aux représentations sociales qu'il pourrait avoir d'une personne soignée ?**

Bibliographie

Absil, M.(2015). *Les représentations sociales de la santé dans l'Histoire.*

https://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2017/03/2015_Repr%C3%A9sentations-de-la-sant%C3%A9.pdf

Agence Régionale de Santé Occitanie. (2021). *Guide des soins psychiatriques sans consentement.*

https://www.pyrenees-orientales.gouv.fr/contenu/telechargement/35035/249838/file/Guide_Psy-sans-consentement-2021%20Occitanie.pdf

Agence régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2023). *Lutter contre la stigmatisation et les violences envers les personnes vivant avec un problème de santé mentale.*

<https://www.paca.ars.sante.fr/index.php/lutter-contre-la-stigmatisation-et-les-violences-envers-les-personnes-vivant-avec-un-probleme-de>

Art. L1111-4 du Code de la Santé publique du 01 Octobre 2020

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721056#:~:text=Lorsque%20la%20personne%20est%20hors,ses%20proches%20ait%20%C3%A9t%C3%A9%20consult%C3%A9.

Art. L3212-1 du Code de la Santé Publique du 01 Octobre 2020

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721196

Art. L3213-1 du Code de la Santé Publique du 30 Septembre 2013

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016871

Art. R4311-2 du Code de la Santé Publique du 08 Août 2004

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006161001/

Art. R4312-11 du Code de la santé Publique du 25 Novembre 2016

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178629/#:~:text=L'infirmier%20doit%20%C3%A9couter%2C%20examiner,leur%20sexe%2C%20leur%20r%C3%A9putation%2C%20les

Association des médecins psychiatres du Québec. (2023). *Qu'est-ce que la psychiatrie ?*

<https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-que-la-psychiatrie/>

Association des médecins psychiatres du Québec. (2023). *Qu'est-ce qu'une maladie mentale?*

<https://ampq.org/info-maladie/quest-ce-que-une-maladie-mentale/>

Caria, A., Arfeuillère, S., Vasseur Bacle, S., Loubières, C. (2012). *Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ?* Santé publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/pourquoi-et-comment-lutter-contre-la-stigmatisation-en-sante-mentale>

Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail. (2020). Danger et risque.

https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/hazard/hazard_risk.html

Centre de toxicomanie et de santé mentale [CAMH]. (2024). *Stigmatisation et préjugés.*

<https://www.camh.ca/fr/info-sante/mental-health-and-covid-19/stigma-and-prejudice>

Cervello, S. 2020. *Stigmatisation et lutte contre la stigmatisation.* Réhabilitation psychosociale.

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/stigmatisation-et-lutte-contre-la-stigmatisation>

Chessa, A., Sentissi, O., (2023). CIM-11 (OMS) : nouvelle révision et impact de la classification onusienne en psychiatrie. *L'Encéphale.*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700623002099#sec0110>

CHU Montpellier. (2013). *La psychiatrie en voie de banalisation.*

<https://www.reseau-chu.org/article/la-psychiatrie-en-voie-de-banalisation/>

Cohen-Scali, V. & Moliner, P. (2008). *Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples.* OpenEdition Journals. <https://journals.openedition.org/osp/1770>

Conseil National des Politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion Sociale. (2009). *Le XXe siècle et le traitement des troubles mentaux.*

<https://www.cnle.gouv.fr/le-xxe-siecle-et-le-traitement-des.html>

De La Tribonnière, X. Chapitre 4. Être en relation avec le patient. *Pratiquer l'éducation thérapeutique.* (1ère édition). Elsevier Masson

<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/etre-en-relation-avec-le-patient>

DESCAMPS, M. A. (s.d). *Les représentations sociales*. Europsy.

<https://www.europsy.org/marc-alain/represoc.html>

Dictionnaire de l'Académie Française. (2023). <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9R1936>
Représentation

Dictionnaire médical de l'académie de médecine. (2023). *Malade*.

<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=malade>

Dictionnaire médical de l'académie de médecine. (2023). *Maladie*

<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=maladie>

Dictionnaire médical de l'académie de médecine. (2023). *Patient*.

<https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=patient>

Direction de l'information légale et administrative. (2022). *Soins pour troubles*

psychiatriques. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761#:~:text=L%20admission%20en%20soins%20psychiatriques,grave%2C%20l'ordre%20public>.

Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise. (s.d). *Le guide du patient et de son entourage*. <https://www.epsm-al.fr/le-guide-du-patient-et-de-son-entourage/quelles-sont-les-prises-en-charge-dune-maladie-psychique#faq-quels-sont-les-dispositifs-principaux-de-prise-en-charge>

Fédération pour la recherche sur le cerveau. (s.d). *Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement*. <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>

Figaro. (s.d). *Le préjugé est enfant de l'ignorance*.

<http://evene.lefigaro.fr/citation/prejuge-enfant-ignorance-2220.php>

Galand. C., Salès-Wuillemin. E. (2009). Apport de l'étude des représentations sociales dans le domaine de la santé. *Sociétés*, 105, 35 - 44.

<https://www.cairn.info/revue-societes-2009-3-page-35.htm#:~:text=Elle%20fait%20converger%20l'id%C3%A9e,autres%20qu'on%20est%20malade>.

Gaymard S. (2021). *Les fondements des représentations sociales: Sources, théories et pratiques*.
Dunod

Girard, V. (2007). Désigmatisation: comment rendre la lutte effective ? *L'information psychiatrique*, 83, 848-850.
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2007-10-page-848.htm>

Gouvernement du Canada. (2023). *La stigmatisation: pourquoi les mots comptent*.
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/stigmatisation-pourquoi-i-les-mots-comptent-fiche-information.html>

GRIEPS. (2023). *Infirmier en psychiatrie: quelles compétences ?*
<https://www.grieps.fr/faq/infirmieres-en-psychiatrie-queelles-competences/>

Haustgen, T. (2013). Les archives et l'histoire de la psychiatrie. 2e partie : l'hospitalisation des malades mentaux à Paris au XIXe siècle. *PSN*, 11, 55 -82
<https://www.cairn.info/revue-psn-2013-4-page-55.htm>

Haute Autorité de Santé. (2006). *Accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches*.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches#:~:text=Soigner%20consiste%20%C3%A0%20traiter%20la,le%20confort%20de%20la%20personne.

Hardy-Baylé, M. C. (2006) Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge. *L'information psychiatrique*, 82, 29-37.
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-1-page-29.htm>

Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspectives soignantes*, 4, p 8.
<http://comjyeh.free.fr/0/Le%20Caring%20-%20Walter%20Hasbeen.pdf>

Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier: De la réflexion d'éthique à une pratique de qualité*. (3ème édition). Elsevier Masson.
<https://www.elsevier.com/fr-fr/connect/de-la-reflexion-ethique-a-une-pratique-de-qualite>

Institut du Cerveau. (s.d). *Les maladies psychiatriques*.
<https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/>

- Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 82, 73 - 115.
<https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologie-sociale-2009-2-page-73.htm>
- Kupfer & Regier. (2012). Préface. American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson
- Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. R. Delaye & P. Lardellier (Dir.), *La confiance* (pp 242-256). EMS Editions.
<https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-page-242.htm>
- Larousse. (2024). Peur.
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046#:~:text=1..certaines%20situations%20%3A%20Trembler%20de%20peur.&text=2..situation%20%3A%20La%20peur%20du%20ridicule>.
- Livi. (2022). Somatisation : quand la douleur psychique devient physique.
<https://www.livi.fr/en-bonne-sante/somatiser/>
- Menaut, H. (2009/1). Les soins relationnels existent-ils ? *Vie sociale et traitements*, 101, 78 - 83.
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2009-1-page-78.htm>
- Milon, A., (2012). *Prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*. Sénat.
https://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-249_mono.html
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE: Synthèse du bilan de la feuille de route.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf
- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *Fiche 6 : les soins psychiatriques*.
<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/gui-de-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques>

- Moliner, P. & Guimelli, C. (2015). *Les représentations sociales. Fondements historiques et développements récents*. OpenEdition Journals.
<https://journals.openedition.org/lectures/17340?lang=en>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Publication de la CIM-11 2022*
<https://www.who.int/fr/news/item/11-02-2022-icd-11-2022-release>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Troubles Mentaux*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). *Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients - édition multiprofessionnelle*.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_pedagogique_pour_la_securite_des_patients_-_introduction_aux_11_modules_d_enseignement.pdf
- Paillard C. (2018) Dictionnaire des concepts en sciences infirmières . (4ème édition) SETES
- Persais, E. (2004/1). Les compétences relationnelles peuvent-elles s'avérer stratégiques ? *Revue française de gestion*, 158, 119 -145. <https://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2004-1-page-119.htm>
- Pomini, V. Golay, P. Reymond, C. (2008/10). L'évaluation des difficultés et des besoins des patients psychiatriques, Les échelles lausannoises ELADEB. *L'information psychiatrique*, 84, 895 - 902 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-10-page-895.htm>
- Prudhomme et al. (2009). *Psychiatrie: Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections psychiatriques*. Maloine.
- Reed, G., Daumerie, N., Marsili, M., Desmons, P., Lovell, A., Garcin, V., Roelandt J. L. (2013/4). Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'information psychiatrique*, volume 89, 303-309
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-4-page-303.htm#:~:text=Un%20objectif%20cl%C3%A9%20de%20la,qui%20ont%20besoin%20de%20traitement.>
- Référentiel de compétences du diplôme d'état infirmier de 2009. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

- Roelandt, J.L., Benradia, I., Amadéo, S., Eynaud, M., Calandreau, F., Goodfellow, B., Bryden, B., Denizot, L., Janvier, C., Réal, J. L., Sebbane, D., Sy, A., Aernout, E. (2022). Représentations sociales du “fou”, du “malade mental” et du “dépressif” dans les Outre-mer français et dans l’Héxagone. *L’information psychiatrique*, 98, 659-673
<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2022-8-page-659.htm>
- Santin, A. (2009). *La relation de soin: une question de confiance ?*
<https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance>
- Santé Publique France. (2023). Santé mentale.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale#:~:text=Les%20cons%C3%A9quences%20li%C3%A9es%20aux%20affections, discrimination%20et%20exclusion.>
- Scotto, R. (2014). Maladies mentales: pourquoi les Français en ont-ils si peur ?
<https://www.20minutes.fr/sante/1397930-20140611-maladies-mentales-pourquoi-francais-si-peur>
- Sureau, P. (2018). De la confiance dans la relation de soin. *Soins*. 824. 44 - 46.
https://ethna.net/medias/fichiers_ressources_documentaires/67-de-la-confiance-dans-la-relation-de-soin-p.-sureau-/fichiers/soins_avr.2018-confiance-des-relations_p.sureau.pdf
- Truc, H., Alderson, M., Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Recherche en soins infirmiers*, 97, 34 - 49.
<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-34.htm>
- Union Sanitaire et Sociale pour l’Accompagnement et la Prévention [USSAP]. (2021). *Le soignant au centre du dispositif de soin*.
<https://www.ussap.fr/actualites/infirmier-specialise-sante-mentale-psychiatrie/>
- Villeneuve, B. (2020). *L’accès aux savoirs chez les infirmiers psychiatriques: une recherche riche d’enseignements*.
<https://www.grieps.fr/actualites/laces-aux-savoirs-chez-les-infirmiers-psychiatriques-une-histoire-riche-denseignements/#:~:text=L'enseignement%20th%C3%A9orique%20de%20la,du%20programme%20d%C3%A9livr%C3%A9%20en%20IFSI.>

Annexes

Annexe I - Le guide d'entretien

Annexe II - Entretien n°1

Annexe III - Entretien n°2

Annexe IV - Tableau d'analyse des entretiens

Annexe I - Le guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Anna Halatre, je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSI de Pontchaillou. Tout d'abord, je vous remercie de m'accorder de votre temps pour réaliser cet entretien dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Mon travail aborde la question de la prise en soin des personnes atteintes de maladie mentale hospitalisées en soins généraux. Cet entretien est anonyme, acceptez-vous que je l'enregistre ?

Objectif 1: Présenter la personne questionnée

- **Question 1:** Pouvez-vous vous présenter ?
- **Relances:**
 - Depuis combien de temps exercez-vous la profession ?
 - Avez-vous travaillé dans plusieurs services ? En psychiatrie ? En soins généraux ?
 - Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? L'avez-vous choisi ?

Cadre théorique		Objectifs	Questions	Questions de relance
1. Patient atteint d'une maladie mentale 2. Les représentations sociales de la maladie mentale	1.1. Le patient 1.1.1. Personne malade 1.1.2. Patient	Connaître la vision des soignants d'un patient atteint d'une maladie mentale Identifier les représentations sociales de la maladie mentale des soignants	Pour vous qu'est ce qu' un patient atteint d'une maladie mentale ?	Pour vous, quelles images, la psychiatrie et la maladie mentale véhiculent-elles dans la société en général ? Et dans le milieu du soin ? Selon vous, qu'est ce qui fait qu'il y ait cette vision bien que nous soyons soignants ?
	1.3. Besoins des patients	Identifier les besoins des patients atteints de maladies mentales	D'après vous quels sont les besoins des patients atteints de maladie mentale lorsqu'ils sont	Est ce que vous avez l'impression de répondre à leurs besoins ? Ces besoins sont-ils les mêmes lorsque les patients

		hospitalisés en soins généraux	hospitalisés en soins généraux ?	sont hospitalisés en soins généraux ? Comment alliez-vous la prise en soin psychiatrique et somatique ? De quoi auriez-vous besoin pour répondre à leurs attentes ?
3. Prendre soin d'un patient en soins généraux atteint d'une maladie mentale	3.1. Prendre soin 3.1.1. Soigner et prendre soin 3.1.2. Prendre en soin la personne atteinte d'une maladie mentale	Identifier l'influence de la maladie mentale dans la prise en soin	Pensez-vous que la pathologie mentale a des répercussions sur la prise en soin somatique des patients hospitalisés en soins généraux ?	Est-ce que cela vous est déjà arrivé ? Pouvez-vous me raconter ce qui c'est passé ? Quelles difficultés pouvez-vous ressentir ? Qu'est-ce qui est aidant ? Quelles sont vos ressources ?
		Mettre en évidence leurs représentations de la maladie mentale Avoir leur conception du soin	Pour vous qu'est ce que c'est prendre soin d'un patient atteint d'une pathologie mentale en soins généraux ?	Avez-vous déjà été amené à prendre soin d'un patient atteint d'une pathologie mentale en soins généraux ? Comment prenez-vous en soins ces patients ? Pouvez-vous me parler de la dernière prise en soin que vous avez faite d'un patient atteint d'une pathologie mentale ? Qu'est-ce qui était aidant ? Qu'est-ce qui était difficile ? Quelles étaient vos ressources ?

				De quoi auriez-vous eu besoin ? Comment vous êtes-vous sentie ?
3.1.2.1. Rôle infirmier	Identifier le rôle infirmier auprès des patient atteints de pathologies mentales hospitalisés en soins généraux	À quoi êtes-vous plus particulièrement attaché dans le prendre soin d'un patient atteint de maladie mentale ?		Pouvez-vous me donner des exemples ? Avez-vous l'occasion de réaliser des entretiens d'aide auprès de ces patients ? Quelles sont vos ressources ? Quels sont vos besoins ? Avez-vous l'occasion de prendre en soin à la fois la pathologie psychiatrique et somatique lors d'une même hospitalisation ? Qu'est-ce qui est difficile ? Qu'est-ce qui est aidant ? Quelles sont vos ressources ? Quels sont vos besoins ?
3.3. Intelligence émotionnelle du soignant et vécu du soignant	Comprendre comment le vécu du soignant peut avoir une influence sur la prise en soin des patients atteints de pathologies mentales	Comment vivez-vous les hospitalisations en soins généraux des personnes atteintes d'une pathologie mentale ?		Quelles sont vos ressources ? Quels sont vos besoins ? Qu'est-ce qui est difficile ? Qu'est-ce qu'il vous manque ?

		hospitalisés en soins généraux		
	3.4. Compétences relationnelles	Identifier les compétences relationnelles nécessaires à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux	<p>Selon vous qu'est ce qui vous semble nécessaire à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?</p>	<p>Quelles compétences vous semblent nécessaires à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?</p> <p>Comment se développent-elles ?</p> <p>Quelles sont vos ressources ?</p> <p>Quels sont vos besoins ?</p> <p>Qu'est-ce qui vous manque ?</p>
			<p>Qu'est-ce qui vous semble à éviter dans la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?</p>	<p>Quelles sont vos ressources afin d'être guidé dans la prise en soin des personnes atteintes d'une maladie mentale hospitalisées en soins généraux ?</p> <p>Quelles sont vos difficultés ?</p> <p>De quoi auriez-vous besoin pour vivre au mieux ces prises en soins ?</p>
	3.5 Relation de soin	Identifier comment les soignants construisent une relation de confiance avec le patient	Arrivez-vous à créer une relation de confiance avec les patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?	<p>Pour vous qu'est ce que la relation de confiance ?</p> <p>Quelles sont vos ressources ?</p> <p>Quelles sont vos difficultés ?</p>

			Pouvez-vous m'en parler ?	
			Comment se construit cette relation soignant-soigné ?	De quoi avez-vous besoin pour que la relation se crée ? Qu'est-ce qui est difficile ? Quelles sont vos ressources ?

Conclusion:

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
- Je vous remercie d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien, je tiens à vous rappeler que cet entretien est anonyme.

Annexe II - Entretien n°1

ESI: l'étudiant en soins infirmiers = l'intervieweur

IDE: l'infirmier.ère = l'interviewé.e

ESI : Bonjour, je m'appelle Anna Halatre, je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSI de Pontchaillou. Tout d'abord, je vous remercie de m'accorder de votre temps pour réaliser cet entretien dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Mon travail aborde la question de la prise en soin des personnes atteintes de maladie mentale hospitalisées en soins généraux. Cet entretien est anonyme, acceptez-vous que je l'enregistre ?

IDE 1: Bonjour, oui aucun souci.

ESI : Pouvez-vous vous présenter?

IDE 1: Je suis infirmière en chirurgie digestive depuis l'été dernier, l'été 2023.

ESI : D'accord ! C'était un choix de travailler dans ce service ?

IDE 1 : Oui, j'avais réalisé un de mes stages en chirurgie digestive donc je voulais soit travailler aux urgences soit travailler en chirurgie digestive et on m'a proposé ce service.

ESI: D'accord, concernant mon sujet, pour vous qu'est-ce qu'un patient atteint d'une maladie mentale ?

IDE 1 : ...euh... C'est difficile comme question... Un patient atteint de maladie mentale c'est un patient atteint d'une pathologie...non visible à l'œil, des pathologies psychiatriques avec des traitements adaptés à la pathologie... je ne saurais pas trop comment expliquer... ce n'est pas trop mon domaine on va dire.

ESI : Et quel est votre domaine ?

IDE 1 : Dans le service ce sont des patients avec des pathologies somatiques ça va être des patients avec des pathologies éphémères. Même si souvent ça découle d'un cancer dans le service, les patients sont là pour des problèmes qui sont limités dans le temps. Je sais que certaines pathologies psychiatriques aussi peuvent être passagères mais ça ne représente pas l'intégralité des pathologies.

ESI : D'accord, et selon vous quelles images la psychiatrie et la maladie mentale véhiculent-elles dans la société en général ?

IDE 1 : Ah bah c'est vrai que dans la société en général ça n'a quand même pas une très belle image. Il y a des pathologies qui sont quand même plus connues que d'autres. Particulièrement la dépression car on sait qu'elle peut toucher tout le monde. Après il y a des pathologies qui font plus peur aussi, tout ce qui est schizophrénie, tout ça qui sont très peu connus je pense de la société en général mais même de la plupart des soignants. C'est peu connu donc ça fait peur et le peu qu'on entend parler ça renvoie une image de danger dans les faits divers.

ESI : Et dans le milieu du soin selon vous quelle image véhicule la maladie mentale ?

IDE 1 : Je pense que dans le milieu du soin la plupart des pathologies psychiatriques sont mal connues. C'est vrai qu'on a quand même des cours lors de la formation initiale mais c'est très rapide. C'est les grandes lignes et je pense que si on ne fait pas de stage réellement en service d'admission de psychiatrie on ne peut pas mettre en lien.

ESI : Et qu'est ce qui pourrait expliquer cette vision justement malgré le fait que nous soyons soignants ?

IDE 1 : Déjà moi par exemple je sais que dans mon parcours de stage je n'ai pas fait de réel stage dans un service d'hôpital psychiatrique mais j'ai des amies qui, pour le coup sont infirmières en psychiatrie qui sont passionnées par ça. Moi ce que je voyais en cours ça ne me parlait pas car je n'avais pas eu l'occasion de réellement faire des liens et les patients que j'ai rencontré c'était des patients qui étaient sous traitement et il était équilibré. Le peu de fois où j'ai vu des patients qui décompensent c'était aux urgences mais c'était des passages tellement rapides que je n'ai pas eu cette chance d'en rencontrer beaucoup. Je pense que ce n'est pas quelque chose qui parle à tout le monde déjà de par le lieu de stage et aussi car ce n'est pas quelque chose de visible. Ce n'est pas comme un os cassé et puis il y a plusieurs phases dans les pathologies. Je pense que ça ne parle pas à tout le monde et on en rencontre pas forcément systématiquement en stage du moins pas sur des phases de décompensation.

ESI : Sinon, d'après vous quels seraient les besoins des patients atteints de pathologies mentales lorsqu'ils sont hospitalisés en soins généraux ?

IDE 1 : Je pense que c'est des patients qui, déjà dans les services conventionnels, sont assez incompris la plupart du temps avec beaucoup de préjugés. C'est des patients qui ont besoin d'écoute, qui ont besoin de plus de temps pour qu'on leur explique les choses, pour qu'ils comprennent, c'est très important pour eux de comprendre. S'ils ne comprennent pas ce qu'on leur fait ça peut être très angoissant. C'est des patients... qui généralement ont besoin d'être en chambre seule car ils ont besoin d'intimité de se concentrer sur eux-mêmes. Ils ont également besoin de leur entourage, plus qu'un patient ordinaire, c'est pour ça que généralement on autorise facilement qu'un accompagnant reste dormir avec certains patients parce que d'une leur famille les connaît mieux que nous et les comprends mieux que nous. Je pense qu'ils ont plus le temps aussi pour les patients en règle générale et c'est souvent une aide pour nous car on n'a pas forcément tout le temps nécessaire en tous cas en service conventionnel pour ces patients.

ESI : Et, est-ce que vous avez l'impression de répondre à leurs besoins ?

IDE 1 : Je trouve que c'est difficile ne serait-ce que dans la bonne prise des traitements, en chirurgie souvent les patients arrivent par les urgences, les prescriptions de traitements sont extrêmement importantes surtout pour des patients ayant des pathologies mentales. Souvent les prescriptions arrivent tard où nous n'avons pas les traitements adaptés dans le service, on fait des commandes urgentes. Ça arrive qu'il y ait des retards de traitements, soit nous n'avons pas la prescription, soit il n'est pas délivré par l'hôpital. Parfois ce sont des traitements très particuliers. En plus de ça en chirurgie avec les blocs, les anesthésies et cætera, il faut faire attention à tous les traitements et ça arrive qu'il y ait des ruptures. Je pense qu'on n'a pas le temps nécessaire pour tout leur expliquer, notamment lorsqu'ils passent au bloc en urgence, donc je pense qu'en règle générale que ça soit pour notre service mais même beaucoup d'autres, la prise en charge n'est pas adaptée ou ne l'est que rarement.

ESI : Comment alliez-vous la prise en soin psychiatrique et somatique ?

IDE 1 : On maintient les traitements prescrits, ... c'est plus du maintien on va dire. Ce n'est pas une prise en soin psychiatrique puisqu'on ne met rien en place pour ses patients contrairement à ce qu'ils pourraient voir en hôpital psychiatrique. Il n'y a pas d'atelier, l'écoute active est la même pour un patient ayant une pathologie psychiatrique et un autre patient généralement.

ESI : De quoi auriez-vous besoin pour répondre à leurs attentes ?

IDE 1 : Nous aurions besoin de plus de temps. Je pense que ça serait peut-être bien qu'on ait des ressources à notre disposition, comme des affiches explicatives concernant les opérations ou les

maladies. Les médecins n'ont pas particulièrement le temps de passer donc ça serait bien qu'on ait le temps de leur expliquer ce qu'est une anesthésie générale ou locale pour rassurer les patients car ce sont des situations qui peuvent être particulièrement angoissantes. De plus, peut-être le passage, même sur des hospitalisations de courte durée, de psychothérapeutes ou autres pour maintenir un suivi auprès de ses patients.

ESI : Pensez vous que la pathologie mentale a des répercussions sur la prise en soin somatique des patients hospitalisés en soins généraux ?

IDE 1 : Sur la prise en soin des patients oui car nous soignant on part avec beaucoup d'aprioris. Je prends l'exemple d'une patiente qui est rentrée par les urgences pour une cholécystite pendant la nuit vers 23h qui devait être opérée dès le lendemain matin à 8h. C'était une dame avec un traitement très lourd et qui avait comme antécédents de la bipolarité et de la schizophrénie donc avec un traitement lourd et important, donc déjà il a fallu trouver tous les traitements et on s'est retrouvés en difficulté. La patiente nous a fait comprendre que si on lui donnait ces traitements maintenant elle ne se réveillerait pas pour aller au bloc opératoire à 8h et on n'a pas su comment s'adapter. Ce n'était pas possible pour le programme des opérations de s'adapter. Elle devait passer en première position et nous avons dû essayer de contacter le médecin pour savoir comment adapter le traitement pour voir s'il était possible de le modifier. Les médecins eux-mêmes ne s'y connaissaient pas suffisamment pour se risquer à modifier le traitement. Nous avons donc dû adapter le réveil, la lever plus tôt pour qu'elle ait le temps de mieux se réveiller. Nous partions avec des aprioris en se disant "ah bah ça va être compliqué, la nuit va être compliquée". Nous nous disions que nous allions devoir lui expliquer beaucoup de choses, nous nous sommes dit que la patiente allait surement être demandeuse et au final il a fallu que l'on s'adapte à la patiente le matin. Qu'on adapte notre organisation dans les soins et c'est vrai que ça n'est pas toujours facile de s'adapter au patient, d'adapter sa prise en soin car on a beaucoup de patients en charge. Dans cette situation, il a fallu la réveiller plus tôt que les autres patients plus classiques qui n'ont pas de traitement qui nécessitent une adaptation et on a dû bouleverser notre organisation pour le bien de la patiente.

ESI : D'accord, et quelles sont les difficultés que vous avez ressenties dans cette situation ?

IDE 1 : C'est de devoir s'adapter à elle. Même si ce n'est pas toujours évident, c'est important et on est toujours un peu réticent quand même, on a un peu peur de savoir si la nuit va bien se passer si la patiente ne va pas décompenser sur la nuit. On ne sait pas gérer les prises en charge avec contentions. Tous les soins réalisés surtout dans les services de psychiatrie on est quand même beaucoup moins à l'aise là-dessus. Quand on arrive aux transmissions et qu'on nous dit que certains patients sont

contentionnés on a une charge mentale différente, on est toujours plus craintifs face à ses prises en charge.

ESI : Et par rapport à ses difficultés, quelles sont vos ressources ?

IDE 1 : Moi étant diplômée depuis plus de 6 mois, je n'ai jamais eu de formation contention typiquement et c'est quelque chose que j'aimerais bien car ce n'est pas quelque chose à prendre à la légère. J'ai entendu beaucoup d'histoires tragiques où les patients décèdent d'une cause liée à leurs contentions. Lorsque je me retrouve face à un patient contentonné je me retrouve en difficulté car je ne sais pas utiliser correctement les contentions. Nous n'avons pas de réelles ressources mis à part sur les traitements où on peut consulter le Vidal, concernant les contentions ou les pathologies psychiatriques on n'a pas tant de ressources que ça.

ESI : Et qu'est ce qui est aidant dans ces situations ?

IDE 1 : On a les outils informatiques, ... sinon les familles et les patients qui parfois connaissent vraiment bien leurs pathologies même si parfois on est un peu sur la réserve car nous ne maîtrisons pas complètement les pathologies ni les traitements spécifiques.

ESI : Sinon, pour vous qu'est ce que c'est prendre soin d'un patient atteint d'une pathologie mentale en soins généraux ?

IDE 1 : On prend en soins le patient dans sa globalité, après en fonction de la pathologie on ne fait pas de grande différence avec un patient qui a une pathologie psychiatrique ou non. On essaie de s'adapter au mieux même si ce n'est pas toujours évident. Comme je disais on va essayer de maintenir un lien avec la famille si celle-ci est très présente au quotidien car on sait que ça permet de garder un certain équilibre pour le patient. La présence de la famille est vraiment importante ça nous aide surtout sur la journée mais aussi sur la nuit car ils servent de médiateur car les patients ne nous connaissent pas et n'ont pas encore confiance donc la famille sert d'intermédiaire. De plus, ce sont des prises en soins qui nécessitent beaucoup d'écoute, beaucoup d'explications, on essaie de prendre plus de temps, après ça dépend de la pathologie du patient.

ESI : Pouvez-vous me parler de la dernière prise en soin que vous avez faite d'un patient atteint d'une pathologie mentale ?

IDE 1 : On a souvent des patients avec de la bipolarité, de la dépression, ça on en a beaucoup mais après en service de chirurgie les patients ne restent pas très longtemps, ça va de 24h à bien plus. Les

personnes qui restent longtemps sont souvent des patients où les chirurgies se sont compliquées. Souvent dans le service, les patients qui ont des pathologies psychiatriques viennent souvent pour des pathologies sans gravité si traitées à temps type appendicite, cholécystite, donc ce sont des patients qui ne restent pas longtemps. Dans mes dernières prises en soins de patients ayant des pathologies mentales les patients étaient équilibrés de par leur traitement. En tous cas on n'a pas eu de grosses difficultés avec ses patients.

ESI : D'accord, et à quoi êtes-vous plus particulièrement attaché dans le prendre soin d'un patient atteint de maladie mentale ?

IDE 1 : Je dirais que la communication est très importante, que le patient puisse s'exprimer et moi de mon côté toujours lui dire ce que je fais. S'adapter au patient aussi à ses besoins ... Que les proches du patient puissent être présents le plus possible, c'est aidant pour nous comme pour le patient.

ESI : Et comment vivez-vous les hospitalisations en soins généraux des personnes atteintes d'une pathologie mentale ?

IDE 1 : La plupart du temps je les prends comme des patients, comme n'importe quel patient, ils ont juste une pathologie psychiatrique mais comme certains patients peuvent avoir des pathologies somatiques autres que digestives. Après la communication n'est pas toujours évidente, en plus de ça on doit s'adapter à eux. Ils ont quand même plus de besoins souvent, ce n'est pas toujours évident. Je ne suis pas des plus à l'aise mais j'essaie malgré tout de les prendre en soin comme un patient normal. Car en soit c'est une personne comme nous tous ayant une pathologie psychiatrique mais ça reste un patient en chirurgie digestive, se présentant pour une pathologie digestive et je ne vais pas forcément faire de différenciation particulière entre deux patients. Même si c'est vrai que j'apprends la communication et une décompensation dans le service car on n'a pas de ressources à notre disposition.

ESI : Selon vous qu'est ce qui vous semble nécessaire à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 1 : Tout d'abord la connaissance de la pathologie et de la pharmacologie. De connaître également les différentes phases de certaines pathologies comme la bipolarité. De connaître aussi les différentes approches à avoir, le relationnel car on n'a pas vraiment le temps de faire des entretiens d'aide comme en psychiatrie mais dans le peu de temps qu'on a de savoir comment communiquer. Je me souviens pendant un de mes stages en libéral j'étais avec une infirmière qui avait travaillé pendant 10 ans en psychiatrie et en libéral on a quand même beaucoup de patients avec des pathologies

psychiatriques et quand j'arrivais chez ses patients, en fonction d'avec qui j'étais l'approche n'était pas du tout la même. L'infirmière qui avait de l'expérience en psychiatrie avait une approche beaucoup plus réfléchie, elle analysait quotidiennement dans quelle mentalité se trouvait le patient et s'adapte en fonction de lui, mais tout ça elle le devait surtout à son expérience, ça s'acquiert comme ça je pense ou alors avec des formations mais je ne sais pas si ça existe vraiment en dehors de la formation initiale. Mais en plus de ça elle connaissait vraiment bien les pathologies, leurs caractéristiques et les différentes phases de ses pathologies. Elle savait quand il fallait insister un peu pour les soins ou au contraire quand les reporter aussi, c'était très enrichissant et je pense que ça pourrait être important d'avoir une formation vraiment là-dedans. C'est vrai qu'en service de soins généraux ce n'est pas toujours évident de s'adapter par exemple si un patient a besoin que les soins soient reportés, on essaie au maximum mais c'est sûr que ça n'est pas aussi idéal qu'en service adapté pour les pathologies psychiatriques.

ESI : Et selon vous, qu'est ce qui peut expliquer que la prise en soin n'est pas toujours adaptée ?

IDE 1 : Le manque de temps, le manque de moyens aussi et peut-être aussi qu'en tant que soignants on reste trop fixés sur nos habitudes. Ce n'est pas toujours facile de modifier sa routine mais il y a pleins d'axes de modifications possibles par exemple peut-être que réaliser toutes les toilettes de tous les patients le matin, ça n'est pas forcément adapté pour le patient. C'est pratique pour le soignant mais pas pour le patient surtout chez des patients avec des pathologies mentales qui ont leurs propres habitudes et chez certains patients ce sont ses habitudes qui leur permettent de rester dans leurs bottes entre guillemets. Si les prises en soins des patients ayant des pathologies psychiatriques ne sont pas toujours évidentes, je pense que c'est surtout du côté du soignant qu'elles sont difficiles, ça demande une charge de travail supplémentaire de devoir s'adapter ça demande quand même de la volonté de la part des soignants. C'est pour ça qu'il est important qu'on réussisse à modifier nos habitudes de travail.

ESI : Et comment vous pourriez justement mettre en œuvre des modifications ?

IDE 1 : Il faut faire jouer la continuité des soins que l'équipe se mette d'accord entre elle, si la toilette n'est pas possible le matin et bien elle sera faite avec l'équipe d'après-midi et que ça ne pose pas de problème à l'équipe. Après nos locaux font que les douches sont communes aux patients donc il faut également prendre ça en compte et aménager l'emploi du temps suivant tous les patients même si ça n'est pas toujours évident.

ESI : Qu'est ce qui vous semble à éviter dans la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 1 : Il ne faut pas bousculer le patient ça serait plutôt au soignant de s'adapter, ne pas le forcer à respecter les horaires de l'hôpital. Il faudrait également qu'il soit le moins possible en chambre double. Les chambres d'ailleurs qui sont un gros problème dans le service, il y a beaucoup de chambres doubles qui ne sont pas très adaptées, on se trouve dans un vieux bâtiment. Quand les patients viennent pour des hospitalisations programmées ils peuvent demander à se trouver en chambre double mais leur volonté n'est pas toujours respectée car on ne peut juste pas mettre tout le monde en chambre simple. Le service est constamment plein, je sais qu'on essaie au maximum sur la journée, quand on sait qu'un patient qui va arriver à la nécessité d'être en chambre simple on essaie de faire des changements de chambre la journée pour que ces patients puissent être en chambre simple mais ça n'est pas toujours possible, parfois l'intégralité de nos patients devraient être en chambre seule.

ESI : Vous parliez tout à l'heure de la relation de confiance, comment arrivez-vous à créer une relation de confiance avec les patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 1 : Ça dépend pour lesquels, j'essaie de passer régulièrement dans la chambre et de profiter quand les patients sont réveillés car je travaille de nuit, pour discuter, parler, poser des questions. Si je vois que les patients sont réceptifs, j'en profite pour donner mon prénom, et je n'hésite pas à me représenter à chaque fois. J'essaie de retenir ce que les patients me disent et quand je les revois plusieurs jours d'affilée j'essaie de leur parler de choses qu'ils m'ont dit, je m'intéresse à eux. J'essaie aussi d'expliquer l'intégralité de mes gestes, je leur montre que c'est normal d'avoir des questions, j'essaie d'installer un climat de confiance pour qu'ils puissent s'exprimer librement et qu'ils n'hésitent pas à m'interpeller à la moindre question.

Je pense que pour que la relation fonctionne il faut que le soignant s'adapte, montrer au patient qu'on le connaît et s'il voit qu'il peut avoir confiance mais il faut que ça aille dans les deux sens il faut que le patient s'investisse aussi.

ESI : Et comment se construit cette relation soignant-soigné ?

IDE 1 : De mon côté j'ai besoin d'être à l'écoute, de m'intéresser et d'avoir le temps aussi et puis ... C'est vrai que parfois ça m'arrive de me retrouver en difficulté, que la communication avec moi ça ne passe pas et dans ce cas là je demande à des collègues de prendre le relai où même si je vois que la communication passe mieux avec une collègue ça m'arrive de lui déléguer, pour le confort de tout le monde de moi comme du patient, ça ne sert à rien d'insister, au contraire ça ne peut parfois qu'envenimer une situation. De même que ça arrive aussi à mes collègues qui par exemple demandent

de l'aide à d'autres collègues pour la prise de sang du matin de 6h du matin qui est d'ailleurs un soin délicat car c'est désagréable pour le patient, on le réveille, ça fait mal et il est tôt en plus de ça.

ESI : J'en ai terminé avec mes questions, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IDE 1 : J'ai répondu à un autre entretien de mémoire qui lui était sur le thème de la fin de vie, on en a beaucoup dans le service et même si chaque fin de vie ne se ressemble pas, c'est un domaine beaucoup moins vaste que la psychiatrie, on n'en a pas une vision globale. Souvent on rentre dans la chambre avec des aprioris, on se dit que ça va être des patients demandeurs, qu'ils vont beaucoup sonner, qu'on va devoir passer beaucoup de temps avec eux mais finalement la plupart du temps, à la limite ceux avec qui c'est plus compliqué c'est quand on a des patients qui ont un retard mental, mais les autres pathologies lorsqu'elles sont équilibrées par le traitement ou même parfois ça nous arrive d'oublier qu'ils ont des pathologies psychiatriques car ils sont très bien psychologiquement dans le service. C'est plus aux urgences en stage où j'avais vu pas mal de patients qui décompensaient mais ils étaient tout de suite redirigés à l'hôpital psychiatrique.

ESI : Je vous remercie d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien, je tiens à vous rappeler que cet entretien est anonyme et enregistré.

.

IDE 1 : De rien ! Bonne fin de journée !

ESI : Merci, bonne fin de journée également !

IDE 1 : Au revoir !

ESI : Au revoir !

Annexe III - Entretien n°2

ESI: l'étudiant en soins infirmiers = l'intervieweur

IDE: l'infirmier.ère = l'interviewé.e

ESI : Bonjour, je m'appelle Anna Halatre, je suis étudiante infirmière en 3e année à l'IFSI de Pontchaillou. Tout d'abord je vous remercie de m'accorder de votre temps pour réaliser cet entretien dans le cadre de la rédaction de mon mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers. Mon travail aborde la question de la prise en soin des personnes atteintes de maladie mentale hospitalisées en soins généraux. Cet entretien est anonyme, acceptez-vous que je l'enregistre ?

IDE 2 : Bonjour, oui cela ne me dérange pas.

ESI : Pouvez-vous vous présenter ?

IDE 2 : Je suis infirmière diplômée depuis juillet 2022. J'ai travaillé 6 mois aux urgences en sortie de diplôme et ensuite 7 mois en orthopédie dans un petit centre hospitalier, actuellement je travaille depuis 6 mois en service de chirurgie digestive dans un centre hospitalier universitaire.

ESI : D'accord ! C'était un choix de votre part de travailler dans ce service ?

IDE 2 : C'était mon deuxième choix mais oui c'était tout de même une volonté de ma part.

ESI : Sinon concernant mon sujet, pour vous qu'est ce qu' un patient atteint d'une maladie mentale ?

IDE 2 : Euh ... Pour moi par exemple en digestive on a beaucoup de cancer et je trouve que la maladie mentale elle est aussi invalidante qu'un cancer, même si l'approche est totalement différente surtout dans les soins que ça soit aux urgences ou dans un service conventionnel. Un patient atteint d'une pathologie mentale, ça fait peur aux équipes car on sait qu' il y a besoin de plus de temps, que le soin relationnel c'est très important. En hospitalisation conventionnelle on n'a pas ce temps-là, on n'a pas le temps pour faire des soins relationnels et donc ça fait peur aux équipes. Pour moi la maladie mentale c'est un peu comme un cancer mais des pensées, c'est un peu la même chose.

ESI : Et justement par rapport à cela, pour vous, quelles images la psychiatrie et la maladie mentale véhiculent-t-elles dans la société en général ?

IDE 2 : C'est très péjoratif, ça fait peur et les gens sont très mal informés et donc les équipes ça arrive qu'elles se braquent. Quand on voit qu'il y a noté une maladie mentale sur le dossier comme les troubles bipolaires ou la schizophrénie, les équipes se demandent comment va être le patient, en espérant qu'il ne sera pas agité, qu'il ne sera pas violent.

ESI : Et selon vous, qu'est ce qui fait qu'il y ait cette vision malgré que nous soyons soignants ?

IDE 2 : Je pense que c'est l'image qu'on a avant de rentrer à l'école aussi, véhiculée dans les films et les médias avec beaucoup de violence mise en avant. Donc ça fait peur on a l'image de personnes folles, dangereuses. Il y a certains patients qu'on peut rencontrer qui sont agressifs qu'on rencontre dans les services et donc ça continue de véhiculer ces images.

ESI : D'après vous quels sont les besoins des patients atteints de maladie mentale lorsqu'ils sont hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : C'est un besoin d'écoute, besoin d'avoir une routine, je pense que c'est très important suivant la pathologie, d'avoir des habitudes, de voir les mêmes soignants, qu'on prenne le temps de leur expliquer les choses, plus que les patients non atteints de pathologie mentale même si toute personne a besoin qu'on prenne du temps pour s'en occuper et lui expliquer les soins.

ESI : Et est ce que vous avez l'impression de répondre à leurs besoins dans le service ?

IDE 2 : Euh pas tout le temps, le fait qu'on manque de connaissances, le module de la formation est intéressant mais ça ne correspond pas au terrain, la pratique et la théorie sont différentes et donc on n'a pas toutes les clefs pour répondre à leurs besoins. On ne comprend pas correctement les patients et on a du mal à se positionner, à prendre du temps et à mettre des limites aussi. Lors d'une prise en soin en orthopédie, j'avais eu un patient avec des troubles bipolaires et il voulait avoir ses médicaments à heure fixe sauf que parfois l'activité du service fait que t'es pas en capacité de pouvoir lui donner à 18h pile et ça peut engendrer du stress pour le patient.

ESI : Et ces besoins sont-ils les mêmes lorsque les patients sont hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : Je pense que les besoins sont les mêmes en soins généraux ou services de psychiatrie. Après en psychiatrie, les patients sont hospitalisés pour leur problème mental et s'ils ont un problème somatique il est mineur par rapport à la pathologie mentale sinon ils sont hospitalisés en soins généraux. Alors qu'en service conventionnel les patients sont là pour traiter leur problème somatique et toute la partie psychiatrique est vraiment mise de côté. Ça dépend des services mais le patient peut

parfois être réduit à sa pathologie, on met un peu de côté ses antécédents pas parce qu'on ne veut pas les prendre en charge mais la façon dont le service fonctionne c'est comme ça.

ESI : Comment alliez-vous la prise en soin psychiatrique et somatique ?

IDE 2 : Il y a des personnes qui sont plus ou moins à l'aise avec les maladies mentales et je pense qu'on essaie de se débrouiller comme on peut, on essaie de mettre des choses en place comme on peut. C'est tellement spécifique comme soin qu'on se débrouille comme on peut, ce n'est pas toujours évident c'est un peu mis de côté.

ESI : Et de quoi auriez-vous besoin pour répondre à leurs attentes ?

IDE 2 : Peut-être déjà d'avoir des formations, qui doivent sans doute exister, pour avoir une idée de vraiment comment prendre en soins certains patients. Après plus d'effectif pour avoir plus de temps, même pour les patients qui n'ont pas de problèmes mental.

ESI : Pensez vous que la pathologie mentale a des répercussions sur la prise en soin somatique des patients hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : Oui, c'est sur

ESI : Est ce que cela vous est déjà arrivé ?

IDE 2 : Je trouve qu'il y a une très grosse discrimination des patients qui ont des pathologies mentales lorsqu'ils sont hospitalisés en soins somatiques et en général. Quand un patient arrivait par exemple aux urgences pour une pathologie somatique, les soignants étaient plutôt contents, par contre pour une pathologie psychiatrique les soignants étaient moins ravis, ils disaient que ça allait prendre beaucoup de temps. On pense directement aux contentions, après aux urgences c'est différent si les patients viennent pour une décompensation de leur pathologie ils ne sont souvent pas stabilisés et peuvent être dangereux pour eux et pour les autres. Et dans les services plus classiques, suivant l'activité du service, quand l'activité est très importante on a tendance à se dire que les patients vont nous prendre beaucoup de temps que l'on a pas.

ESI : Vous souvenez-vous d'une situation où ça a été le cas ? Si oui, pouvez-vous me raconter ce qui c'est passé ?

IDE 2 : C'était en orthopédie, il y avait un jeune patient 19 ans, avec des troubles bipolaires et la prise en soin était impactée mais surtout dans la juste distance, l'équipe n'avait pas forcément de limite avec lui, il nous tutoyait et certains membres de l'équipe le tutoyait aussi, au niveau du positionnement ce n'était pas facile. Le patient était très à l'aise, il faisait un peu ce qu'il voulait, il n'y avait pas de cadre et personne n'osait lui fixer des limites de peur de sa réaction.

ESI : Et quelles difficultés pouvez-vous ressentir ?

IDE 2 : C'est surtout de la frustration dans ses prises en soins de ne pas avoir le temps de mettre en place des actions, la prise en soin n'est pas globale et on n'a pas l'impression de prendre le patient dans son intégralité.

ESI : Et au contraire qu'est ce qui est aidant ou quelles ressources avez vous dans ces situations ?

IDE 2 : Quand certains soignants sont plus à l'aise, qu'ils ont déjà travaillé en psychiatrie, ils peuvent apporter des solutions et puis parfois les familles où les proches par exemple dans cette situation le patient était en foyer d'accueil et les dames du foyer passaient régulièrement le voir, lui parler. La famille ça peut être aidant dans certaines situations comme aussi parfois rajouter une certaine pression à l'équipe et parfois ça n'est pas une ressource mais plus une difficulté quand parfois elle est défaillante en quelque sorte, quand eux aussi ont des problèmes.

ESI : Pour vous qu'est ce que c'est prendre soin d'un patient atteint d'une pathologie mentale en soins généraux ?

IDE 2 : Pour moi, je pense que pour pouvoir prendre en soin un patient qui a une pathologie mentale en soins généraux, ça dépend de la maladie si elle ne prend pas beaucoup de place dans les soins que ça n'a pas d'impact sur l'adhésion aux soins du patient, leur qualité de vie et leur quotidien là on peut mettre la maladie mentale plus au second plan, alors que si la maladie mentale est très handicapante au quotidien ça serait important de soigner autant la pathologie mentale que somatique ce qui n'est pas le cas actuellement. Après c'est au soignant aussi de savoir évaluer le risque de crise ou de décompensation pour pouvoir alerter les médecins, l'observation clinique c'est très important.

ESI : D'accord, et comment prenez-vous en soins ces patients ?

IDE 2 : ... On se débrouille comme on peut. Si les patients sont agités on essaie de les mettre en chambre simple si c'est possible et puis sinon on essaie d'avoir un peu de soins relationnels même si ce n'est pas toujours évident. Et surtout réussir à donner les traitements, les avoirs bien comme il faut

pour pas qu'il y ait de rupture thérapeutique. Surtout quand c'est des patients stables depuis longtemps c'est dommage de rompre tout le traitement instauré depuis X temps à cause de la délivrance de l'hôpital. J'avais une patiente qui était arrivée en orthopédie suite à une fracture je ne sais plus exactement où et elle avait ensuite eu un plâtre cruro-pédieux donc du bout des orteils jusqu'à la cuisse, elle ne pouvait pas marcher et avait du mal à l'entendre. Au niveau de ses traitements elle était arrivée avec une valise entière remplie de médicaments déblistés, on ne pouvait donc pas les lui donner. Les médecins avaient mis du temps à tout prescrire malgré le fait qu'on avait récupéré son ordonnance et la dame son suivi avec son psychiatre était un peu ancien et donc elle n'était pas stable au niveau psychique. De plus un de ses traitements faisait partie des stupéfiants, donc la délivrance a mis du temps donc la dame n'a pas eu son traitement malgré sa demande, elle répétait qu'il était dans sa valise mais impossible de lui administrer. Sinon quand les patients sont à jeun on ne peut pas donner certains traitements et ce n'est pas toujours idéal on n'a pas de ressources pour les traitements hormi parfois les médecins ou le Vidal.

ESI : Justement dans la prise en soin de patients atteints de pathologie mentales hospitalisés en soins généraux, qu'est ce qui est aidant ou difficile et quelles ressources avez vous ?

IDE 2 : Ce qui est aidant c'est déjà quand les patients sont stables et quand ils sont en confiance, quand on arrive à tisser une relation de confiance avec eux, avec un cadre et des limites. Quand on arrive à avoir une routine avec eux qu'on peut respecter, qu'on va dans leur sens en s'adaptant dans la mesure du possible. Et les difficultés c'est l'activité du service et la méconnaissance des troubles.

ESI : A quoi êtes-vous plus particulièrement attaché dans le prendre soin d'un patient atteint de maladie mentale ?

IDE 2 : Je sais pas trop ...

ESI : Est-ce que, par exemple, vous avez l'occasion de réaliser des entretiens d'aide auprès de ces patients ?

IDE 2 : Euh ... pas dans les services conventionnels, après je ne sais pas ce qu'on définit quand on parle de trouble mental mais des personnes dépressives il y en a quand beaucoup surtout en chirurgie digestive si les gens ont des cancers forcément niveau moral c'est normal que ça n'aille pas trop. Dans ce cadre là, ça arrive qu'on réalise des entretiens d'aide quand les gens arrivent à exprimer leurs pensées quand ils ont envie de parler. Mais d'autres troubles mentaux qui ne sont pas du tout corrélés à un problème somatique c'est vrai qu'on n'a pas cette opportunité déjà car on ne connaît pas le dossier psychiatrique on n'a pas les tenants et les aboutissants. Sans connaître les antécédents c'est

difficile et puis les patients n'ont pas confiance pour se livrer, en plus ça demande une certaine technicité pour réaliser des bons entretiens d'aide. Quand on en a fait uniquement en stage, on peut remobiliser certaines choses mais c'est comme tout, ça se travaille.

ESI : Hormis des entretiens d'aide avez vous des choses que vous pouvez mettre en place pour ces patients ?

IDE 2 : Toujours en fonction de l'activité du service forcément. Mais sinon oui je pense qu'on peut essayer de prendre un peu plus de temps, après prendre du temps ça ne veut pas dire en perdre parce que là c'est quand même investi dans le soin. Si le patient est bien, qu'il comprend ce qu'il se passe, qu'il est calme, la prise en soin somatique va être beaucoup plus agréable que s'il nous crie dessus.

ESI : Et comment vivez-vous les hospitalisations en soins généraux des personnes atteintes d'une pathologie mentale ?

IDE 2 : Ça dépend un peu. Il n'y a pas que les patients ayant des pathologies mentales mais quand ses patients sont violents ou irrespectueux c'est irritant de s'occuper d'eux, après on s'en occupe de la même façon que les patients respectueux mais c'est vrai qu'on se dit que on a pas envie de se faire insulter, taper, cracher dessus mais c'est pas spécifique à la maladie mentale alors qu'il n'y avait pas en tous cas dans les antécédent de maladie mentale associé ni de traitement sur le long court attribué à des pathologies psychiatriques.

ESI : Et justement par rapport à ça, avez vous des ressources ?

IDE 2 : Oui, surtout dans le cadre de la violence, en soi quand les patients sont stabilisés, la prise en soin est la même qu'un patient n'ayant pas de pathologie mentale. Même les troubles cognitifs lorsqu'ils sont légers la prise en soin n'est pas impactée. Mais quand les troubles sont très présents et prennent énormément de place, avec notion d'agressivité. Il y a quand même possibilité de demander à des collègues de prendre le relai, je trouve ça bien et de discuter avec les collègues des prises en soins pour expliquer certaines prises en soins pour savoir comment eux ressentent ces prises en soins.

ESI : Et selon vous qu'est ce qui vous semble nécessaire à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : Bah déjà ça serait bien qu'ils puissent voir l'UMP [Unité Médico-psychologique], ou le CMP [Centre Médico-psychologique] ou je ne sais pas qui, quelqu'un qui représente cette partie du soin, qu'ils puissent être vus au moins une fois au cours de leur hospitalisation, si possible qui les connaît.

Même si ce n'est pas toujours évident mais pour le patient et nous ça serait une vraie ressource. Et aussi que la maladie mentale ne soit pas mise de côté même si tous les antécédents sont mis de côté lorsque les patients viennent pour certaines grosses chirurgies très importantes. Aussi quand il y a des STAFF ou des décisions d'équipe que quelqu'un viennent nous aider pour la prise en soin.

ESI : Et quelles compétences vous semblent nécessaires à la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : ... D'avoir des rappels sur certaines pathologies, celles qu'on rencontre le plus couramment. Ou avoir un témoignage de quelqu'un qui travaille en psychiatrie qui explique ce qu'on peut faire pour apaiser certaines situations, ce qu'on doit éviter de faire. Je pense que ça pourrait être bien.

ESI : Et qu'est ce qui vous semble à éviter dans la prise en soin des patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ?

IDE 2 : ... De ne pas avoir d'aprioris c'est déjà pas mal. Et d'essayer de ne pas montrer mon appréhension, qu'on est pressé ou qu'on préférerait ne pas être là. Si les patients le sentent ils peuvent se sentir en insécurité, ça peut installer un mal-être qui à terme peut s'extérioriser par de l'agressivité ou la dégradation de la relation soignant-soigné.

ESI : Vous parliez tout à l'heure de la relation de confiance, Arrivez-vous à créer une relation de confiance avec les patients atteints d'une pathologie mentale hospitalisés en soins généraux ? Pouvez-vous m'en parler ?

IDE 2 : C'est un peu personne dépendante comme avec tous les patients. Le contact passe mieux avec certaines personnes. C'est un sentiment qu'on ressent soit le contact passe bien et dans ce cas-là relation se crée d'elle-même soit le contact passe moins bien et dans ce cas soit on peut passer le relai.

ESI : D'accord, et comment définiriez-vous cette relation de confiance ?

IDE 2 : C'est quand le patient est content de te voir, ça témoigne de ta relation de confiance avec le patient. Pour la mettre en œuvre il faut prendre le temps avec les patients de pouvoir leur expliquer tout ce qu'on leur fait, pourquoi et essayer de répondre à leurs besoins dans la limite du possible. Et ça veut dire ne pas juste réaliser les soins, par exemple pendant une prise de sang, d'accord on a besoin de ces normes mais on veut aussi que le patient sente qu'on le considère en tant que personne et pas que comme malade.

ESI : Ça arrive que vous ayez des difficultés à construire cette relation de confiance ?

IDE 2 : Ça dépend des patients, de leur caractère et du nôtre aussi. Après ce qui est bien c'est qu'on peut demander de l'aide aux collègues.

ESI : Et comment définiriez-vous la relation soignant-soigné ?

IDE 2 : C'est une relation très particulière, avec un sentiment de hiérarchie, le soignant avec la blouse qui représente l'autorité et le patient qui peut être dans une position inférieure du fait de son état c'est une relation qui n'est pas égale. Et justement avec de la confiance, en créant une relation de confiance ça permet de revenir sur un pied d'égalité qui permet au patient de se sentir plus en confiance, il peut être plus libre de poser des questions, il est plus détendu.

ESI : J'en ai terminé avec mes questions, souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

IDE 2 : Non c'est bon !

ESI : Je vous remercie d'avoir pris le temps d'effectuer cet entretien, je tiens à vous rappeler que cet entretien est anonyme.

IDE 2 : Pas de soucis, bon courage pour la rédaction du mémoire !

ESI : Merci ! Bonne soirée !

IDE 2 : Merci à toi aussi !

Annexe IV - Tableau d'analyse des entretiens

<p>Le patient atteint d'une pathologie mentale hospitalisé en soins généraux</p>	<p>La maladie mentale</p>	<p>Définition</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complexité de la définition - Invisibilité - Temporalité de la pathologie - Exemples de pathologies - Population 	<p>IDE 1: "C'est difficile", "je ne saurais pas trop comment expliquer", "c'est un domaine beaucoup moins vaste que la psychiatrie, on n'en a pas une vision globale."</p> <p>IDE 2: "C'est tellement spécifique", " je ne sais pas ce qu'on définit quand on parle de trouble mental "</p> <p>IDE 1: "Un patient atteint de maladie mentale c'est un patient atteint d'une pathologie...non visible à l'œil", "ce n'est pas quelque chose de visible, ce n'est pas comme un os cassé"</p> <p>IDE 1: "Je sais que certaines pathologies psychiatriques aussi peuvent être passagères mais ça ne représente pas l'intégralité des pathologies."</p> <p>IDE 1: "dépression", "schizophrénie", "bipolarité"</p> <p>IDE 2: "troubles bipolaires ou la schizophrénie"</p> <p>IDE 1: "elle peut toucher tout le monde"</p>
		<p>Conséquences</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> - Invalidité - Chronicité <p>Traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des traitements adaptés - La place du traitement - Importance de l'observance 	<p>IDE 2: "la maladie mentale elle est aussi invalidante"</p> <p>IDE 1: " il était équilibré", "j'ai vu des patients qui décompensaient", "il y a plusieurs phases dans les pathologies"</p> <p>IDE 2: "décompensation"</p> <p>IDE 1: "traitements adaptés à la pathologie"</p> <p>IDE 1: "les prescriptions de traitements sont extrêmement importantes surtout pour des patients ayant des pathologies mentales", "traitements lourds et importants"</p> <p>Le champ lexical du traitement apparaît 28 fois lors des entretiens.</p> <p>IDE 1: "la bonne prise des traitements", "équilibré de par leur traitement", "les autres pathologies lorsqu'elles sont équilibrées par le traitement ou même parfois ça nous arrive d'oublier qu'ils ont des pathologies psychiatriques car ils sont très bien psychologiquement dans le service."</p> <p>IDE 2: "Et surtout réussir à donner les traitements, les avoir bien comme il faut pour pas qu'il y ait de rupture thérapeutique"</p>
	Les besoins du patient	Universalité des besoins	<p>IDE 1: "plus qu'un patient ordinaire"</p> <p>IDE 2: "Je pense que les besoins sont les mêmes en soins généraux ou services"</p>

			<p>de psychiatrie.”</p> <p>La champ lexical du besoin apparaît 17 fois lors des entretiens.</p>
		Ecoute	<p>IDE 1: C’est des patients qui ont besoin d’écoute”, “ ce sont des prises en soins qui nécessitent beaucoup d’écoute”</p> <p>IDE 2: “C’est un besoin d’écoute”</p>
		Temps	<p>IDE 1: “besoin de plus de temps”, “on essaie de prendre plus de temps”, “se concentrer sur eux-mêmes”</p> <p>IDE 2: il y a besoin de plus de temps”, “besoin qu’on prenne du temps”, “qu’on prenne le temps”</p>
		Compréhension	<p>IDE 1: “pour qu’ils comprennent”, “c’est très important pour eux de comprendre”, “beaucoup d’explications”</p> <p>IDE 2: “leur expliquer les choses”</p>
		Intimité	<p>IDE 1: “C’est des patients ... qui généralement ont besoin d’être en chambre seule car ils ont besoin d’intimité”, “Il faudrait également qu’il soit le moins possible en chambre double.”</p>
		Présence de leur entourage	<p>IDE 1: “Ils ont également besoin de leur entourage”, “on autorise plus facilement qu’un accompagnant reste dormir”</p>

		<p>Sentiment d’immuabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continuité des soins - Ritualisation <p>Confiance</p> <p>Les limites du soignant</p>	<p>IDE 1: “maintenir un suivi auprès de ses patients”, “ ça permet de garder un certain équilibre pour le patient”, , “la dame son suivi avec son psychiatre était un peu ancien et donc elle n’était pas stable au niveau psychique”, “qu’ils puissent être vus au moins une fois au cours de leur hospitalisation”, “Surtout quand c’est des patients stables depuis longtemps c’est dommage de rompre tout le traitement instauré depuis X temps à cause de la délivrance de l’hôpital”</p> <p>IDE 1: “ patients avec des pathologies mentales qui ont leurs propres habitudes”</p> <p>IDE 2: “besoin d’avoir une routine, je pense que c’est très important suivant la pathologie, d’avoir des habitudes, de voir les mêmes soignants,”, “avoir une routine avec eux qu’on peut respecter”,</p> <p>IDE 1: “ n’ont pas encore confiance”, “J’essaie aussi d’expliquer l’intégralité de mes gestes”, “je leur montre que c’est normal d’avoir des questions”, “ rassurer les patients”,</p> <p>IDE 1: “Je trouve que c’est difficile”</p>
	<p>Le vécu du patient</p>	<p>Emotions</p>	<p>IDE 1: “situations qui peuvent être particulièrement angoissantes”</p> <p>IDE 2: “ça peut engendrer du stress pour le patient.”, “ ils peuvent se sentir en insécurité, ça peut installer un mal-être qui à terme peut s’extérioriser par de</p>

			l'agressivité ou la dégradation de la relation soignant-soigné.”
Les représentations sociales de la maladie mentale	Représentations de la maladie mentale dans la société	<p>Manque de connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dans la société - Et chez les soignants <p>Définition</p> <p>Banalisation</p>	<p>IDE 1: “ Il y a des pathologies qui sont plus connues que d’autres”, “le peu qu’on en entend parler”, “la plupart des pathologies psychiatriques sont mal connues”, : “dans la société en général ça n’a quand même pas une très belle image.”, “ça renvoie une image de danger dans les faits divers”</p> <p>IDE 2: “les gens sont très mal informés”</p> <p>IDE 1: “ce n’est pas quelque chose qui parle à tout le monde”, “ça ne parle pas à tout le monde”, IDE 2: “on manque de connaissances”, “la méconnaissance des troubles”</p> <p>IDE 2:” Pour moi la maladie mentale c’est un peu comme un cancer mais des pensées, c’est un peu la même chose”,</p> <p>IDE 2: “personnes dépressives il y en a quand beaucoup surtout en chirurgie digestive si les gens ont des cancers forcément niveau moral c’est normal que ça n’aille pas trop.”</p>
	Représentations de la maladie	<p>Représentations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positives 	<p>IDE 2: “ne pas avoir d’aprioris”</p>

	<p>mentale chez les soignants</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Négatives - Emergence des représentation <p>Émotions</p> - Appréhension 	<p>IDE 1: “beaucoup de préjugés”, “On ne sait pas gérer les prises en charge avec contentions”, “Souvent on rentre dans la chambre avec des aprioris”, “ce sont ses habitudes qui leur permettent de rester dans leurs bottes entre guillemets”, “patients demandeurs, qu’ils vont beaucoup sonner, qu’on va devoir passer beaucoup de temps avec eux “, “Je pense que c’est des patients qui déjà dans les services conventionnels sont assez incompris”</p> <p>IDE 2: “C’est très péjoratif”, “On pense directement aux contentions”</p> <p>IDE 1: “C’est peu connu donc ça fait peur”, “j’ai entendu beaucoup d’histoires tragiques où les patients décèdent d’une cause liée à leurs contentions”</p> <p>IDE 2: “je pense que c’est l’image qu’on a avant de rentrer à l’école aussi”, “véhiculée dans les films et les médias”</p> <p>IDE 1: “Nous nous disions que nous allions devoir lui expliquer beaucoup de choses, nous nous sommes dit que la patiente allait surement être demandeuse “</p> <p>IDE 2: “ils disaient que ça allait prendre beaucoup de temps.”, “on a tendance à se dire que les patients vont nous prendre beaucoup de temps que l’on a pas.”, “en espérant qu’il ne sera pas agité, qu’il ne sera pas violent”, “beaucoup de violence”, “on a l’image de personnes folles, dangereuses”, “agressifs”, “ très grosse discrimination des patients qui ont des pathologies mentales lorsqu’ils sont hospitalisés en soins somatiques et en général.”, “ ils ne sont souvent pas</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Peur 	<p>stabilisés et peuvent être dangereux pour eux et pour les autres.”, “ c’est vrai qu'on se dit que on a pas envie de se faire insulter, taper, cracher dessus “</p> <p>DE 1: “ on est toujours plus craintifs face à ses prises en charge.”, “il y a des pathologies qui font peur”, “on a un peu peur de savoir si la nuit va bien se passer si la patiente va pas décompenser sur la nuit.”, “ Même si c’est vrai que j’appréhende la communication et une décompensation dans le service car on n’a pas de ressources à notre disposition.”</p> <p>IDE 2: “Un patient atteint d’une pathologie mentale, ça fait peur aux équipes”, “les équipes se demandent comment va être le patient”, “ça fait peur”</p> <p>Entre les deux infirmière la notion de peur reviens 8 fois lors des entretiens</p>
	Dynamique de groupe	<ul style="list-style-type: none"> - Conséquences 	<p>IDE 1: “nous soignant on part avec beaucoup d’aprioris”, “nous partions avec des aprioris en se disant “ah bah ça va être compliqué, la nuit va être compliquée”,</p> <p>IDE 2: “les équipes ça arrive qu’elles se braquent”, “pas parce qu’ on ne veut pas les prendre en charge mais la façon dont le service fonctionne c’est comme ça.”</p>
Prise en soin	Généralités	Conception du soin auprès des patients atteints de pathologies mentales	<p>IDE 1: “ La plupart du temps je les prends comme des patients, comme n’importe quel patient, ils ont juste une pathologie psychiatrique mais comme certains patients peuvent avoir des pathologies somatiques autres que digestives”</p>

		<p>hospitalisés en soins généraux</p> <p>Compétences requises</p> <p>Connaissances</p> <ul style="list-style-type: none"> - Théoriques incomplètes des soignants 	<p>IDE 1: “On prend en soins le patient dans sa globalité”, “en fonction de la pathologie on ne fait pas de grande différence avec un patient qui a une pathologie psychiatrique ou non”, “ ça dépend de la pathologie du patient.”IDE 2: “ toute la partie psychiatrique est vraiment mise de côté.”, “ le patient peut parfois être réduit à sa pathologie”, “ c'est un peu mis de côté.”, “la prise en soin n'est pas globale”, “on n'a pas l'impression de prendre le patient dans son intégralité”, “ça dépend de la maladie”,: “l'approche est totalement différente surtout dans les soins”</p> <p>IDE 1: Ce n'est pas trop mon domaine”, “on est quand même beaucoup moins à l'aise là-dessus.”</p> <p>IDE 2: “certains soignants sont plus à l'aise”, “ Il y a des personnes qui sont plus ou moins à l'aise avec les maladies mentales”,</p> <p>IDE 1: “l'on a quand même des cours lors de la formation initiale mais c'est très rapide c'est les grandes lignes”, “ce que je voyais en cours ça ne me parlait pas car je n'avais pas eu l'occasion de réellement faire des liens”, “Lorsque je me retrouve face à un patient contentonné je me retrouve en difficulté car je ne sais pas utiliser correctement les contentions”, “on est un peu sur la réserve car nous ne maîtrisons pas complètement les pathologies ni les traitements spécifiques.”, “ connaissance de la pathologie et de la pharmaceutique”</p> <p>IDE 2: “le module de la formation est intéressant mais ça ne correspond pas au</p>
--	--	--	---

		- Pratiques	<p>terrain”, “ la pratique et la théorie sont différentes et donc on n’a pas toutes les clefs pour répondre à leurs besoins.”</p> <p>IDE 1: “si on ne fait pas de stage réellement en service d’admission de psychiatrie on ne peut pas mettre en lien.”</p>
Rôle IDE	Continuité des soins		<p>IDE 1: “On maintient les traitements prescrits”, “c’est plus du maintien on va dire”, “Ce n’est pas une prise en soin psychiatrique”, “on ne met rien en place pour ses patients contrairement à ce qu’ils pourraient voir en hôpital psychiatrique”, “Il n’y a pas d’atelier”,</p>
		Soins relationnels	<p>IDE 2: “on essaie d’avoir un peu de soins relationnels même si ce n’est pas toujours évident” “ faire des soins relationnels”, “le soins relationnel c’est très important”</p>
		- Communication	<p>IDE 1: “j’essaie de passer régulièrement dans la chambre”, “ discuter, parler, poser des questions”, “J’essaie de retenir ce que les patients me disent et quand je les revois plusieurs jours d’affilée j’essaie de leur parler de choses qu’ils m’ont dis, je m'intéresse à eux”</p>
		- Explication	<p>IDE 1: “on leur explique les choses”, “ S' ils ne comprennent pas ce qu’on leur fait ça peut être très angoissant”</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Ecoute active - Relation soignant/soigné - Relation de confiance - Du soignant envers le patient - Du patient envers le soignant 	<p>IDE 2: “pouvoir leur expliquer tout ce qu’on leur fait”, “essayer de répondre à leurs besoins dans la limite du possible”</p> <p>IDE 1: “L’écoute active est la même pour un patient ayant une pathologie psychiatrique et un autre patient généralement.”, “j’ai besoin d’être à l’écoute”</p> <p>IDE 2: “C’est une relation très particulière”, “sentiment de hiérarchie”, “le soignant avec la blouse qui représente l’autorité et le patient qui peut être dans une position inférieure du fait de son état c’est une relation qui n’est pas égale.”</p> <p>IDE 2: “pied d’égalité”</p> <p>IDE 1: “j’essaie d’installer un climat de confiance pour qu’ils puissent s’exprimer librement et qu’ils n’hésitent pas à m’interpeller à la moindre question.”, , “[j’ai besoin] de m’intéresser”</p> <p>IDE 2: “on le considère en tant que personne et pas que comme malade.”</p> <p>IDE 1: “ le patient puisse s’exprimer et moi de mon côté toujours lui dire ce que je fais”,</p> <p>IDE 2: “quand ils sont en confiance “, “les patients n’ont pas confiance pour se livrer”, “il peut être plus libre de poser des question, il est plus détendu.”</p>
--	--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Dans les deux sens 	<p>IDE 1: “montrer au patient qu’on le connaît”, “il faut que ça aille dans les deux sens il faut que le patient s’investisse aussi.”, “confort de tout le monde de moi comme du patient”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Demande des compétences 	<p>IDE 1: “La communication est très importante”, “connaître aussi les différentes approches à avoir, le relationnel “, “savoir comment communiquer.”, “elle analysait quotidiennement dans quelle mentalité se trouvait le patient et s’adapte en fonction de lui.”, “Elle savait quand il fallait insister un peu pour les soins ou au contraire quand les reporter aussi”</p> <p>IDE 2: “ça demande une certaine technicité pour réaliser un bon entretien d’aide”, “on peut remobiliser certaines choses mais c’est comme tout, ça se travaille.”, “quelqu’un qui travaille en psychiatrie qui explique ce qu’on peut faire pour apaiser certaines situations,”</p>
		<ul style="list-style-type: none"> - Propre à chacun 	<p>IDE 1: “en fonction d’avec qui j’étais l’approche n’était pas du tout la même”, “elle le devait surtout à son expérience”</p> <p>IDE 2: “C’est un peu personne dépendante comme avec tous les patients.”, “Le contact passe mieux avec certaines personnes”, “Ça dépend des patients, de leur caractère et du nôtre aussi.”, “C’est un sentiment qu’on ressent soit le contact passe bien et dans ce cas-là relation se crée d’elle-même”</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Besoin de temps - Savoir évaluer les limites - Connaître le patient <p>Collaboration</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avec les différents professionnels - Avec l'entourage <p>Adapter</p> <ul style="list-style-type: none"> - La prise en soin au 	<p>IDE 1: "d'avoir le temps"</p> <p>IDE 2: "il faut prendre le temps"</p> <p>La notion de temps reviens 27 fois lors des deux entretiens</p> <p>IDE 1: "ça ne sert à rien d'insister, au contraire ça ne peut parfois qu'envenimer une situation."</p> <p>IDE 2: "un cadre et des limites"</p> <p>IDE 2: "on n'a pas cette opportunité déjà car on ne connaît pas le dossier psychiatrique on n'a pas les tenants et les aboutissants", "sans connaître les antécédents c'est difficile"</p> <p>IDE 1: "dû essayer de contacter le médecin pour savoir comment adapter le traitement"</p> <p>IDE 2: "alerter les médecins"</p> <p>IDE 1: "on va essayer de maintenir un lien avec la famille si celle-ci est très présente au quotidien", " Que les proches du patient puissent être présents le plus possible, c'est aidant pour nous comme pour le patient."</p> <p>IDE 1: "adapter le réveil, la lever plus tôt pour qu'elle ait le temps de mieux se</p>
--	--	---	--

		<p>patient</p> <p>- L'organisation des soins</p> <p>Evaluation de l'état psychique du patient</p>	<p>réveiller”, “il a fallu que l'on s'adapte à la patiente”, “ il a fallu la réveiller plus tôt que les autres patients plus classiques qui n'ont pas de traitement qui nécessitent une adaptation”, “ Il ne faut pas bousculer le patient ça serait plutôt au soignant de s'adapter, ne pas le forcer à respecter les horaires de l'hôpital.” “ il faut que le soignant s'adapte”</p> <p>IDE 2: “qu'on va dans leur sens en s'adaptant dans la mesure du possible.”, “on essaie de mettre des choses en place comme on peut”, “si les patients sont agités on essaie de les mettre en chambre simple”,</p> <p>IDE 1: “on adapte notre organisation dans les soins”, “on a dû bouleverser notre organisation pour le bien de la patiente.”</p> <p>La notion d'adaptation reviens 23 fois lors des entretiens”</p> <p>IDE 2: “savoir évaluer le risque de crise ou de décompensation” , “l'observation clinique c'est très important”</p>
	<p>Vécu du soignant</p>		<p>IDE 1: “Je ne suis pas des plus à l'aise mais j'essaie malgré tout de les prendre en soin comme un patient normal. ”, “Quand on arrive aux transmissions et qu'on nous dit que certains patients sont contentionnés on a une charge mentale différente”, “c'est surtout du côté du soignant qu'elles sont difficiles”, IDE 1: “ C'est pratique pour le soignant mais pas pour le patient”</p> <p>IDE 2: “c'est surtout de la frustration”, “ Si le patient est bien, qu'il comprend ce</p>

			<p>qu'il se passe, qu'il est calme, la prise en soin somatique va être beaucoup plus agréable que s' il nous crie dessus.”, “ Il n’y a pas que les patients ayant des pathologies mentales mais quand ses patients sont violents ou irrespectueux c’est irritant de s’occuper d’eux,” , “essayer de ne pas montrer mon appréhension”, “on préférerait ne pas être là”</p>
	Ressources pour les soignants	<p>Familles</p> <p>Matérielles</p>	<p>IDE 1: “ leur famille les connaît mieux que nous”, “les comprends mieux que nous”, “ils ont plus de temps”, “c’est souvent une aide pour nous”, “ les familles et les patients qui parfois connaissent vraiment bien leurs pathologies”, “La présence de la famille est vraiment importante ça nous aide”, “ ils servent de médiateur car les patients ne nous connaissent pas”</p> <p>IDE 2: “parfois les familles où les proches par exemple dans cette situation le patient était en foyer d'accueil et les dames du foyer passaient régulièrement le voir, lui parler. La famille ça peut être aidant dans certaines situations comme aussi parfois rajouter une certaine pression à l’équipe et parfois ça n’est pas une ressource mais plus une difficulté quand parfois elle est défaillante en quelque sorte, quand eux aussi ont des problèmes.”</p> <p>IDE 1: “[pour les traitements] on peut consulter le Vidal”</p> <p>IDE 1: “affiches explicatives concernant les opérations ou les maladies.”</p>

		<p>Connaissances théoriques</p> <ul style="list-style-type: none"> - A pouvoir transmettre facilement au patient - Dans l'exercice de la profession <p>Collaboration pluridisciplinaire</p> <p>Formation</p> <p>Equipe</p>	<p>IDE 1: "elle connaissait vraiment bien les pathologies, leurs caractéristiques et les différentes phases de ses pathologies"</p> <p>IDE 1: " le passage, même sur des hospitalisations de courte durée, de psychothérapeutes ou autres"</p> <p>IDE 2: "ça serait bien qu'ils puissent voir l'UMP [Unité Médico-psychologique], ou le CMP [Centre Médico-psychologique]", "uand il y a des STAFF ou des décisions d'équipe que quelqu'un viennent nous aider pour la prise en soin."</p> <p>IDE 1: "je n'ai jamais eu de formation contention typiquement et c'est quelque chose que j'aimerais bien", "je pense ou alors avec des formations mais je ne sais pas si ça existe vraiment en dehors de la formation initiale", "je pense que ça pourrait être important d'avoir une formation vraiment là-dedans."</p> <p>IDE 2: "avoir des formations qui doivent sans doute exister", "avoir des rappels sur certaines pathologies"</p> <p>IDE 1: " Il faut faire jouer la continuité des soins que l'équipe se mette d'accord entre elle", " communication avec moi ça ne passe pas et dans ce cas là je demande à des collègues de prendre le relai où même si je vois que la communication passe mieux avec une collègue ça m'arrive de lui déléguer"</p> <p>IDE 2: "Il y a quand même possibilité de demander à des collègues de prendre le</p>
--	--	--	---

		<p>Le patient</p> <p>Prendre le temps</p>	<p>relai”, “soit le contact passe moins bien et dans ce cas soit on peut passer le relai.”, “ Après ce qui est bien c’est qu’on peut demander de l’aide aux collègues.”, “plus d’effectif”, “ils ont déjà travaillé en psychiatrie, ils peuvent apporter des solutions”, “je trouve ça bien et de discuter avec les collègues des prises en soins pour expliquer certaines prises en soins pour savoir comment eux ressentent ces prises en soins.”</p> <p>IDE 1: “La patiente nous a fait comprendre que si on lui donnait ces traitements maintenant elle ne se réveillerait pas pour aller au bloc opératoire à 8h”</p> <p>IDE 2: “quand les patients sont stables “</p> <p>IDE 2: “ on peut essayer de prendre un peu plus de temps”</p>
	<p>Limites de la prise en soin</p>	<p>Traitements</p> <p>Difficulté des soignants</p> <p>- A s’adapter</p>	<p>IDE 1: “les médecins eux-mêmes ne s’y connaissent pas suffisamment pour se risquer à modifier le traitement”, “les prescriptions arrivent tard où nous n’avons pas les traitements adaptés dans le service”, “ça arrive qu’il y ait des retards de traitements soit nous n’avons pas la prescription soit il n’est pas délivré par l’hôpital parfois ce sont des traitements très particuliers” “il faut faire attention à tous les traitements”, “ il a fallu trouver tous les traitements et on s’est retrouvés en difficulté”</p> <p>IDE 1: “on n’a pas su comment s’adapter”, “ça n’est pas toujours facile de</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - A répondre aux besoins des patients - A la prise en soin <p>Limites institutionnelles/ Activité du service</p>	<p>s'adapter au patient”, “ on est toujours un peu réticent quand même”, “On essaie de s'adapter au mieux même si ce n'est pas toujours évident”, “ce n'est pas toujours évident de s'adapter”, “on reste trop fixés sur nos habitudes”, “Ce n'est pas toujours facile de modifier sa routine”“ça demande une charge de travail supplémentaire de devoir s'adapter, ça demande quand même de la volonté de la part des soignants.”,“Il est important qu'on réussisse à modifier nos habitudes de travail.”,</p> <p>IDE 1: “Ils ont quand même plus de besoins souvent, ce n'est pas toujours évident”</p> <p>IDE 1:“ la prise en charge n'est pas adaptée ou ne l'est que rarement.”</p> <p>IDE 1: “les prises en soins des patients ayant des pathologies psychiatriques ne sont pas toujours évidentes”, “C'est vrai que parfois ça m'arrive de me retrouver en difficulté”</p> <p>IDE 2: “On ne comprend pas correctement les patients”, “on essaye de se débrouiller comme on peut”, “on se débrouille comme on peut, ce n'est pas toujours évident”, “personne n'osait lui fixer des limites de peur de sa réaction”, “on se débrouille comme on peut”</p> <p>IDE 1: “ce n'était pas possible pour le programme des opérations de s'adapter”, “c'est sûr que ça n'est pas aussi idéal qu'en service adapté pour les pathologies psychiatriques.”, “ manque de moyens”, “ Le service est constamment plein”,</p>
--	--	---	--

		<p>Manque de ressources</p> <p>Pression temporelle</p> <p>Fixer un cadre à la relation</p> <p>Communication</p>	<p>“on a beaucoup de patients à charge”</p> <p>IDE 2: “l’activité du service fait que t’es pas en capacité de pouvoir”, “ Sinon quand les patients sont à jeun on ne peut pas donner certains traitements et ce n’est pas toujours idéal”, “l’activité du service”, “toujours en fonction de l’activité du service”</p> <p>IDE 1: “Nous n’avons pas de réelles ressources”, “ concernant les contentions ou les pathologies psychiatriques on n’a pas tant de ressources que ça.”</p> <p>IDE 2: “on n’a pas de ressources pour les traitements hormi parfois les médecins ou le vidal.”</p> <p>IDE 1: “Nous aurions besoin de plus de temps,”, “ on n’a pas forcément tout le temps nécessaire”, “on n’a pas le temps nécessaire”, “on a pas vraiment le temps”, “Le manque de temps”</p> <p>IDE 2: “on n’a pas ce temps-là”, “on n’a pas le temps”, “on est pressé”, “prendre du temps”, “plus de temps”</p> <p>IDE 2: “on a du mal à se positionner”, “mettre des limites”, “juste distance”, “ l’équipe n’avait pas forcément de limite avec lui”, “ Le patient était très à l’aise”, “il n’y avait pas de cadre”</p> <p>IDE 1: “ la communication n’est pas toujours évidente”</p>
--	--	---	--

Abstract

NOM : HALATRE

PRÉNOM : Anna

TITRE DU MÉMOIRE : La maladie mentale en soins généraux, l'infirmier et ses préjugés

This study aims to understand the influence of the social representations of mental illness that the caregivers may have about the people that are hospitalized in general care. First of all, I carried out theoretical research on the main themes of my research. Then I conducted two semi-structured interviews with two nurses that work in somatic care services. The data collected during both processes were then analysed and cross-referenced.

The results highlight the need to adapt the taking care to the patient. This study emphasizes the persistence of negative social representations about mental illness. These representations, often featured in the media, rely on a lack of knowledge and reinforces the stigmatization of patients and spread fear and apprehension among healthcare workers.

This study highlights the importance of the knowledge of the professionals against the stigmatization of patients, which can be acquired through training courses and requires personal investment from the caregivers. This research emphasized the need for nurses to be non-judgmental and to constantly question their own actions during each care session.

Finally, it would be interesting to go further and underline the importance for nurses to be vigilant to the social representations they may carry toward any person they take care for.

Cette étude a pour objectif de comprendre l'influence des représentations sociales de la maladie mentale des soignants sur la prise en soins des personnes hospitalisées en soins généraux. Tout d'abord, j'ai effectué des recherches théoriques sur les thèmes principaux de ma recherche. Par la suite, j'ai mené deux entretiens semi-directifs réalisés avec des infirmières travaillant dans des services de soins somatiques à l'hôpital. Les données collectées durant ces deux processus ont ensuite été analysées et confrontées.

Les résultats soulignent le besoin d'adaptation de la prise en soin au patient. L'étude met en lumière la persistance des représentations sociales négatives de la maladie mentale, souvent véhiculées par les médias, qui s'appuient sur un manque de connaissances, ce qui renforce la stigmatisation des patients et alimente la peur et l'apprehension des soignants.

Cette étude met en avant l'importance des connaissances des professionnels, contre la stigmatisation des patients, qui peuvent s'acquérir grâce à des formations et nécessite un investissement personnel des soignants. Enfin, il me semble important d'insister sur la nécessité d'un non-jugement et d'une remise en question permanente de la part des infirmiers lors de chaque prise en soin.

Pour conclure, il serait intéressant d'approfondir cette réflexion et de souligner l'importance pour les infirmiers de toujours être vigilant aux représentations sociales qu'ils peuvent avoir à l'égard de n'importe quelle personne qu'ils prennent en soin.

KEY WORDS : Social representation, Mental illness, Taking care, Stigmatization, Adaptation

MOTS CLÉS : Représentation sociale, Maladie mentale, Prendre soin, Stigmatisation, Adaptation

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou.

2 rue Henri Le Guilloux 35000 Rennes

TRAVAIL ECRIT DE FIN D'ETUDES – Année de formation : 2021-2024