

Domaine santé & social

Filière de formation des infirmières et infirmiers

## Infirmière en chirurgie : l'impact de l'annonce d'un transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques

Réalisé par

Caroline ROCH

Sous la Direction de

Sandra MICHELLOD

Sion, Juillet 2007

## Remerciements

Dans un premier temps, je souhaiterais dire merci à toutes les personnes qui ont rendu possible ce travail de recherche.

Je remercie spécialement les personnes suivantes:

- les infirmières responsables des deux établissements hospitaliers de Sierre et de Sion, de m'avoir bien accueillie. Merci de m'avoir accordé votre temps et votre collaboration.
- les infirmières des services de chirurgie qui ont répondu aux questionnaires et sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu voir le jour.
- Emmanuel Solioz, qui m'a beaucoup aidé lors de la réalisation de mon mémoire
- mes parents, ma sœur et Sébastien, qui m'ont soutenu durant mes quatre ans de formation, ainsi que mes amis et mes amies.
- Xavier Pitteloud, qui m'a aidé pour la correction de mon mémoire de fin d'études.

Et enfin un MERCI particulier à ma directrice de mémoire, Sandra Michellod, qui a su si bien me guider au fil de la réalisation de ce travail. Merci pour votre temps et votre patience.

# Sommaire

1. Introduction .....	3
2. Motivations .....	3
2.1 Motivations personnelles .....	3
2.2 Motivations professionnelles.....	5
3. Problématique .....	6
3.1 Question de recherche .....	7
3.2 Hypothèses.....	7
3.2.1 Hypothèse 1 .....	7
3.2.2 Hypothèse 2.....	8
3.3 Objectifs.....	8
4. Cadres théoriques .....	9
4.1 Les représentations .....	9
4.1.1 Définition de la représentation .....	9
4.1.2 Les fonctions des représentations sociales.....	10
4.1.3 L'organisation et la structure des représentations.....	12
4.1.4 La théorie du noyau central.....	12
4.1.5 Les éléments périphériques de la représentation .....	13
4.1.6 La fonction infirmière.....	13
4.1.7 Les représentations sociales de la psychiatrie.....	15
4.1.8 La vision des soignants.....	16
4.2 La santé.....	18
4.2.1 L'OMS .....	18
4.2.2 La santé mentale .....	18
4.2.3 La maladie mentale.....	20
4.3 Le rôle infirmier.....	29
4.3.1 Définition du rôle infirmier .....	30
4.3.2 La spécificité du rôle infirmier en chirurgie .....	35
5. Méthodologie.....	35
5.1 Démarche .....	35
5.2 Élaboration du questionnaire .....	37
5.3 Choix des personnes interrogées .....	37

---

6. Analyse .....	38
6.1 Description.....	38
6.2 Discussion .....	57
6.3 Synthèse de l'analyse.....	66
7. Bilans .....	68
7.1 Bilan personnel.....	68
7.2 Bilan méthodologique .....	69
7.3 Bilan professionnel .....	70
8. Conclusion .....	70
9. Bibliographie .....	72
10. Cyberographie.....	72
11. Article/Document.....	73
12. Annexe.....	73

# 1. Introduction

M'interroger sur les représentations qu'ont les infirmières<sup>1</sup> de chirurgie à l'égard de la psychiatrie, c'est tenter de comprendre comment elles perçoivent la maladie mentale. Questionner les infirmières par rapport à leurs émotions lorsqu'un patient souffrant de troubles psychiatriques, est annoncé dans leur service de chirurgie, c'est mettre des mots sur leur ressenti.

M'interroger sur les représentations qu'ont les infirmières sur les personnes ne souffrant pas de troubles psychiatriques, mais ayant des comportements se traduisant par de l'agitation, de la violence, de la confusion, c'est tenter de comprendre leurs approches de la prise en charge.

Pour l'élaboration de mon travail de mémoire, j'ai suivi un fil conducteur, afin de n'oublier aucun point important pour la compréhension de celui-ci. Ma question de recherche m'a permis de guider le choix de mes trois cadres de référence. J'ai ensuite déterminé deux hypothèses pour pouvoir construire un questionnaire, qui m'a permis de pouvoir ensuite répondre au mieux à celles-ci. L'analyse des différents résultats est essentielle pour ressortir les éléments principaux et nécessaires à la compréhension de mon mémoire.

## 2. Motivations

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je souhaiterais expliquer les raisons personnelles et professionnelles qui m'ont guidé dans le choix de ma thématique pour mon mémoire.

### 2.1 *Motivations personnelles*

Dès le début de ma formation j'ai été attirée par le domaine de la psychiatrie. J'ai eu la chance de pouvoir effectuer un stage avant mon entrée à l'école dans un milieu psychiatrique pour personnes âgées. J'ai alors rencontré différentes pathologies. Cette expérience m'a donné envie de m'intéresser à la psychiatrie adulte. J'ai donc

---

<sup>1</sup> Je souhaiterais préciser que pour ce travail, j'utilise le féminin par souci de simplification. Cependant, le terme infirmière désigne les professionnels des deux sexes.

tout naturellement porté mon choix sur ce sujet pour mon travail de mémoire, d'autant plus que j'envisage de me perfectionner dans ce domaine après trois ou quatre ans d'expérience en tant qu'infirmière.

Ce milieu m'intéresse vivement et m'attire, entre autre, pour les nombreux imprévus qu'on y rencontre. J'entends par cela, la diversité des comportements des personnes souffrant de troubles psychiques. Par exemple, un patient peut se trouver en état hypomane et un facteur quelconque peut engendrer une phase maniaque de manière très soudaine.

D'autre part, certaines personnes peuvent être victimes d'hallucinations auditives et/ou visuelles, de moments d'angoisse, de violence et bien d'autres encore. J'ai l'envie et certaines compétences pour leur amener mon aide, ma compréhension et mon soutien.

J'avoue que certaines situations peuvent susciter en moi de la crainte ou parfois même de la tristesse. C'est un milieu où les émotions sont certaines et c'est en partie pour cette raison que cet environnement me donne envie d'en savoir plus.

Les différents liens thérapeutiques, l'utilisation du réseau du patient, les entretiens individuels ou avec la famille m'intéressent également. J'entends par cela, que l'implication de la famille est essentielle pour l'accompagnement et le soutien du patient. Le fait de pouvoir intégrer celle-ci et de partager cette étape avec le réseau du malade me captive également.

Étant une personne qui n'aime pas la routine, je pense que la psychiatrie m'offrira son lot de surprises et d'émotions.

Après mon diplôme, j'aimerais débiter en chirurgie, d'où le choix du service pour mon mémoire. Je pense qu'à la suite de la formation, il serait intéressant de pouvoir exercer dans un service de soins aigus, afin de pouvoir pratiquer et parfaire le côté technique de ma profession. C'est une facette du rôle infirmier qui m'intéresse aussi énormément.

Lors d'un stage en chirurgie, j'ai été frappée par le fait que peu de membre de l'équipe soignante avait l'intention, la patience et, parfois même, l'envie de prendre en charge un patient souffrant de troubles psychiques.

Il est arrivé que le malade ne fût pas encore admis dans le service que son annonce provoquait déjà une certaine « agitation » au sein de l'équipe soignante.

A mon sens, les membres de l'équipe se sentaient stressés à l'idée d'accueillir un patient souffrant de troubles psychiques et certains ont verbalisé qu'ils n'aimaient pas ce « type » de patients.

Cette constatation a éveillé ma curiosité et a suscité en moi l'envie de me pencher sur ce sujet ; définir les représentations des soignants de service de chirurgie, vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Après plusieurs lectures et visionnages de documents, une question m'est venue à l'esprit. Est-ce que les personnes agitées, violentes, confuses, sans diagnostic, posé par un psychiatre, provoquent les mêmes émotions au sein de l'équipe soignante, qu'un patient diagnostiqué de troubles psychiatriques ?

De plus, la réalisation de mon mémoire va me permettre d'approfondir mes connaissances sur les maladies psychiatriques.

## **2.2 Motivations professionnelles**

Comme déjà évoqué précédemment, les patients souffrant de troubles psychiatriques sont admis dans différents services de soins somatiques, selon leurs besoins. Les équipes soignantes qui les accueillent, pourraient se retrouver déstabilisées, gênées voire apeurées face à ces malades parfois « peu ordinaires ». Leurs comportements différents confrontent le personnel soignant à une situation « anormale », parfois difficile à gérer.

Je me suis approchée d'infirmières en soins généraux, durant mes stages, qui m'ont confié leurs difficultés et parfois leurs peurs face aux patients souffrant de troubles psychiques.

La contribution d'une infirmière spécialisée en psychiatrie dans un service de chirurgie apaiserait peut-être ces craintes et faciliterait la prise en charge de ces malades.

Je pense qu'en chirurgie, l'aspect biologique est privilégié, pour des raisons vitales, alors qu'en psychiatrie le relationnel est favorisé, tout simplement parce que ces personnes ne souffrent pas de troubles somatiques. Leur problème est psychique.

Le but est donc de les « réintroduire » dans la mesure du possible, dans la société et de les aider dans leur phase de crise.

### **3. Problématique**

Dans ce chapitre, consacré à la problématique, j'explique les différents chemins qui m'ont mené au choix de mon sujet de mémoire.

Je définis comment je suis arrivé à ma question de recherche.

Dans un premier temps, j'avais l'intention de traiter la prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiatriques dans un milieu de soins aigus, qu'est le service de chirurgie. Ce sujet étant très vaste, il aurait été nécessaire que je précise la durée de la prise en charge : depuis l'annonce de l'admission, l'arrivée du patient dans le service, durant un ou plusieurs jours ou encore jusqu'à sa sortie ? Après réflexion, j'ai préféré me concentrer sur l'annonce d'un transfert dans un service de chirurgie, d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. Le choix du moment est alors clair et précis.

Ma réflexion s'est ensuite portée sur le type de pathologie. Je désirais me limiter à une seule, afin de cibler mon sujet. Je pensais au patient schizophrène, parce qu'à mes yeux, celui-ci évoque de part ses troubles, la psychiatrie. Après discussion avec ma directrice de mémoire, il en est ressorti que les situations de ce genre pouvaient être peu rencontrées en chirurgie. Sachant que les opérations sont planifiées, si le patient est décompensé, son hospitalisation serait alors repoussée, sauf pour des raisons vitales. Nous avons trouvé intéressant de considérer tous les troubles psychiques et ainsi de ne pas me limiter à une seule pathologie, mais de toutes les développer, afin d'avoir une vision globale de celles-ci.

Lors de certains de mes stages, j'ai vécu des admissions de patients souffrant de troubles psychiatriques. Je prenais en charge ces personnes avec beaucoup de motivation. J'ai alors remarqué que ce n'était pas le cas de tout le monde. Certaines infirmières m'ont confié que ces admissions ne les réjouissaient pas. Pour plusieurs raisons : craintes diverses, stress, non motivation, difficultés de communication.



Ayant donc vécu ce type de situation à plusieurs reprises, j'ai décidé de me pencher sur la question.

### **3.1 Question de recherche**

Après un temps de réflexion, j'ai rédigé une question qui ciblait réellement la situation à laquelle je pensais.

#### **Quel est l'impact de l'annonce d'un transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques, au sein d'une équipe de soins infirmiers en chirurgie ?**

Cette question devrait démontrer les conséquences provoquées par l'annonce d'un transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques dans un service de soins aigus. Et ainsi de mieux définir les représentations des soignants face à la psychiatrie.

Il est maintenant nécessaire que je développe plusieurs hypothèses pour ensuite, orienter mon outil de recherche.

### **3.2 Hypothèses**

Les hypothèses sont des suppositions destinées à expliquer ou à prévoir des faits. Elles sont une réponse provisoire à la question de recherche et m'ont permis d'orienter mon questionnaire.

#### **3.2.1 Hypothèse 1**

L'annonce du transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques, dans un service de chirurgie, provoque des émotions négatives certaines, au sein de l'équipe de soins infirmiers.

J'ai donc retenu les principales émotions<sup>2</sup> en ressortant les négatives. Ma première hypothèse est donc construite sur les bases des différentes émotions possibles que peuvent ressentir les soignants. En la précisant quelque peu, mon hypothèse se traduit par :

---

<sup>2</sup> Joseph A. De Vito, Gilles Chassé, Carole Vezeau. *La communication interpersonnelle*. p 152.

→ L'annonce de transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques dans un service de chirurgie, provoque de la peur, de la colère, une anticipation négative de la part de l'équipe de soins infirmiers, en raison des représentations négatives de la psychiatrie.

En effet, je me base sur les différentes situations vécues en stage pour émettre cette hypothèse. Ce sont des émotions que j'ai pu observer à différentes reprises, sans pour autant généraliser ce comportement.

### **3.2.2 Hypothèse 2**

L'annonce de l'arrivée d'un patient agité, violent, confus, sans diagnostic posé par un psychiatre, provoque un stress au niveau de l'équipe de soins infirmiers, pour des raisons de difficultés de prise en charge.

Avec plus de précision, mon hypothèse se traduit par :

→ L'annonce d'un patient ayant des troubles du comportement tels que de l'agitation psychomotrice, de la violence, de la confusion; sans diagnostic posé par un psychiatre, provoque le même impact au niveau de l'équipe infirmière en raison de peur face à la difficulté de la prise en charge.

J'ai pu remarquer que parfois l'« étiquette » de « patient psy » était posée, alors que celui-ci ne souffre pas de troubles psychiatriques, mais est simplement agité, violent, confus ou incohérent pour diverses raisons. Cette hypothèse va me permettre de confirmer ou non mon observation.

Ces axiomes me servent de base pour établir mon outil de recherche en posant des questions pertinentes.

## **3.3 Objectifs**

A la suite de l'établissement des hypothèses, je définis les différents objectifs qui me sont venus à l'esprit.

Ainsi, la réalisation de mon mémoire de fin d'études va me permettre de répondre à plusieurs questions ainsi qu'à différents objectifs tels que :

- définir les représentations des soignants de chirurgie vis-à-vis de la psychiatrie.
- définir les émotions ressenties par les soignants lors de l'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques ou ayant une « étiquette » psychiatrique.
- vérifier si les soignants craignent certaines difficultés de prise en charge.

## 4. Cadres théoriques

Pour rédiger ce mémoire, j'utilise trois cadres théoriques pour que mon sujet soit considéré dans sa totalité.

En première partie, j'ai développé le concept des représentations. Celui-ci est important, afin de comprendre la vision des soignants de chirurgie par rapport aux patients souffrants de troubles psychiatriques.

La deuxième partie est consacrée à la maladie mentale, développée à l'aide du CIM 10.

Enfin, la définition du rôle infirmier constituera la troisième partie des cadres théoriques.

### 4.1 Les représentations

Je vais maintenant à l'aide de plusieurs sources, définir les représentations. Ce concept est indispensable pour la réalisation de mon mémoire. Les représentations forment notre pensée, notre vision des choses et des personnes. Elles peuvent également guider nos actions.

#### 4.1.1 Définition de la représentation

D'après le dictionnaire Le Petit Larousse (2007), une représentation est « *ce par quoi un objet est présent à l'esprit (image, concept, etc.)* ». Il est rajouté qu'il s'agit d'une « *perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet* ».

Serge MOSCOVICI dit qu'une représentation sociale est une « préparation à l'action ». Elle guide le comportement, mais le remodèle et reconstitue également les éléments de l'environnement. Il considère les représentations sociales comme des « théories », des « sciences collectives », destinées à interpréter et à façonner le réel.

Jean-Claude ABRIC<sup>3</sup> définit la représentation *« comme une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place »*.

Il entend par cela, que chacun a besoin d'avoir des représentations pour comprendre ses conduites, ses façons d'agir et par ce biais se trouver une place dans la société.

Pour Denise JODELET<sup>4</sup>, *«les représentations sociales sont une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, qui aboutit à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Cette forme de connaissance est différente de la connaissance scientifique, mais est aussi l'objet d'étude en raison de l'importance qu'elle prend dans la vie sociale »*.

Selon elle, la fabrication des représentations résulte du besoin de savoir à quoi s'en tenir avec le monde, afin de s'y ajuster, de s'y conduire.

#### **4.1.2 Les fonctions des représentations sociales**

De manière générale la représentation guide les actions et les relations sociales.

Selon J-C. ABRIC, les représentations sociales ont quatre fonctions principales<sup>5</sup> :

→ la fonction de **savoir**.

La représentation en ce sens, permet aux personnes d'acquérir des connaissances pour ensuite les intégrer dans la société. Elle facilite et rend possible la communication sociale. Elle permet de comprendre et d'expliquer la réalité.

---

<sup>3</sup> Jean-Claude ABRIC, Pratiques sociales et représentations p.13

<sup>4</sup> Ibid. p.13

<sup>5</sup> Ibid. p.15

Dans la profession d'infirmière, la fonction de savoir est importante. L'acquisition des connaissances (pathologies, soins techniques, relationnel...) permet aux membres de l'équipe d'avoir un langage commun, une pratique professionnelle, une communication qui fait que nous nous comprenons.

Ces connaissances nous permettent également de pouvoir expliquer au patient nos faits et gestes et ainsi développer une relation de confiance.

→ la fonction **identitaire**.

Dans ce cas, la représentation permet l'élaboration d'une identité sociale et personnelle.

De plus, elle permet à notre profession de nous différencier, par exemple, des physiothérapeutes, par notre pratique et notre relation avec les malades. Tout au long de notre journée, les représentations sont présentes. C'est ce qui fait que pour chaque patient notre manière d'être, d'agir, de parler est différente, et à mon avis, adaptée à chaque personne.

→ la fonction **d'orientation**.

Les représentations sont un guide pour l'action. Elles la précèdent et la déterminent. Cette fonction d'orientation nous guide quotidiennement dans notre pratique professionnelle. Elle nous permet de savoir quels comportements adopter avec chaque personne et comment agir, pratiquer nos soins. Cette fonction prouve une fois de plus que les représentations sont continuellement présentes.

Selon J-C. ABRIC, dans la plupart des cas « les jeux sont faits à l'avance », les conclusions sont posées avant même que l'action soit débutée.

Cette fonction est importante par rapport à mon sujet de mémoire, car elle va guider le comportement de l'infirmière avant même de « voir » le patient souffrant de troubles psychiques.

→ la fonction **justificatrice**.

L'action des représentations agit également en aval de l'action. Ce moyen permet aux individus de pouvoir justifier, expliquer leurs conduites dans une situation ou avec autrui.

### 4.1.3 L'organisation et la structure des représentations

Après avoir défini les fonctions des représentations, il est nécessaire d'expliquer comment celles-ci sont organisées et structurées, afin de pouvoir bien comprendre leur fonctionnement.

Les opinions, les croyances, les attitudes et l'ensemble d'informations constituent la représentation<sup>6</sup>.

Pour comprendre une représentation, il faut l'observer sous deux angles: son contenu et sa structure.

La représentation peut être définie comme étant un ensemble hiérarchisé et organisé autour d'un noyau central, constitué d'un ou plusieurs éléments la signifiant<sup>7</sup>. En ce sens, la représentation est une entité qui nécessite une structure, afin de pouvoir être interprétée.

### 4.1.4 La théorie du noyau central

Le noyau central<sup>8</sup> est l'élément fondamental de la représentation.

Il est caractérisé par deux fonctions :

→ une fonction **génératrice** : il est l'élément par lequel se crée la signification des autres éléments constitutifs de la représentation. On entend par cela que le noyau central est l'idée force de la représentation.

→ une fonction **organisatrice** : c'est le noyau central qui définit la nature des liens qui unissent entre eux les éléments de la représentation. C'est l'élément unificateur et stabilisateur de la représentation.

Le noyau central est l'élément le plus stable, le plus résistant au changement. Néanmoins, s'il y a une modification au niveau de celui-ci, c'est toute la représentation qui sera transformée.

---

<sup>6</sup> Ibid. p.19

<sup>7</sup> Ibid. p.19

<sup>8</sup> Ibid. p.21

On entend par cela que pour que deux représentations soient différentes, elles doivent être organisées autour de deux noyaux différents.

#### **4.1.5 Les éléments périphériques de la représentation**

Les éléments périphériques<sup>9</sup> gravitent autour du noyau central. Ils sont en relation directe avec celui-ci. Leur présence, leur valeur, leur fonction sont déterminées par le noyau. C'est la partie la plus concrète et vivante. Ces éléments sont également hiérarchisés. C'est-à-dire que s'ils sont proches du noyau central, ils jouent un rôle important dans la signification de la représentation, s'ils sont éloignés, ils illustrent, explicitent ou justifient cette signification.

En résumé, les éléments périphériques jouent un rôle essentiel dans la représentation.

Le noyau central et le système périphérique ont des priorités différentes mais complémentaires qui permettent l'adaptation de la représentation.

#### **4.1.6 La fonction infirmière**

Les représentations<sup>10</sup> dans la profession d'infirmière sont importantes, je vais grâce à la théorie de Christian GUIMELLI pouvoir les définir de manière succincte.

Selon lui, l'évolution des pratiques professionnelles est un puissant déterminant du changement des représentations sociales.

En effet, les rapports entre pratiques et représentations sociales dans la profession d'infirmière sont en pleine évolution et modification, ce qui engendre un changement au niveau des représentations.

En effet, le soin infirmier comporte deux champs distincts d'application :

→ le traditionnel, dans lequel l'infirmière exécute les prescriptions médicales.

Par exemple, la préparation et la distribution des médicaments, les soins techniques (pansement, ablation de drain, de fils, d'agrafes, pose sonde vésicale...) sont majoritairement effectués sur un ordre médical.

---

<sup>9</sup> Jean-Claude ABRIC, Pratiques sociales et représentations, p.24

<sup>10</sup> Jean-Claude ABRIC, Pratiques sociales et représentations, p.84

→ le « rôle propre », dans lequel l'infirmière possède une réelle autonomie et applique son propre savoir.

Par exemple, la relation d'aide, la toilette, les soins de confort, les nursings, les enseignements thérapeutiques et autres encore, sont des soins propres à l'infirmière et où elle est totalement autonome pour les pratiquer.

Ce deuxième champ modifie réellement la relation médecins-infirmiers, (caractérisé jusqu'alors par la dépendance) dans le sens de la collaboration et de la complémentarité. Ce rôle propre s'appuie sur l'utilisation d'outils spécifiques comme le dossier de soins. Il complète alors l'approche médicale. En effet, le rôle médical s'appuie sur la maladie tandis que l'infirmière est centrée sur la personne soignée.

Le rôle propre est une pratique nouvelle. Celle-ci est différemment appliquée dans les unités de soins, autant sur le plan qualitatif que quantitatif. Il existe plusieurs raisons à cela:

- son émergence et sa reconnaissance récentes ont surpris un bon nombre de professionnels peu armés au niveau de la théorie
- les infirmières exerçant dans les différents services ont certainement des diplômes distincts et par conséquent ont subi des influences diverses en matière de formation
- le personnel d'encadrement adopte des positions différentes sur le rôle propre. Certains pensent que ce dernier permettra entre autre une meilleure reconnaissance sociale et d'autres pensent que le rôle prescrit est prioritaire.

Grâce à cette observation, deux groupes bien distincts se forment. Celui qui réalise des tâches liées au rôle propre et par conséquent met en œuvre des pratiques nouvelles. Et l'autre qui exerce sa fonction de manière plus traditionnelle, en se centrant sur le rôle de prescription.

En résumé, l'accès à des pratiques nouvelles constitue un puissant déterminant des modifications des représentations sociales.



#### 4.1.7 Les représentations sociales de la psychiatrie

Après avoir développé les représentations de la fonction infirmière, je consacre maintenant une partie sur les représentations de la société par rapport à la psychiatrie.

En me référant au document « *Les représentations sociales de la psychiatrie* », une enquête<sup>11</sup> publiée en mai 2001, a retenu mon attention. Elle était consacrée à la perception qu'a la population générale concernant les problèmes psychiatriques et la santé mentale. Les personnes qui ont participé à l'interview devaient associer à différents items les termes de « fous », « malade mental » et « dépressif ». Il en est nettement ressorti que les notions de « fous » et de « malade mental » étaient liées à la violence, la dangerosité et l'incurabilité. Contrairement au « dépressif » qui renvoyait à une acceptation sociale dans le sens où ce terme signifiait tristesse, mal-être et ce pouvant être traité à l'extérieur de l'hôpital.

Pendant plusieurs siècles, pour des raisons de sécurité en premier lieu et thérapeutiques par la suite, le « fou » s'est retrouvé isolé, pour le protéger puis le soigner.

En effet, en 2004, une enquête<sup>12</sup> sur la perception qu'a la population française des problèmes de psychiatrie et de santé mentale, a été mise en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé. Il en est ressorti que la notion de « fou » et de « malade mental » faisait référence à une image de violence et de dangerosité. Beaucoup de gens pensent encore que c'est une maladie incurable, contrairement au malade dépressif. L'hôpital psychiatrique est le lieu où l'on soigne les « fous », les gens insensés n'ayant aucun rapport avec une population dite « normale ».

Actuellement, la médiatisation influence vraisemblablement, les représentations qu'a la population de la folie. On observe encore des gros titres comme : « le tueur fou » ou encore « le pervers pédophile ». Ces représentations découlent des siècles précédents et sont encore fortement ressenties aujourd'hui.

---

<sup>11</sup> Soins psychiatrie. *Les représentations sociales de la folie*. p.15

<sup>12</sup> Guimelchain-Bonnet Michèle, *La psychiatrie, in L'aide-soignante*, p.18

Ces deux enquêtes démontrent la vision d'une partie de la société par rapport à la maladie mentale.

#### **4.1.8 La vision des soignants**

Les soignants exerçant en psychiatrie ont également des représentations concernant la maladie mentale.

On a vu précédemment que la société a des représentations « négatives » de la psychiatrie. En général, les soignants ont également une vision négative de celle-ci. Cette représentation sociale de la maladie mentale est également présente chez ceux exerçant dans ce milieu.

En effet, d'après un article de GUIMELCHAIN<sup>13</sup>, j'ai ressorti que personne ne souhaiterait hospitaliser un membre de sa famille ou une connaissance dans le service dans lequel il exerce. On réalise que la maladie mentale peut atteindre chacun d'entre nous, et cela qui nous fait peur.

L'image des soignants en psychiatrie, démontrée par les médias, n'est pas plus réjouissante. En effet, les films les montrent comme étant des « gros costauds », des personnes distribuant des médicaments, responsables de la sécurité ou encore se promenant toujours avec des clés. Ce tableau dévalorise leur rôle, alors que la réalité est très différente. Les soignants orientent leurs soins vers l'apprentissage de nouveaux comportements, vers la conservation de leur autonomie ainsi que sur l'intégration des malades au sein de la société.

En janvier 2007, j'ai eu la chance de pouvoir pratiquer mon septième stage dans un pavillon d'admission pour les adultes, dans l'hôpital psychiatrique de Malévoz. J'avoue que le mois passé dans ce milieu a quelque peu modifié mes représentations de la psychiatrie.

Tout d'abord, j'ai été surprise de trouver un hôpital psychiatrique où toutes les portes sont ouvertes. Je n'ai pas observé de contention physique, mais les médicaments sont nécessaires pour parfois calmer les patients. Contrairement à ce que la population peut voir dans les films, le personnel n'est pas constitué que de « gros

---

<sup>13</sup> Guimelchain-Bonnet Michèle, *La psychiatrie*, in *L'aide-soignante*, 2005, n° 70, Elsevier : Paris, p.19

costauds ». Les femmes y sont nombreuses. Il est vrai que le personnel soignant est toujours muni de clés, mais ceci pour des raisons de confidentialité par rapport à des dossiers médicaux ou autres et non pour enfermer les patients.

Ceux-ci ont le droit de s'exprimer, de comprendre leur pathologie, de connaître et aussi de refuser leur traitement, dans la mesure où ils ne sont pas dangereux pour eux-mêmes ou autrui.

Ce stage m'a permis de découvrir la psychiatrie et de modifier quelque peu mes représentations qui sont toujours aussi positives. Ce mois passé, en temps qu'étudiante, à l'hôpital de Malévoz, n'a fait que me motiver pour y travailler d'ici quelques années.

Avant d'enchaîner avec le prochain concept qui est celui de la santé, je juge nécessaire de mettre en lien la théorie des représentations avec la pratique infirmière.

Les représentations sont inévitables. Elles guident notre conduite, notre manière d'être, d'agir. Les fonctions des représentations peuvent être mises en parallèle avec ma pratique professionnelle.

Dans le but de faciliter la compréhension, je vais citer quelques exemples.

Étant à l'école d'infirmière, j'ai acquis de nombreuses connaissances qui me permettent d'adapter ma pratique mais également de pouvoir partager, intégrer mes connaissances dans un certain cadre et me permettent d'avoir une identité sociale et personnelle gratifiante.

La représentation est un guide pour l'action, elle la précède et la détermine.

Dans ma pratique, les représentations me permettent également de comprendre, de savoir pourquoi j'ai agi de cette manière plutôt que d'une autre. Elles me permettent également de me justifier en aval de mes soins et/ou de mes actes.

Il est difficile de changer la pensée de chacun, mais possible de modifier leur vision des choses.

Par exemple, on a vu que la majorité de la population a des représentations négatives de la psychiatrie. Pendant des années, les personnes souffrantes de troubles psychiques ont été considérées comme « folles ». Il est aujourd'hui difficile de changer la vision des gens par rapport à cela, mais possible de l'améliorer.

## 4.2 La santé

La prochaine partie est consacrée aux concepts concernant la santé et la maladie mentale, introduite par différentes définitions. Ce procédé va permettre de déterminer le patient souffrant de troubles psychiques de manière complète, grâce à l'utilisation du CIM-10.

### 4.2.1 L'OMS

L'OMS<sup>14</sup> est l'Organisation Mondiale de la Santé qui a été créée à New York le 22 juillet 1946. Son but est d'amener tous les peuples au niveau le plus élevé possible.

L'OMS est dirigée par les 193 États Membres, réunis à l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette assemblée est composée de délégués représentants les États Membres. Elle a pour fonctions principales :

- d'approuver le programme et le budget de l'OMS
- de statuer sur les grandes orientations politiques de l'Organisation.

La Constitution de l'OMS propose une définition de la santé, qui a été approuvée par les 191 États Membres qui en font partie; « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

L'OMS entend par cela qu'il n'est pas nécessaire d'avoir une maladie pour ne pas être en santé. Le déséquilibre du bien-être physique, mental ou social, « suffit » pour ne pas être en santé.

### 4.2.2 La santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé propose une définition qui nous permet de bien comprendre les différentes composantes de la santé mentale<sup>15</sup>:

« *Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à*

---

<sup>14</sup> <http://www.who.int/about/fr/>

<sup>15</sup> <http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/>

*traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres. Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique. »*

On entend par cela qu'il s'agit d'un état de bien-être où la personne peut se réaliser, surmonter les événements difficiles de la vie, effectuer un travail productif et participer à la vie en communauté. En résumé, c'est établir un équilibre entre le physique, le psychologique, le social, le spirituel et l'économique, qui est en continuelle évolution.

Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) nous propose la définition suivante:

*« La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. »*

On entend par cela que la santé mentale est l'équilibre psychique d'une personne. C'est le résultat de l'interaction entre les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ceux-ci sont en continuelle évolution et s'intègrent à la personne.

### 4.2.3 La maladie mentale

Pour rédiger mon cadre de référence concernant les troubles psychiatriques, je me suis basée sur le CIM 10<sup>16</sup>, qui est une classification internationale des maladies humaines et qui est produit par l'OMS. Celle-ci est organisée en vingt et un chapitres. Son titre exact est « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexe ».

Le chapitre cinq de ce livre est particulièrement centré sur les troubles mentaux et du comportement (F00-F99).

La présentation des maladies mentales concerne particulièrement les pathologies psychiatriques de l'adulte. En effet, l'enfant âgé de moins de seize ans nécessitant une hospitalisation pour une raison quelconque sera admis dans un service de pédiatrie et n'entre alors pas dans le sujet pour mon mémoire.

Le chapitre 5 du CIM 10 comprend les groupes suivants :

#### **F00-F09 : troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques**

Ce groupe comprend l'ensemble des troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, maladie ou lésions cérébrales, ou atteintes entraînant un dysfonctionnement du cerveau.

Exemples : la démence type Alzheimer, la démence vasculaire, syndrome amnésique.

---

<sup>16</sup> <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/>

## **F10-F19 : troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychotropes**

Ce groupe réunit les personnes souffrant de troubles variés, de gravité et de symptomatologie diverses, liées à l'utilisation de substances psycho-actives.

Une substance psycho-active agit sur l'organisme en modifiant le fonctionnement mental, entraînant des modifications de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales. Ces médicaments peuvent être utilisés à titre médical et/ou récréatif pouvant amener à la toxicomanie.

Le diagnostic se fera en fonction de la substance toxique.

Exemples : psychose ou syndrome de Korsakov, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés, de cannabis, d'alcool, de dérivés d'opiacés, de cocaïne, d'hallucinogènes.

## **F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants**

Ce chapitre comprend différents troubles :

- la schizophrénie, caractérisée par des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits cognitifs peuvent apparaître au cours de l'évolution. L'évolution de ces troubles peut être continue, épisodique ou peut comporter un ou plusieurs épisodes suivis d'une rémission complète ou non.

Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : la perception délirante, les idées délirantes, les hallucinations auditives et/ou visuelles, les troubles du cours de la pensée, l'écho de la pensée....

Exemples : schizophrénie paranoïde, catatonique (avec perturbations psychomotrices), résiduelle, simple.

- le trouble schizotypique, caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée ressemblant à celles de la schizophrénie. Les symptômes sont une froideur affective, un comportement étrange ou excentrique, une tendance

au retrait social, des idées de persécution, mais ne présentent pas des idées délirantes et/ou hallucinations.

- le trouble délirant persistant, caractérisé uniquement par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant pas être classées parmi les troubles schizophréniques ou affectifs
- le trouble délirant, caractérisé par des idées délirantes, habituellement persistantes pouvant durer toute une vie.

Exemples : état paranoïde, psychose paranoïde.

- le trouble psychotique aigu et transitoire, caractérisé par la survenue aiguë de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, désorganisation massive...). En général, ces troubles guérissent complètement en quelques mois voire quelques jours. La modification du diagnostic est nécessaire si le trouble persiste.

Exemples : trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique, schizophrénie aiguë.

- le trouble délirant induit est en général partagé par au moins deux personnes. Celles-ci doivent être très liées sur le plan émotionnel. Un des partenaires souffre de troubles psychotiques authentiques ; les idées délirantes sont induites chez l'autre personne. Ces troubles disparaissent généralement lorsqu'il y a séparation des personnes.
- le trouble schizo-affectif, caractérisé par le lien entre des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques. Ces troubles sont épisodiques.

Exemples : trouble schizo-affectif type maniaque, trouble schizo-affectif type dépressif, type mixte.

- autres troubles psychotiques non organiques
- psychose non organique, sans précision



## F30-F39 : **troubles de l'humeur (affectifs)**

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur. Ce changement d'humeur est souvent accompagné d'une modification du niveau global d'activité.

La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes peut être souvent associée à des événements stressants.

Il existe différents types de troubles de l'humeur :

- épisode maniaque (épisode isolé), caractérisé par un changement de l'humeur, pouvant aller de la jovialité insouciant à une agitation quasi incontrôlable, sentiment intense de bien-être, augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité ou du désir sexuel.

Exemples : hypomanie, manie avec ou sans symptômes psychotiques.

- trouble affectif bipolaire, caractérisé par un ou des épisodes au cours desquels, l'humeur et l'activité de la personne sont perturbées. Son état peut passer de la manie à la dépression.

Exemples : trouble affectif bipolaire avec ou sans symptômes psychotiques, avec épisode de dépression.

- épisode dépressif, caractérisé par une réduction de l'énergie, une diminution de l'activité, un abaissement de l'humeur. Il existe trois degrés différents pour classer la dépression : léger, moyen ou sévère. Les troubles du sommeil et/ou une perte d'appétit sont observables en cas de dépression.

- trouble dépressif récurrent, caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs.

Exemples : trouble dépressif saisonnier, épisode actuel léger, moyen ou sévère.

- trouble de l'humeur (affectif) persistant, pas suffisamment sévère pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou dépressif.

Exemples : dysthymie (abaissement chronique de l'humeur), névrose dépressive, personnalité dépressive.

- autre trouble de l'humeur (affectif) dont la sévérité ou la durée est insuffisante pour le classer ailleurs.
- trouble de l'humeur sans précision

## **F40-F48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes**

Ce chapitre comprend différents troubles dans lesquels une anxiété est déclenchée par un facteur de stress. Les symptômes sont différents selon chaque individu (palpitations, sensation d'évanouissement, peur de mourir, peur de perte de contrôle de soi ou peur de devenir fou...). La simple évocation d'une situation phobogène peut déclencher une anxiété anticipatoire.

- les troubles anxieux phobiques

Exemples : agoraphobie (peur de quitter son domicile, peur des magasins, des foules...), phobies sociales, claustrophobie, acrophobie (crainte de la hauteur, de tomber).

- les autres troubles anxieux, caractérisés essentiellement par des manifestations anxieuses qui ne sont pas nécessairement déclenchées par un facteur phobogène. Des symptômes dépressifs ou obsessionnels peuvent accompagner le trouble.

Exemples : attaque de panique, anxiété généralisée.

- le trouble obsessionnel compulsif (TOC), caractérisé par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs. Elles gênent considérablement le sujet, qui essaie souvent de leur résister. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités répétitives et souvent accompagnés d'anxiété. La personne pense que son comportement compulsif pourrait empêcher un événement (par exemple un malheur pour lui ou sa famille) tout en étant conscient que ses rituels sont inutiles.

Exemples : la personne va se laver, se doucher plusieurs fois dans la journée ou vérifier à mainte reprise certains éléments comme par exemple la fermeture des portes.

- réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation. Cette catégorie est différente. Elle ne repose pas seulement sur les symptômes et l'évolution mais aussi sur les facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant ou un changement particulier dans la vie de la personne comportant des conséquences désagréables et durables, pouvant aboutir à un trouble de l'adaptation. Les troubles réunis dans cette catégorie résultent toujours d'un facteur de stress.

Exemples : choc psychique, état de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation, réaction de deuil.

- troubles dissociatifs (de conversion). Le point commun entre ces différents troubles est une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité, contrôle des mouvements corporels. Ces troubles disparaissent en général après quelques semaines voire quelques mois, quand leur apparition est en lien avec un événement traumatique et vice versa (possible aggravation).

Exemples : hystérie de conversion, amnésie dissociative, fugue dissociative.

- les troubles somatoformes sont caractérisées par l'apparition de symptômes physiques persistants en dépit de bilans négatifs.

Exemples : somatisation (trouble souvent accompagné d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial), trouble hypocondriaque.

- autres troubles névrotiques

Exemples : neurasthénie (fatigue accrue après des efforts mentaux, souvent associés à une diminution des performances professionnelles), syndrome de dépersonnalisation-déréalisation.

## **F50-F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques**

Ce groupe comprend différents troubles :

- les troubles alimentaires, caractérisés par une perte de poids intentionnel, induite et maintenue par le patient. Ce trouble apparaît habituellement chez les adolescentes, mais peut également toucher les hommes ou les personnes plus âgées. Le trouble est associé à une psychopathologie spécifique : la personne a une peur de grossir et d'avoir un corps flasque. Les symptômes sont une restriction des choix alimentaires, l'augmentation voir l'excès d'exercices physiques, des vomissements, l'utilisation de laxatifs et/ou de diurétiques et/ou de coupe-faim.

Exemples : anorexie, boulimie, hyperphagie due à des événements stressants (deuil, accident).

- les troubles du sommeil non organique. Ceux-ci peuvent être un symptôme d'un trouble mental ou physique. Cette catégorie comprend uniquement les troubles du sommeil en lien avec un ou des facteurs émotionnels.

Exemples : insomnies non organiques, somnambulisme, terreurs nocturnes, cauchemars, rêves d'angoisse.

- dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique, caractérisé par la difficulté à avoir une relation sexuelle de type souhaité.

Exemples : absence ou perte de désir sexuel, dysfonctionnement orgasmique, éjaculation précoce, nymphomanie.

- troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité (concernant uniquement la femme), non classés ailleurs, caractérisés par l'apparition de troubles mentaux dans les six mois après l'accouchement.

- abus de substances n'entraînant pas de dépendance

Il s'agit de la consommation de médicaments psychotropes n'entraînant pas de dépendances tels les antidépresseurs, les laxatifs et des analgésiques comme le paracétamol et l'aspirine, ou autres.

## **F60-F69 : troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte**

Ce groupe comprend différents états et types de comportements qui sont l'expression de la manière de vivre de la personne, sa façon d'établir une relation avec lui-même ou autrui.

- les troubles spécifiques de la personnalité, caractérisés par des perturbations sévères. Elles ne sont pas directement liées à une maladie. Elles sont généralement associées à un bouleversement social et personnel, et apparaissent durant l'enfance ou l'adolescence et persistent durant l'âge adulte.

Exemples : personnalité paranoïde, personnalité schizoïde, personnalité dyssoziale (mépris des obligations sociales et une indifférence envers autrui), personnalité histrionique (caractérisée par une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions...), autres troubles spécifiques de la personnalité.

- les troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, concernant les troubles de la personnalité qui sont gênants, mais pas de symptomatiques spécifiques. Donc, le diagnostic soulève des difficultés à être posé.

Exemples : modifications gênantes de la personnalité, troubles mixtes appartenant à plusieurs troubles décrits.

- modification durable de la personnalité non attribuable à une lésion et une maladie cérébrale. Ce trouble fait suite à un facteur de stress (catastrophe, maladie psychiatrique sévère...).

Exemples : modification durable de la personnalité après une expérience en camp de concentration, une torture, une captivité prolongée avec risque vital, une maladie psychiatrique.

- troubles des habitudes et des impulsions, caractérisés par des actes répétés, incontrôlables et qui vont généralement à l'encontre du sujet lui-même. La cause est inconnue.

Exemples : jeu compulsif, pyromanie, kleptomanie, trichotillomanie (personne qui s'arrache les cheveux impulsivement).

- troubles de l'identité sexuelle et de la préférence sexuelle, caractérisée par le désir d'être une personne appartenant au sexe opposé.

Exemples : transsexualisme, fétichisme, exhibitionnisme, voyeurisme, sadomasochisme.

- autres troubles à titre sexuel et/ou du comportement de l'adulte.

## F70-F79 : **retard mental**

Ce groupe est divisé en quatre sous-groupes :

- retard mental léger      QI de 50 à 69. La personne est capable de travailler et maintenir de bonnes relations sociales.
- retard mental moyen      QI de 35 à 49. La personne a les capacités suffisantes pour communiquer. Elle aura cependant besoin d'un soutien pour travailler et vivre dans la société.
- retard mental grave      QI de 20 à 34. La personne aura besoin d'un soutien prolongé.
- retard mental profond      QI au-dessous de 20. La personne sera limitée pour prendre soin d'elle, de contrôler ses besoins naturels, communiquer ou encore se déplacer.

Les différents stades sont déterminés selon les QI de la personne.

Et pour terminer, **le trouble mental, sans précision**

Grâce à l'utilisation du CIM-10, j'ai une vision globale des maladies psychiatriques. Toutes les pathologies ci-dessus sont énumérées et définies dans celui-ci. Elles sont classées selon l'origine, les symptômes et l'étiologie.

Lors de mon stage à l'hôpital psychiatrique de Malévoz, j'ai pu observer diverses pathologies. Ainsi, j'ai remarqué de nombreux symptômes qui m'ont permis de mieux identifier certains troubles mentaux et du comportement.

Un autre type de patient pourrait susciter des émotions et/ou des comportements différents de la part de l'équipe soignante, lors de l'annonce du transfert. J'entends par ceci, celui qui n'est pas diagnostiqué « patient

psychiatrique », mais qui présenterait des symptômes classés ci-dessus, lors de l'admission.

A mon avis, il est possible que le personnel d'admission annonce au service de chirurgie, un patient psychiatrique sans même qu'il ait été diagnostiqué par un psychiatre. Simplement parce que celui-ci présente des comportements inadéquats et que sa prise en charge future pourrait présenter quelques difficultés. Des troubles du comportement qui se définiraient par de l'agitation psychomotrice, de la violence, de l'agressivité, de l'incohérence. Je pense aux patients qui sont sous l'effet de l'alcool, de drogues ou encore du syndrome de sevrage, les patients amenés à l'hôpital contre leur volonté pour des raisons vitales, les patients angoissés.

Ce type de patient peut également à mon avis provoquer différentes émotions lors de leur annonce de transfert dans le service.

Il est toutefois important de rappeler qu'en règle générale, les opérations sont programmées à l'avance, sauf pour des raisons vitales ou d'urgence.

### **4.3 Le rôle infirmier**

Après la rédaction concernant la maladie psychiatrique, mon mémoire se poursuit avec la définition du rôle infirmier.

Mon travail traite également du problème ressenti à l'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques dans un service non spécifique à la psychiatrie, qui est le service de chirurgie. Il me paraît important de définir le rôle infirmier et plus particulièrement le rôle en chirurgie.

Pour définir le rôle infirmier, je me suis basée sur la théorie de Virginia HENDERSON. Celle-ci est une infirmière américaine qui est à l'origine du modèle des 14 besoins. Elle a contribué par ses enseignements et son travail de référencement à développer la conception de la profession d'infirmière.

Je trouve son modèle adapté pour chaque situation et il permet de prendre la personne dans sa globalité.

### 4.3.1 Définition du rôle infirmier

Selon Virginia HENDERSON, la personne a des besoins fondamentaux biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. En règle générale, la personne satisfait ses besoins de manière autonome.

Le rôle propre infirmier est de considérer la personne dans sa globalité, de l'accompagner en lui proposant une aide professionnelle et lui permettre de conserver ou de retrouver la santé, ainsi que son indépendance. De plus, elle aide le malade à suivre les prescriptions données par le médecin, ainsi que par les différents intervenants.

L'infirmière doit renseigner également le patient sur son état de santé, et lui apporter les éléments nécessaires pour que celui-ci puisse prendre des décisions judicieuses. Selon Virginia HENDERSON, certaines personnes peuvent trouver limité le rôle de l'infirmière consistant à suppléer aux besoins du malade, à cause de sa faiblesse physique et/ou morale, son manque de volonté ou de connaissances. Néanmoins, son rôle ne s'arrête pas là, il est nettement plus complexe. L'infirmière va aider la personne pour qu'elle retrouve une bonne santé. Son but est alors d'une grande difficulté, comment va-t-elle faire pour y arriver ? Il est nécessaire qu'elle soit empathique face au malade, afin de se rendre compte de ce qu'il veut, mais aussi de ce dont il a besoin pour retrouver la santé.

Une phrase de Virginia HENDERSON résume bien ce dernier paragraphe sur le rôle de l'infirmière, *elle est pour un moment, la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, le membre de l'amputé, les yeux du nouvel aveugle, le moyen de locomotion de l'enfant, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont trop faibles pour s'exprimer, et le reste.*<sup>17</sup>

Elle entend par cela, que l'infirmière est bien plus qu'une personne qui supplée aux besoins du malade, elle doit être capable de « remplacer » ce que le patient n'a plus momentanément ou définitivement.

Le rôle infirmier est alors de :

---

<sup>17</sup> Henderson V., *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. p.5



→ déterminer les dépendances de la personne afin de satisfaire ses besoins fondamentaux.

→ déterminer les causes de la dépendance du patient, de manière individuelle ou avec d'autres intervenants (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes...).

Le diagnostic infirmier permet de définir les deux composantes citées ci-dessus, contrairement au diagnostic médical qui est orienté vers la recherche d'une pathologie.

L'infirmière va proposer différentes interventions visant la diminution de la dépendance. Elle va y procéder seule ou en collaboration avec d'autres professionnels de la santé. Tous doivent s'inscrire dans le cadre législatif et déontologique, fixant des limites dans l'autonomie de leur profession.

Elle va évaluer les interventions et les réajuster si nécessaire, afin de rendre le plus rapidement possible au patient son indépendance.

Pour compléter la définition du rôle de l'infirmière, je me suis également basée sur le cahier des charges de celle-ci. Ce document<sup>18</sup> a été rédigé en 2001 pour les infirmiers (ères) en soins généraux ou des infirmiers (ères) de niveau II. J'ai pu obtenir ce document à l'hôpital de Sion.

Dans cette partie je mets également en lien ce dossier avec les compétences<sup>19</sup> une, deux et trois, utilisées tout au long de notre formation, plus particulièrement durant les périodes de stages.

J'ai choisi de me centrer sur ces trois compétences, parce qu'à mes yeux, elles définissent le rôle infirmier dans sa globalité. Elles sont spécifiques aux soins infirmiers et au relationnel. Les autres compétences sont à mon avis des compléments. Elles concernent plus l'enseignement, l'implication du rôle infirmier ou encore la recherche.

Parmi les points mentionnés dans le cahier des charges, je retiens les plus importants et les plus nécessaires à la compréhension du rôle infirmier. Je fais également quelques liens avec le référentiel des compétences de la formation infirmière.

---

<sup>18</sup> Cahier des charges de l'infirmier (ère) en soins généraux ou de l'infirmier (ère) niveau II. Sion. 2001

<sup>19</sup> HEVs2 Haute école santé-social Valais. *Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers*. in :Dossier de l'étudiant(e). Sion. 2005

Le but et la fonction sont de prodiguer des soins complets et individualisés aux patients en tenant compte de la philosophie de l'établissement.

L'infirmière doit *assurer les soins dans toutes situations* (par exemple, non prévisible, de complexité variable, mise en place de nouvelles solutions induites par de multiples facteurs...)

Je peux mettre cette première fonction en lien avec les compétences une et deux.

En effet, la compétence une est de ***concevoir, réaliser des prestations de soins infirmiers en partenariat avec le patient.***

La compétence deux est ***de construire avec le patient une relation professionnelle dans la perspective d'un projet de soins.***

En accompagnant le patient et en tenant compte de sa pathologie, de son histoire de vie et de ses croyances, j'offre au patient une prise en charge optimale et adaptée à ses besoins.

Les responsabilités permanentes de l'infirmière sont entre autre:

→ *les soins*

- en assurant un accueil chaleureux
- en donnant des soins d'hygiène et de confort adaptés
- en exécutant des soins techniques selon les protocoles du service en tenant compte des critères de soins (efficacité, sécurité, esthétique, économie, confort)
- en adaptant les soins aux patients selon leurs caractéristiques et leurs exigences
- en administrant les traitements thérapeutiques avec précision
- en anticipant les réactions et les complications
- en observant l'évolution
- en transmettant ses observations aux différents membres de l'équipe de soins
- en tenant à jour le dossier de soins des patients, et de manière précise
- en analysant les situations de soins et en élaborant des diagnostics infirmiers précis

- en ayant une relation de confiance avec le patient et les membres de sa famille
- en prévoyant avec le patient son retour à domicile, de manière adéquate
- en étant responsable à part entière des soins prodigués aux patients en garantissant le respect des critères éthiques.

Pour cette fonction, les compétences une et deux sont toujours présentes, mais je peux également la mettre en lien avec la troisième compétence, qui est ***promouvoir la santé et accompagner le patient dans son processus de gestion de la santé.***

En effet, en favorisant chez le patient l'expression de ses besoins, ses émotions, je crée alors avec lui une relation de confiance. Je suis en partenariat avec le patient, afin que nous trouvions des méthodes, des solutions pouvant améliorer sa santé.

Par exemple, lui donner des moyens pour pouvoir communiquer avec sa famille et ainsi diminuer son angoisse et/ou ses craintes.

→ *la gestion*

Gérer le temps de travail :

- en s'organisant de façon efficace, en tenant compte des priorités et des besoins selon chaque patient
- en déléguant aux autres membres de l'équipe des tâches qui sont appropriées à leurs compétences
- en collaborant avec l'équipe pluridisciplinaire
- en ayant et en démontrant un esprit positif

La compétence une est encore présente. Il est nécessaire de créer des conditions qui permettent de cibler les priorités et ainsi offrir une prise en charge optimale. Le fait de déléguer aux collègues certains soins, montre que le soignant a conscience de leurs compétences et qu'il a une vision globale sur la charge de travail du service. Ce geste permet également de pouvoir utiliser son temps de travail différemment et ainsi pouvoir privilégier les priorités.

→ *l'enseignement*

Promotion des soins :

- en assurant le rôle infirmier pour les étudiants
- en assurant sa propre formation continue
- en guidant les nouveaux membres de l'équipe
- en expérimentant des actions éducatives afin de maintenir, promouvoir et recouvrir la santé
- en participant aux différentes recherches afin d'améliorer la qualité des soins

Pour cette fonction, la compétence trois est touchée.

L'infirmière doit participer à des actions visant à la santé. Par exemple, en prenant le temps avec un patient pour lui indiquer les conséquences de la cigarette, et ainsi lui donner des moyens pour envisager l'arrêt de la consommation. L'infirmière vise alors à la santé du malade.

L'infirmière a aussi le rôle d'encadrer les étudiants et/ou d'accompagner les professionnels des soins et les stagiaires dans le lieu de soins.

Cette fonction permet à l'infirmière de démontrer son expertise en soins infirmiers et également de s'auto évaluer, afin d'améliorer et de réajuster sa pratique professionnelle si nécessaire.

→ *supervision et encadrement*

Superviser le travail exécuté par les différents collègues dont ils sont responsables :

- en respectant leur autonomie tout en s'assurant que les soins prodigués soient selon les techniques en vigueur
- en créant un climat de travail favorable au dialogue et à la collaboration

→ *les responsabilités occasionnelles*

Participer à la gestion de l'unité et à son développement :

- en remplaçant l'ICUS (infirmier chef d'unité de service) si nécessaire
- en participant à des groupes de travail internes et externes
- en participant à des tests concernant le nouveau matériel

*Être conforme aux différentes règles de l'établissement :*

- en respectant le secret professionnel et la confidentialité
- en respectant la hiérarchie
- en étant disponible à tout changement d'horaires et d'unité selon les besoins
- en ayant un comportement qui contribue à l'image de marque de l'établissement

#### **4.3.2 La spécificité du rôle infirmier en chirurgie**

En chirurgie, les infirmières ont connaissance du cahier des charges, ce qui définit de manière plus précise leur rôle. Cependant ce service a la particularité de posséder plusieurs protocoles concernant les soins pré et post opératoires. Chaque chirurgien a sa manière de travailler. Celui-ci a établi des normes, des règles, afin de pouvoir exercer selon ses habitudes. Chacun a sa façon d'agir tout en donnant des soins de qualité. Cette manière de procéder dépend des services et des chirurgiens.

Il arrive que dans certains hôpitaux, les médecins mettent en commun leur protocole, afin de faciliter le travail de chacun. Cette manière de faire pourrait, à mon avis, aussi limiter le risque d'erreur.

### **5. Méthodologie**

Cette partie m'a permis de trouver les meilleures informations et les outils par rapport à ma problématique et de définir la manière utilisée pour y parvenir. Je développe de quelle façon j'ai procédé à ma recherche, quel outil j'ai utilisé et quelle méthode est la plus appropriée pour mon mémoire de fin d'études.

Le questionnaire et l'entretien constituent les principales techniques de recueil d'informations. Grâce aux différentes hypothèses formulées en amont, j'ai pu alors cibler différentes questions.

#### **5.1 Démarche**

Durant la formation, j'ai pu suivre plusieurs cours concernant la méthodologie. L'entretien et le questionnaire<sup>20</sup> ont été, entre autre, des sujets régulièrement

---

<sup>20</sup> R. Ghiglione et J.-F. Richard. *Cours de psychologie*. p.363

abordés. J'ai alors pu me baser sur les différents documents reçus pour orienter mon recueil de données.

Dans un premier temps, il a fallu que je choisisse entre l'entretien et le questionnaire. Les deux sont de bons moyens de recueil de données. Cependant, le questionnaire a l'avantage de pouvoir être utilisé pour un plus grand nombre de personnes. Il permet de récolter des résultats statistiquement significatifs. Cette démarche est plutôt quantitative. C'est pour cette raison que j'ai récolté les informations par le biais du questionnaire. Sachant qu'en choisissant cette méthode, je me prive d'une somme certaine de donnée auxquelles je n'ai certainement pas pensé, compte tenu de la complexité du sujet.

J'ai dans un premier temps pris contact avec les directrices des soins infirmiers des hôpitaux de Sion et de Sierre, par le biais d'une lettre<sup>21</sup>.

Concernant Sierre, j'ai pu, après ma demande, rapidement distribué les questionnaires<sup>22</sup> aux personnels infirmiers de chirurgie. Ce service compte vingt-huit infirmières.

Pour Sion, il a fallu, dans un deuxième temps, que je prenne rendez-vous avec la cheffe du département de chirurgie pour lui faire part de certaines informations. Celle-ci voulait connaître mon sujet avant la distribution de mes questionnaires dans les services.

J'ai ensuite présenté mon projet et mes questionnaires aux ICUS (infirmier (ère) chef d'unité de service) des quatre services de chirurgie de Sion. Ceux-ci comptent septante-huit infirmières.

Après leur avoir laissé, à mes yeux, suffisamment de temps pour remplir mes questionnaires, j'ai passé dans les différents services, afin de les récupérer.

J'ai été assez surprise que dans un des services de chirurgie, uniquement deux infirmières avaient pris la peine de remplir mon questionnaire. La participation du personnel, concernant les autres services, m'a quelque peu rassurée. Finalement, j'ai réussi à rassembler quarante questionnaires, sur les cent six distribués.

---

<sup>21</sup> Annexe 1

<sup>22</sup> Annexe 2

Il a fallu ensuite, que je numérote chacun d'entre eux et que je code toutes les questions et sous questions, afin d'avoir des points de repères.

Puis, j'ai rentré les différentes questions ainsi que les réponses des infirmières dans le logiciel « Excel ». L'élaboration d'un tableau a été nécessaire. J'ai catégorisé les questions ouvertes, en tenant compte des mots-clés contenus dans les réponses. Ce procédé m'a permis de me repérer et d'avoir une structure dans mes données. Cependant, certaines données n'ont pas pu être prises en considération pour cause de difficulté de relecture, de non compréhension ou encore pour des raisons de non validité de celles-ci.

## **5.2 Élaboration du questionnaire**

Après avoir choisi mon outil de recherche pour mon recueil de données, il a fallu que je définisse des questions précises et ciblées, afin de répondre à ma question de base.

J'ai dans un premier temps élaboré plusieurs hypothèses, pour ensuite n'en garder que deux, que je jugeais précises et nécessaires. Celles-ci m'ont permis d'élaborer différentes questions et sous questions. J'entends par cela, différentes « interrogations » de base que j'ai par la suite développées, afin de les préciser et de pouvoir ensuite vérifier mes deux hypothèses.

J'ai choisi plusieurs type de questions : fermées, ouvertes et à choix de réponses. J'ai conscience que la question ouverte offre une plus grande richesse d'informations mais également une plus grande complexité au niveau du traitement de celle-ci.

Je tiens à préciser que les émotions choisies pour mon questionnaire, étaient essentiellement négatives. En effet, je me suis basée sur mes observations durant mes stages, pour l'élaboration de celui-ci.

## **5.3 Choix des personnes interrogées**

La sélection d'un échantillon<sup>23</sup> permet de gagner du temps et de l'énergie sans nuire à la qualité du travail entrepris. Le mot « échantillon » est dans ce cas mis en lien avec « population ».

Les personnes auxquelles j'ai proposé mon questionnaire, sont le personnel infirmier de la chirurgie des hôpitaux cités précédemment.

---

<sup>23</sup> Russel A. JONES. *Méthodes de recherche en sciences humaines*. p.174

Le service retenu pour mon mémoire est celui de la chirurgie, il me paraît alors évident d'interroger les soignants de ce service. J'ai choisi d'interroger les infirmières sur les deux sites dans le but d'avoir ainsi une « population » assez nombreuse pour recueillir des informations, en tenant compte bien sûr que tous ne seraient pas retournés dans les temps, entièrement répondus ou simplement rendus.

## 6. Analyse

L'analyse va me permettre de vérifier mes hypothèses. Je vais dans un premier temps décrire les différents résultats et ensuite les interpréter, pour en retenir le principal.

### 6.1 Description

Concernant certaines questions, les infirmières n'ont parfois pas donné leur avis.

#### Question 1

Lors de l'annonce d'un transfert d'un patient, dans votre service de chirurgie, vous annonce-t-on s'il souffre de troubles psychiatriques ?

Couramment	fréquemment	rarement	jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

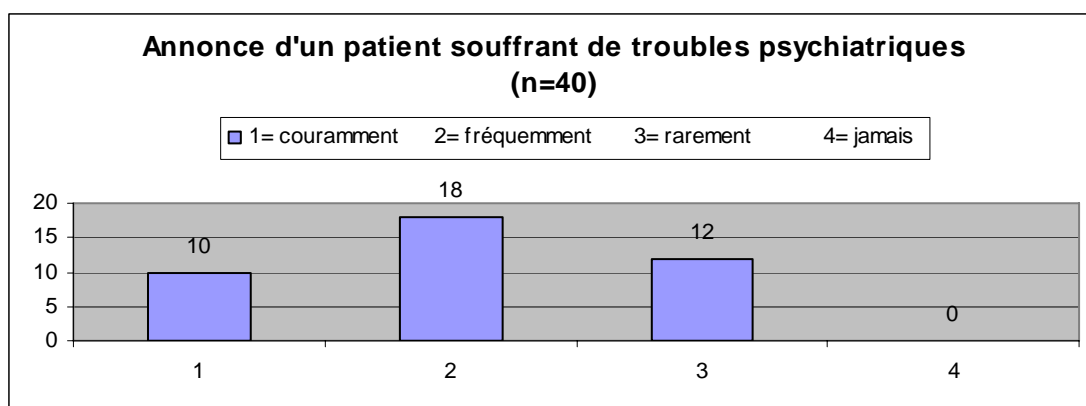


Tableau 1 : Annonce d'un patient souffrant de troubles psychiatriques



La majorité, soit 18 questionnaires, affirment que « fréquemment » on précise au service que le patient souffre de troubles psychiatriques. Ce résultat est suivi par « rarement » qui compte 12 réponses sur 40 questionnaires. Puis 10 questionnaires démontrent que « couramment » l'annonce est précisée. Enfin, aucune infirmière n'assure ne jamais être au courant que le patient souffre de troubles psychiatriques.

## Question 2

Si on vous annonce le transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, vous donne-t-on le diagnostic précis (ex schizophrénie, trouble de la personnalité, trouble de l'humeur...) ?

Couramment	fréquemment	rarement	jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

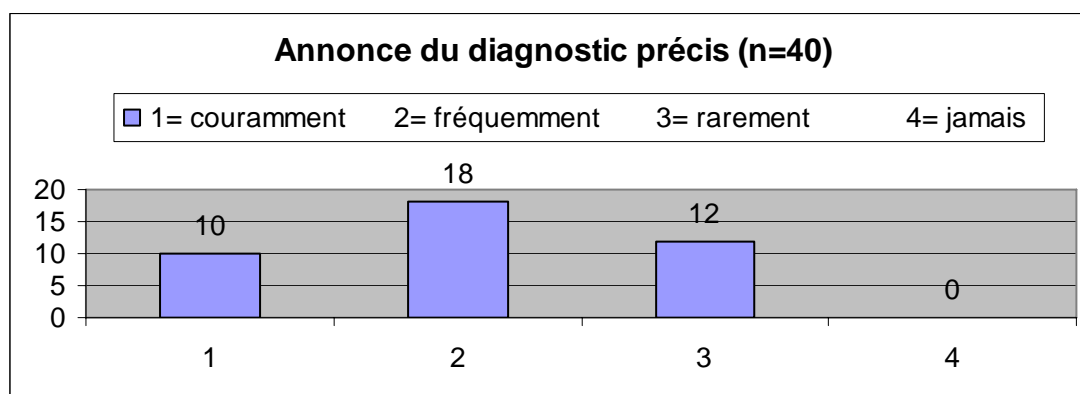


Tableau 2 : Annonce du diagnostic précis

Sur 40 questionnaires, 18 affirment qu'on leur annonce le diagnostic précis de ce dernier. Puis, 12 infirmières pensent qu'on leur transmet « rarement » le diagnostic précis. Ensuite, 10 questionnaires démontrent qu'on leur donne « couramment » le diagnostic précis du patient. Enfin, aucune infirmière n'affirme ne « jamais » le savoir.

Ces deux premières questions, me permettent de savoir si les infirmières sont régulièrement ou rarement conditionnées, par l'annonce du transfert, d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. L'utilisation du mot « conditionné » n'est en

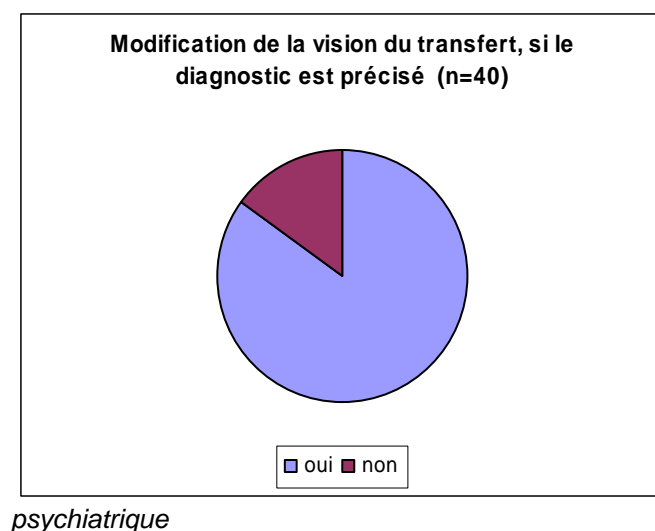
aucun cas péjoratif, au contraire, je le relève comme étant positif. Cette notion apparaît dans les prochaines questions, concernant la future prise en charge.

Je demande également si le diagnostic précis du patient est donné régulièrement ou rarement, afin de connaître la raison du conditionnement. J'entends par cela, de savoir si le diagnostic précis du patient influence la future prise en charge.

### Question 3

Si on vous annonce le diagnostic précis du patient, est-ce que cela modifie votre vision du transfert?

Les infirmières devaient également argumenter leurs réponses.



Le 85% des 40 questionnaires, soit 34, pensent que le fait de connaître de manière précise le diagnostic psychiatrique du patient, modifie leur vision du transfert, cela pour différentes raisons. Et 6 personnes sur 40 pensent que cela ne modifie pas leur vision.

Tableau 2 : Annonce précise du diagnostic

J'ai relevé les arguments donnés par les infirmières et je les ai regroupés en 4 catégories. Ce que l'on nomme catégorie<sup>24</sup> correspond aux idées forces des réponses, ce sont des points explicités par un vocabulaire plus ou moins important et que l'on retrouve majoritairement dans les questionnaires.

Dans un premier temps, 20 réponses démontrent que le diagnostic précis du patient modifie la vision de l'infirmière par rapport au transfert: les infirmières l'argumentent dans le sens où cela leur offre une meilleure compréhension pour la prise en charge. En effet, elles adaptent alors leur comportement : « *j'adapte mon comportement par*

<sup>24</sup> Santiago Delafosse M. Rouan G. Les méthodes qualitatives en psychologie.

*rapport à l'état du patient », « dans le sens ou je devrais prendre en compte cette pathologie pour adapter la prise en charge et les explications ou parfois parce que je sais que la compréhension par le patient sera difficile ou inexistante », « j'utilise mes connaissances sur la pathologie en psychiatrie pour mieux communiquer. Je suis plus adéquate dans la relation », « relationnel adapté à la pathologie », « pour pouvoir avoir une attitude adaptée au patient ».*

Ce procédé permet également de mettre en place différents éléments : *« on peut se préparer mentalement à ce patient et prendre des mesures sécuritaires », « prise en charge, risques, traitement ».*

Puis, 10 autres argumentations démontrent que le diagnostic précis du patient modifie leur vision du transfert. Les infirmières l'expliquent en disant que cela leur permet de mettre en place des moyens pour la sécurité : *« surveillance encore plus étroite, s'assurer que l'on ait les médicaments, fermer la fenêtre si nécessaire », « pour mettre en place des mesures de sécurité, en fonction des troubles annoncées... (exemples, chambre seule, à proximité du bureau de soins infirmiers) ».*

Ensuite, 3 autres réponses démontrent que cette annonce leur provoque diverses craintes : *« crainte de ne pas savoir la prise en charge adéquate par rapport au type de diagnostic. (quel comportement adapté? Peur d'être mal à l'aise face au patient, mais aussi peur des réactions qu'il peut avoir... violence) », « appréhension »*

Enfin, les 3 dernières réponses décrivent que le diagnostic précis du patient change de manière négative, leur vision du transfert : *« parce que certaines pathologies (psychotique, schizophrène) évoquent fréquemment un patient non collaborant et plus ou moins agressif, et donc s'attend forcément à voir arriver un patient "difficile" »* et *« souvent cela me donne une vision négative de la personne. Je m'attends à devoir prendre en charge un patient non compliant ».*

Les 15% restant, soit 6 questionnaires sur 40 pensent que le fait de connaître le diagnostic précis du patient ne modifie pas leur vision du transfert. Cela pour différentes raisons. Les réponses se groupent en 3 catégories. J'ai à nouveau ressorti les principales idées, afin de pouvoir les classer.

Les 6 questionnaires sont argumentés :

D'abord, 3 personnes pensent que le diagnostic précis du patient ne modifie pas leur vision du transfert. Ils l'argumentent de différentes manières : « *prise en charge reste globale! Dépend de son état* », « *prise en charge globale d'un patient* ».

Puis, 2 questionnaires démontrent également que le diagnostic précis du patient ne modifie pas leur vision du transfert: « *non car le diagnostic renseigne parfois peu sur l'éventuelle agitation ou les divers troubles comportementaux* », « *je ne connais pas assez la psychiatrie et les diagnostics ne me parleront pas tellement* ».

Enfin, 1 questionnaire démontre que le diagnostic précis du patient ne modifie pas sa vision du transfert. Il l'explique en disant : « *car nous traitons essentiellement le problème chirurgical, le patient étant suivi par une autre équipe spécialisée en psy-par contre diagnostic précis nous permet de mettre en place chambre adaptée* ».

Cette question me permet de savoir si le fait de donner le diagnostic précis du patient modifie la vision du transfert, mais également en quoi cette annonce provoque un changement.

#### Question 4

Comment définissez-vous le patient souffrant de troubles psychiatriques ?

Les réponses sont catégorisées en 5 groupes. Certaines personnes le décrivent de manière physique, d'autres par rapport au psychique. Grâce à leurs explications, j'ai pu établir 5 groupes différents. Je précise également que sur les 40 questionnaires, 3 personnes n'ont pas donné leur avis.

En effet, 12 infirmières sur 37 définissent le patient comme étant une personne dans son monde : « *patient qui peut perdre par moment la notion de la réalité. Est dans son monde, difficultés d'intégration (délires possibles)...* », « *...en parenthèse de vie et/ou à la perception de la réalité modifiée et différente* », « *un patient qui a une perception différente d'autrui et qui n'est pas maître de lui-même et de ses réactions* ».

Plusieurs personnes, soit 9 sur 37, décrivent le patient souffrant de troubles psychiatriques comme un patient semblable aux autres. Ils affirment : « *comme un*

*autre patient », « c'est une pathologie comme une autre », « des patients atteint d'une maladie dont les soins et la prise en charge sont ardues ».*

D'autres infirmières, soit 7 sur 37, définissent le patient souffrant de troubles psychiatriques par ses divers comportements : *« patient au comportement imprévisible », « ...avec un comportement atypique, souvent instable, qui éprouve un malaise psychique ».*

D'autres personnes, soit 5 sur 37, définissent ce patient comme une personne en souffrance : *« Une personne qui souffre avant tout de ne pas se sentir toujours en phase avec le monde autour », « patient en souffrance », « personne en souffrance qui vit dans un monde parallèle au notre ».*

Pour finir, 5 personnes sur 37, décrivent ce patient en évoquant la dangerosité qu'il peut présenter pour lui ou pour autrui : *« patient instable mentalement nécessitant un traitement et des mesures de sécurité », « Être humain souffrant de troubles de la pensée, du raisonnement, pouvant mettre sa propre vie et la vie des autres en danger ».*

## Question 5

Quelle image vous vient à l'esprit quand vous pensez à un patient souffrant de troubles psychiatriques ?

Différentes catégories sont ressorties des questionnaires. J'ai relevé ainsi 37 réponses pour ensuite les classer en différents groupes.

Le plus grand nombre de réponse, soit 15 concerne les divers comportements que peut avoir le patient. Ils l'ont exprimé par différentes répliques : *« Un fugueur en puissance en général agressif », « Réactions inadéquates, comportement inadapté lors de changement de milieu / déstabilisation du BS selon changement de milieu », « agressivité, manipulation, agitation, confusion » « c'est quelqu'un de shooté à fond par les calmants, incapable d'articuler, prostré, une personne aggressive, fuyante manipulatrice, fausse ».*

Les autres résultats sont partagés en 4 catégories quasiment égales.

D'abord, 6 personnes sur 37 le décrivent physiquement : *« Indépendant physiquement, parle pas beaucoup, toujours triste, pas motive de bouger », « C'est*

*quelqu'un de shooté à fond par les calmants, incapable d'articuler, prostré, une personne agressive, fuyante manipulatrice, fausse », « l'oligophrène:150 kg de muscles pour 12 de QI; le dépressif qui se renferme sur lui-même, l'hystérique qui se montre en spectacle... ce ne sont que des traits de personnalité, mais c'est ce qui me vient à l'esprit... ».*

Une autre catégorie qui est égale à la précédente, soit 6 sur 37, ne décrit pas spécialement le patient. Ces personnes disent ne pas avoir d'image particulière lorsqu'ils pensent à un patient souffrant de troubles psychiatriques : *« a rien de particulier », « pas davantage une image particulière que par rapport à un autre patient », « aucune image, j'ai travaillé à Malévoz et depuis je n'ai pas d'image quand je pense à un patient psy ».*

Les 10 questionnaires restant sur les 37, partagent leurs avis. La moitié le décrit psychiquement : *« quelqu'un qui souffre, qui n'est pas bien dans sa peau, limité », « Souffrance », « Beaucoup de tristesse »* et l'autre moitié, pense alors à la prise en charge : *« Patient avec qui la relation et la compréhension sont perturbées », « ça varie soit l'image de certains patient que j'ai déjà vu soit l'image du travail que ça peut engendrer », « Qu'il faudra être patiente et particulièrement présente à ses côtés ».*

Les questions 4 et 5 me permettent de connaître les représentations qu'ont les soignants face au patient souffrant de troubles psychiatriques. En effet, en leur demandant de définir le patient, ainsi que de donner l'image qui leur vient à l'esprit lorsqu'on évoque celui-ci, je peux ainsi obtenir leur vision, leurs représentations du patient souffrant de troubles psychiatriques.

## Question 6

A votre avis, y a-t-il des patients psychiatriques plus dangereux, plus graves que d'autres?

Si les infirmières répondaient positivement, elles devaient argumenter leurs réponses en définissant leurs symptômes, leurs comportements, et en cas de réponses négatives, simplement commenter pour quelles raisons.

Concernant les réponses, elles se trouvent au nombre de 57. Je les ai classées dans différentes catégories, celles utilisées et définies dans mon cadre de références concernant les maladies psychiatriques.

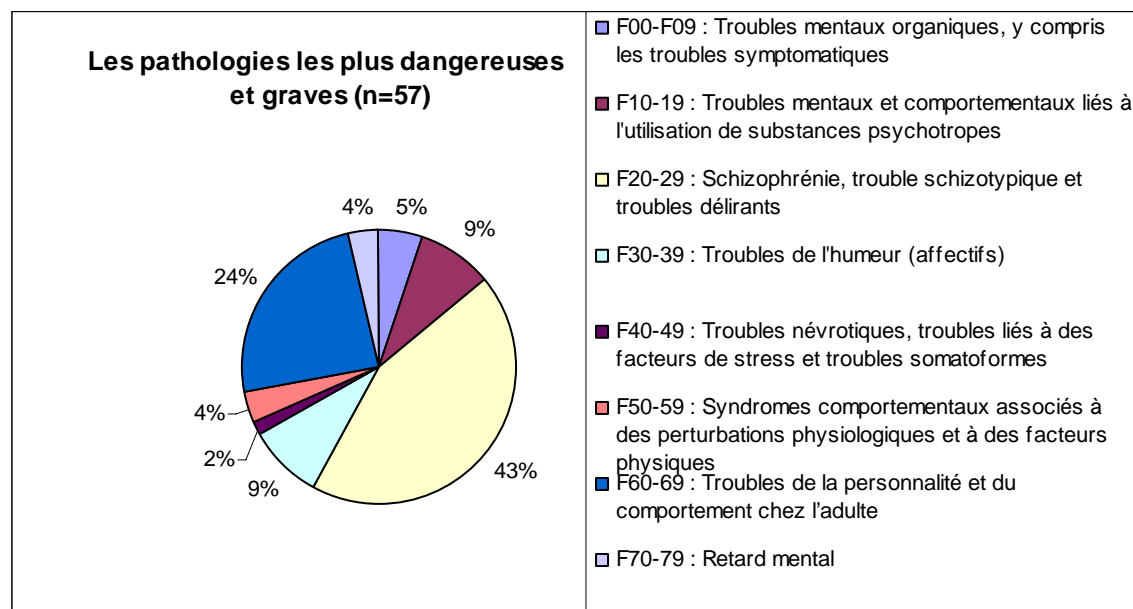


Tableau 3 : les pathologies les plus graves et les plus dangereuses

La majorité, soit 24 réponses sur 57 démontrent que la schizophrénie (F20-29) est la pathologie psychiatrique la plus dangereuse et la plus grave. Les infirmières l'argument par diverses réponses : « *la schizophrénie au comportement souvent paranoïaque avec délire de persécution !* », « *schizophrène ou patient délirant: risque pour lui-même + pour nous, car perturbé par opération dans ses habitudes...* », « *...Les schizophrènes par leur comportements à côté de la réalité* », « *Certaines schizophrénies. Les hallucinations qu'elles provoquent, peuvent amener les patients atteint à des actes non voulu mais dangereux pour lui ou son entourage* ».

Un autre grand groupe (14 réponses sur 57) pense que les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-69) sont les plus dangereuses et les plus graves. En effet, les infirmières ont divers exemples : « *...troubles du comportement... peuvent parfois avoir des réactions violentes* », « *ayant commis de graves actes, pervers, certaines décompensations, violence* », « *psychopathe = bouffée délirante avec passage à l'acte...* ».

Puis, d'autres infirmières, soit 5 réponses sur 57, confirment que les troubles de l'humeur (F30-39) sont également des pathologies graves et dangereuses de part leur non compliance et leur agressivité.

Sur 57 réponses, 4 infirmières ont évoqué les troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de substances psychotropes, et également les personnes en état de manque : « *toxicomanes en priorité (manipulateurs)...* », « *toxicos et OH* », « *Les dépendants, toxicomanes par exemples état de manque = agressivité...* ».

Enfin, 2 personnes ont confirmé que tous les troubles psychiatriques pouvaient être dangereux et graves.

Une personne sur les quarante questionnaires pense qu'il n'y a pas une pathologie psychiatrique plus grave ou plus dangereuse qu'une autre. Elle le décrit : « *S'ils sont bien traités, aucun patient « psy » ne devrait être dangereux* ».

Grâce à la question 6, je peux présenter les troubles les plus dangereux et les plus graves selon les infirmières questionnées. Cette dernière permet de voir quelles pathologies représentent à leurs yeux, la psychiatrie difficile.

### Question 7a

La prochaine question a pour but de déterminer les émotions que ressentent les infirmières lors de l'annonce de transfert, et à quel niveau. Je me suis basée sur ma première hypothèse pour la réaliser.

Il est huit heures du matin... L'admission vous appelle pour vous annoncer le transfert dans votre service de chirurgie, d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. Le patient a été diagnostiqué par un psychiatre, il souffre effectivement de troubles psychiatriques.

Cette annonce vous provoque différentes émotions. Mettre une croix par émotion et définir pour quelles raisons.

	++	+	-	--
- peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



La description se fait sur une échelle d'intensité de 1 sur 4, 1 étant le plus bas. Il est nécessaire de préciser, que certaines réponses n'ont pas pu être prises en considération, en raison de la non validité de celles-ci.

Concernant la peur, 9 personnes sur 38, se situent à 1 sur une échelle de 4. Ceci pour des diverses raisons : « *aucun préjugé avant d'avoir vu patient* », « *habitude + compétence* ».

La majorité, soit 16 personnes sur 38 avouent ressentir de la peur au niveau 2 sur 4 lorsqu'on leur annonce ce transfert, pour plusieurs raisons : « *connaissance du trouble* », « *dépend desquels* », « *le patient est traité* », « *j'ai déjà travaillé en psy, j'ai connaissances des troubles et du milieu* », « *habitude de travailler avec des pat comme ça* », « *voir le comportement du patient à son arrivée* », « *Je ne suis jamais seule et nous disposons de beaucoup de solutions face à ce genre de problème* », « *si diagnostic il y a un traitement en place* ».

Puis, 12 personnes sur 38 décrivent leur peur au niveau 3 sur 4. Elles l'argument : « *milieu et encadrement inadapté* », « *peur de l'inconnu* », « *Peur qu'il soit agité agressif* », « *méconnaissance de la pathologie et des réactions du patient* », « *pas vraiment formée pour les prendre en charge* », « *Parce qu'il n'est pas facile (manque temps, effectif personnel qualifié en psychiatrie) gérer ce type de patient dans un service de chirurgie avec ses contraintes* », « *plutôt appréhension par manque expérience* ».

Une personne seulement éprouve une peur à 4 sur 4. Son argumentation est : « *car je suis sûre de sa mauvaise prise en charge dans notre service* ».

	++	+	-	--
- colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La deuxième émotion utilisée pour mon questionnaire est la colère. La majorité, soit 25 sur 37, n'éprouvent pas de colère, soit 1 sur 4, lors de l'annonce de transfert d'un patient diagnostiqué psychiatrique, dans leur service de chirurgie. Elles l'argument : « *aucune raison de ressentir de la colère* », « *habitude de travailler avec des pat comme ça* », « *aucun préjugé avant d'avoir vu patient* », « *ce patient a droit aux soins qui lui sont nécessaires* », « *aucune raison* ».

Et 10 personnes sur 37, ressentent de la colère au niveau 2 sur 4, selon leurs diverses raisons : *« il n'y a pas de raisons, l'hospitalisation → ce n'est pas de sa faute »*, *« pas de colère à moins que ce soit une journée où on est vraiment stressé et si je sais que la prise en charge ne suivra pas »*.

Une personne a répondu 3 sur l'échelle de 4. Elle dit : *« Car notre service ne permet pas (manque de temps) de passer plus de temps avec eux qu'avec les autres. Donc ça se passe mal parfois »*.

Enfin, une autre personne est en colère au niveau 4 sur 4 en argumentant : *« car je suis sûre de sa mauvaise prise en charge dans notre service »*.

	++	+	-	--
- anticipation négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En ce qui concerne l'anticipation face à l'annonce du transfert dans le service de chirurgie, 14 personnes sur 36, avec un niveau de 2 sur l'échelle de 4, anticipent négativement l'arrivée du patient. Elles l'expriment de différentes manières : *« gérer le patient »*, *« s'il y a beaucoup de travail ça pourrait être un patient qui demande plus d'attention »*, *« ces situations se passent souvent mal »*, *« oui car je sais la charge de travail qu'un tel patient peut engendrer »*, *« le problème se pose surtout la nuit, moins de personnel. A-t-il besoin d'une surveillance constante? Est-il plus ou moins calme »*.

Une égalité existe au niveau des échelles de 1 sur 4 et de 3 sur 4, soit 20 infirmières. En effet, concernant la première, soit 1 sur 4, les infirmières ont déclaré : *« le suivi se fait correctement »*, *« aucun préjugé avant d'avoir vu patient »*, *« Si les locaux et les moyens en personnel sont adaptés aucune crainte. Mais je ferai le maximum pour minimiser les dangers »*, *« Il n'a pas choisi d'être psy »*.

Au sujet des 10 infirmières se situant au niveau 3 sur l'échelle de 4, elles l'argumentent par différentes phrases : *« méconnaissance troubles »*, *« Prise en charge complexe, négociations avec patient alors que charge de travail déjà importante »*, *« prise en charge difficile pour nous et nous prend beaucoup d'énergie / surcharge de travail »*, *« Inadaptabilité vie en communauté, auto - ou hétéro agressivité vis-à-vis d'autres patients »*, *« Un patient souffrant de pathologie psychiatrique m'évoque premièrement un patient difficile à cadrer, pouvant être*

*agressif et non compliant au traitement et donc je penserai tt de suite que ce ne sera pas un patient facile ».*

Deux personnes sur 36 appréhendent l'arrivée du patient souffrant de troubles psychiatriques dans leur service, à une échelle de 4 sur 4. Une d'entre elle l'argumente en disant « *Je déteste la psy* » et l'autre « *car je suis sûre de sa mauvaise prise en charge dans notre service* ».

Lors de certains de mes stages, j'ai pu observer à plusieurs reprises que l'annonce du transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, provoquait différentes émotions. J'ai alors décidé d'orienter une de mes questions sur le sujet du ressenti. En effet, j'ai choisi trois émotions négatives et leur ai demandé d'argumenter leurs réponses, afin de comprendre pourquoi ces réactions.

### Question 7b

Ensuite, j'ai posé la même question en modifiant quelque peu l'état du patient. Cette question va m'être utile pour vérifier en aval ma deuxième hypothèse.

Il est huit heures du matin... L'admission vous appelle pour vous annoncer le transfert dans votre service de chirurgie, d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. Le patient n'a pas été diagnostiqué par un psychiatre, il a « l'étiquette » de patient « psy » à cause de son comportement agité, violent, confus...

	++	+	-	--
- peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant la peur, 14 personnes sur 38, ressentent de la peur au niveau de l'annonce de transfert, au niveau 2 sur 4. Ceci, pour diverses raisons: « *D'abord le voir. Selon la situation, la façon de le prendre en charge cela peut changer la donne. Chacun le jugera personnellement* », « *habitude de travailler avec des pat comme ça* », « *voir le comportement du patient à son arrivée* », « *Pas pire que les autres patients* », « *un peu de peur quand même à cause de la violence* », « *peur d'être dépassé car manque de temps, patient isolé dans sa chambre, risque de chute, de*

*fugue, de tentamen, d'arracher du matériel ou de ne pas être adéquate dans ma prise en charge ».*

Puis, 13 personnes sur 38, ressentent de la peur au niveau 3 sur 4, concernant ce transfert. Elles l'expliquent grâce à différents exemples: *« crainte de la violence », « appréhension par rapport aux réactions possibles - surveillance plus importante de notre part », « Parce que je sais que ce ne sera pas un patient facile, qu'il faudra peut être mettre des mesures de contention et qu'il demandera beaucoup plus de vigilance », « difficultés à soigner. Agression sur lui-même ou sur autrui ».*

Enfin, 2 personnes sur 38 craignent au niveau 4 sur 4 de la violence et de probables agressions. Je retiens une seule argumentation, l'autre étant illisible: *« l'inconnu, que va-t-on faire s'il devient agressif ».*

	++	+	-	--
- colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A propos de la colère, la majorité, soit 19 personnes sur 37 n'éprouvent pas de colère (1 sur 4). Elles l'argumentent: *« aucune raison de ressentir de la colère », « aucune raison d'être en colère, c'est un patient comme un autre, et on sait bien qu'on peut à tout moment en recevoir un », « aucun préjugé avant d'avoir vu patient ».*

Ultérieurement, 12 personnes sur 37 ressentent de la colère à un niveau 2 sur 4. Elles disent: *« Je suis une IDF professionnelle psy ou pas → j'assume », « habitude de travailler avec des pat comme ça », « en chirurgie, il n'est pas facile d'avoir un suivi psy (impossible le WE) », « Peut se montrer différent selon les personnes qui s'occupent de lui ».*

Puis, 5 personnes sur 37 sont en colère en raison de la difficulté de la future prise en charge, au niveau 3 sur 4. Leurs arguments sont les suivants: *« parce que prise en charge incomplète si pas consultation psychiatrique », « si on a déjà beaucoup de "travail?", il faudra gérer en plus ce patient agité ».*

Enfin, 1 personne sur 37 ressent de la colère au niveau 4 sur 4, en raison de la prise en charge probablement mauvaise, dans son service de chirurgie.

	++	+	-	--
- anticipation négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au sujet de l'anticipation, la majorité, soit 14 sur 36, pressent de manière négative l'arrivée du patient agité, violent, confus dans leur service de chirurgie, au niveau 3 sur 4. La raison principale est la future prise en charge. En effet, je prends leurs dires: « *prise en charge plus difficile* », « *Parce qu'un patient annoncé « psy » agité, confus, violent mais sans pathologie psychiatrie évidente est fréquemment un patient alcoolique ou toxicomane, et qu'ils ne sont généralement pas facile à gérer* », « *pénibles à gérer* », « *surcharge de travail* », « *augmentation de la charge de travail* ».

Ensuite, 12 personnes sur 36, appréhendent l'arrivée du patient, au niveau 2 sur 4. Elles font également référence à la future prise en charge en disant: « *s'il y a beaucoup de travail ça pourrait être un patient qui demande plus d'attention* », « *petite appréhension* », « *Mauvaise connaissance du patient ou peut-être incompréhension* », « *Peut se montrer différent selon les personnes qui s'occupent de lui* ».

Puis, 6 personnes sur 36 n'anticipent pas de manière négative l'arrivée du patient (niveau 1 sur 4). Seulement 2 infirmières l'argument: « *habitude + compétence* » et « *Il n'a pas choisi d'être psy* ».

Enfin, 4 personnes sur 36, anticipent au maximum le transfert. Elles l'expliquent en raison de la charge de travail: « *ce patient a besoin de présence quasi constante près de lui... ce que l'on ne peut assurer en service de chirurgie. Manque de personnel pour établir une surveillance trop rapprochée et le contenir* » et « *difficultés de prise en charge, augmentation charge de travail* »

Cette question est proche de la précédente. Cependant, après réflexion, je me suis demandée si le fait que le patient soit agité, violent, avec parfois une « étiquette » de « psy » pouvait également provoquer ces différentes émotions aux infirmières ou uniquement les patients diagnostiqués de troubles psychiatriques. J'ai alors proposé la même situation, en changement simplement l'état du patient, dans le but de pouvoir « comparer » les différents résultats.

## Question 8a

Lorsqu'on vous annonce un patient diagnostiqué par un psychiatre et qu'il souffre effectivement de troubles psychiatriques, cela va-t-il provoquer une modification de la future prise en charge?

Cette question concerne plus particulièrement la future prise en charge et n'est pas directement liée à mes hypothèses. Cependant, elle va me permettre de comprendre comment les infirmières anticipent la prise en charge.

La majorité, soit 32 personnes sur 40, ont répondu que le fait de savoir que le « futur » patient souffre de troubles psychiatriques, modifie leur vision de la prise en charge. Certaines infirmières l'argumentent par rapport à leur comportement: *« inquiétude par rapport au suivi psy et attitude à avoir (équipe), évaluation pour installation au sein du service (voisin de chambre) avoir une attitude commune au sein de l'équipe »*, *« le psy va nous donner des OM bien précis sur prise en charge, je pense que je serai + attentive »*, *« Plus attentive quand à son comportement, pour la sécurité de tous »*. D'autres par rapport à leur manière d'adapter la prise en charge: *« Je vais adapter ma prise en charge en prenant plus de temps auprès du patient, afin d'être sur qu'il est d'accord avec la prise en charge »*, *« Parce que c'est un patient qui requiert davantage d'attention et de surveillance et donc la prise en charge et la surveillance seront renforcées »*. Et les dernières pensent à la sécurité. En effet, elles citent: *« pour la sécurité du patient et peut-être des autres »*, *« Éventuellement chambre seule suivant: protection du patient (surveillance ...) ou des voisins »*, *« fermer la fenêtre si nécessaire (suicide) accueillir, rassurer, prendre un peu plus de temps que pour un autre patient »*, *« J'adapte mes soins en conséquence ainsi que le lieu: la chambre seul, matériel nécessaire pour la protection du patient »*.

Seulement 8 sur 40 affirment que le fait de savoir que le patient souffre de troubles psychiatriques ne modifie pas leur vision de la future prise en charge. Uniquement une personne l'argumente : *« savoir infirmier »*.

## Question 8b

Lorsqu'on vous annonce un patient présentant des troubles du comportement se traduisant par de la violence, de l'agitation psychomotrice et de la confusion, mais qu'il n'est pas diagnostiqué par un psychiatre cela va-t-il provoquer une modification dans la future prise en charge?

Cette question est quasiment semblable à la précédente, cependant l'état du patient est modifié. Ce procédé va me permettre de soulever s'il y a une réelle différence entre les deux « types » de patient: le patient diagnostiqué par un psychiatre de troubles psychiatriques et le patient agité, violent, confus avec « l'étiquette » de « psy ».

Le résultat est le même que pour la question précédente : 32 sur 40 pensent que cela modifierait leur vision de la prise en charge. Majoritairement, soit 13 sur 32, l'argumentent en utilisant le sujet de la sécurité: « *pour sa sécurité et celle des autres (fermer la fenêtre, enlever tout ce qui pourrait utiliser pour se blesser ou autrui et en dernier recours matériel de contention)* », « *mesure de sécurité...* », « *Toujours pour la sécurité de TOUS: (patients...) choix de la chambre (seule proche, fenêtre fermée etc.)* », « *Mettre en place des mesures préventives (traitement, contention, sécuritas?)* ». Puis 10 personnes l'argumentent en expliquant les différents comportements adoptés par l'équipe: « *Au niveau de l'anticipation des réactions (ne pas le provoquer, le traiter avec plus de douceur, explications plus longues...)* », « *comportement et discours soignant adapté* », « *Pour ne pas déstabiliser plus, discussion avec l'équipe pour avoir la même ligne directrice* », « *pour rassurer, réfléchir à la prise en charge la + adéquate + parfois mise en place d'une contention.* ». Ensuite, 6 personnes font allusion au médecin: « *prévenir le psychiatre et mettre un traitement adéquat en place...* », « *parce que là il faut contacter la personne juste (le psy) et voir avec lui comme il faut suivre* », « *Prévenir un médecin, voir pour avoir un contact avec un psychiatre. S'assurer qu'il a un traitement en réserve (tranquillisant...)* ». Enfin, 3 personnes évoquent la notion de craintes diverses: « *peur de ne pas savoir comment le maîtriser peur de l'agression* », « *Appréhension par rapport à ses réactions / structure à évaluer (chambre individuelle - fenêtre fermée...)* » et uniquement 1 personne pense à la préparation

psychologique: « *Je me prépare au combat (verbal prioritairement et peut-être même physique)* ».

Concernant les 8 personnes sur 40 pour qui, l'annonce du patient souffrant de troubles psychiatriques, ne modifie pas la vision de la future prise en charge, l'exposent par différents éléments. La majorité, soit 4 sur 8, pense qu'il est nécessaire d'observer l'état du patient à son arrivée dans le service: « ... *J'adapterai ma prise en charge aux besoin de la situation quand je l'aurai évaluée* », « *pas de diagnostic, préjugé* », « *une prise en charge se fait par rapport au moment où le patient nécessite des soins. C'est à son état à un moment précis que j'adapte une prise en charge* » et « *Voir comment est le patient à l'arrivée. A évaluer par nous-même* ». Puis 3 personnes citent ce patient comme un autre patient: « *même prise en charge, à la base, que les autres patients.* », « *C'est un patient comme un autre je le prend en charge dans sa globalité...* ». Uniquement 1 personne fait allusion à la prise en charge par rapport à un service de chirurgie: « *Non, juste une mise en place de moyens de contentions pour que le patient ne se blesse pas, un traitement médicamenteux sera mis en place pour le stabiliser. Étant dans un service avec une chirurgie aiguë, la priorité n'est pas de traiter les troubles du comportement* ».

Les deux dernières questions concernent les actions infirmières au niveau de l'anticipation de la prise en charge. En effet, elles vont me permettre de définir l'ordre des priorités de la part des infirmières concernant l'annonce d'un patient souffrant de troubles psychiatriques.

### Question 9a

Il est 9 heures, on vous annonce le transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, diagnostiqué par un psychiatre...

Numérotez par ordre chronologique vos actions infirmières que vous choisissiez parmi les différentes (3 au minimum).

J'ai proposé alors sept différentes actions:

- vous raccrochez le téléphone et diffusez l'information à vos collègues
- vous attendez avec impatience son arrivée dans le service



- vous savez à l'avance que vous ne le prendrez pas en charge
- vous poursuivez vos activités programmées
- vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient
- vous prenez une pause
- vous le programmez dans une chambre où il y a un lit libre

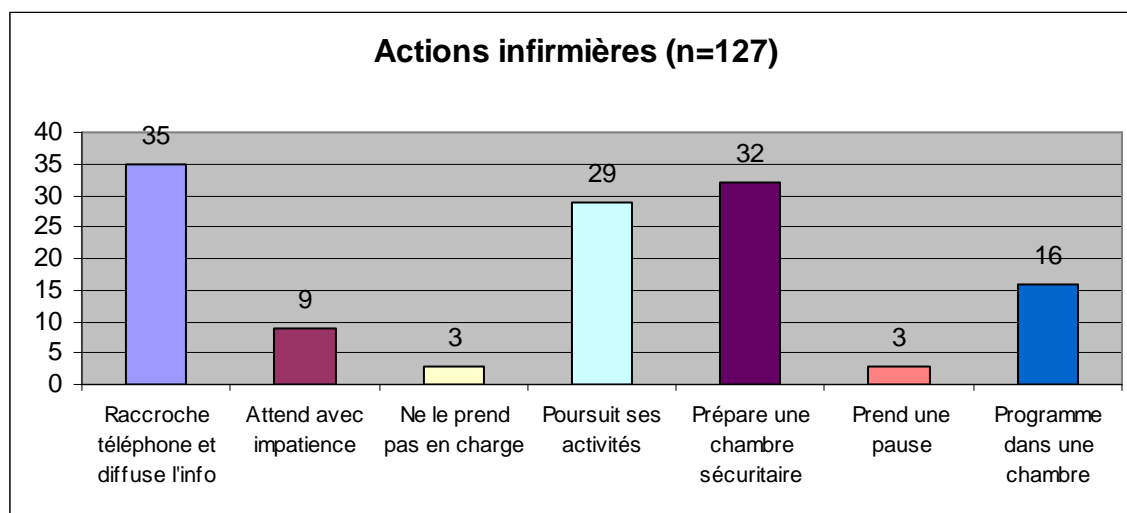


Tableau 4 : liste des actions infirmières

L'action infirmière qui a été répétée majoritairement est « vous raccrochez le téléphone et diffusez l'information à vos collègues ». Ensuite « vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient » se trouve en deuxième position. Enfin la troisième action est « vous poursuivez vos activités programmées ». Les deux actions « vous savez à l'avance que vous ne le prendrez pas en charge » et « vous prenez votre pause », n'ont été utilisées que par 3 personnes sur les 40.

Concernant la chronologie des actions, celles-ci sont très distinctes. En effet, 31 personnes sur 40 « raccrochent le téléphone et diffusent l'information à leurs collègues ». En deuxième agissement, 16 personnes sur 40 « préparent une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient ». Et enfin, 20 infirmières sur 40 « poursuivent leurs activités programmées ».

## Question 9b

Il est 9 heures, on vous annonce le transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, non diagnostiqué par un psychiatre...

Numérotez par ordre chronologique vos actions infirmières que vous choisissiez parmi les différentes (3 au minimum)

Les mêmes actions infirmières leur ont été proposées.

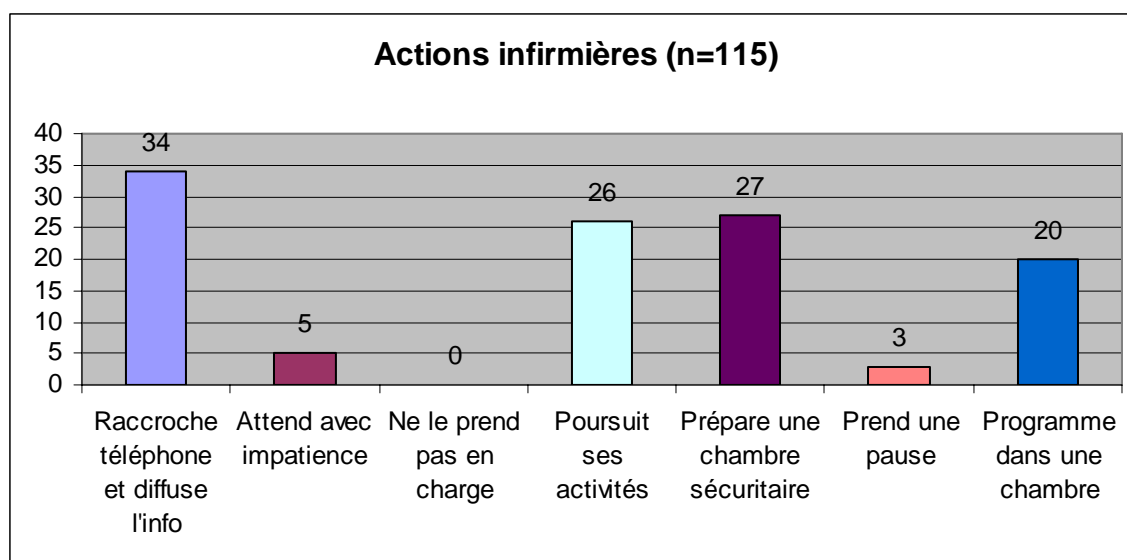


Tableau 5 : Liste des actions infirmières

L'action infirmière qui a été répétée majoritairement est à nouveau « vous raccrochez le téléphone et diffusez l'information à vos collègues ». Puis se trouve en deuxième position « vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient ». Enfin la troisième action est « vous poursuivez vos activités programmées ». En quatrième position, suivie de très près, soit 20 sur 40 personnes ont répondu qu'elles « le programmaient dans une chambre où il y a un lit libre ». Contrairement à la question précédente, aucune personne n'a répondu « qu'elle savait à l'avance qu'elle ne le prendrait pas en charge ».

Au sujet de la chronologie des actions infirmières, celles-ci sont quelque peu semblables à la question suivante. Je décris: 30 personnes sur 40 affirment « qu'elles raccrochent le téléphone et diffusent l'information à leurs collègues », 15

infirmières sur 40 disent « programmer le patient dans une chambre où il y a un lit libre » et 18 sur 40 disent « poursuivre les activités programmées ».

Après avoir décrit la situation concernant les quarante questionnaires, je vais maintenant interpréter les différentes réponses, afin de vérifier mes hypothèses.

## **6.2 Discussion**

Dans un premier temps, il est nécessaire que je reprenne mes deux hypothèses, afin de pouvoir faire les liens entre celles-ci et le résultat de mes questionnaires.

Ma première hypothèse est la suivante:

L'annonce de transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques dans un service de chirurgie, provoque de la peur, de la colère, une anticipation négative de la part de l'équipe de soins infirmiers, en raison des représentations négatives de la psychiatrie

Je peux dans un premier temps la mettre en lien avec la question concernant les émotions.

Suite aux différentes réponses concernant la peur, je constate que la majorité, soit 16 sur 38, des infirmières la ressent à un niveau de 2 sur 4 et 12 personnes sur 38 à un niveau de 3 sur 4. Ce résultat confirme alors une partie de mon hypothèse, car la grande majorité des personnes « craint » moyennement l'arrivée d'un patient souffrant de troubles psychiatriques dans leur service de chirurgie. J'entends par cela, que le personnel infirmier ne reste en aucun cas indifférent concernant cette émotion, lors de l'annonce de ce transfert.

La deuxième émotion, qui est la colère, me fait observer que la majorité ne ressent pas de colère. Ceci soit parce qu'elles ont des compétences dans le milieu de la psychiatrie, soit parce qu'elles ne trouvent aucune raison d'éprouver ce sentiment.

Enfin, concernant l'anticipation négative, je remarque que la majorité devance l'arrivée du patient comme négative, à une échelle de 2 sur 4. Les autres résultats se

partagent en part quasiment égale entre le 1 sur 4 et le 3 sur 4. De ce fait, je relève que le fait d'annoncer un patient souffrant de troubles psychiatriques dans un service de chirurgie ne provoque que très peu de colère et d'anticipation négative. J'en ressors alors principalement que ces deux émotions ne sont que très peu adaptées dans mon hypothèse, car elles ne sont pas ressenties majoritairement.

J'avoue que les résultats ressortis des différents questionnaires, concernant l'anticipation négative et la colère, m'ont assez surprise. En effet, lors de mes précédents stages, à plusieurs reprises, l'annonce d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, provoquait des remarques sur un ton colérique, surtout par rapport à la difficulté de la prise en charge. Les infirmières appréhendaient ce patient pour diverses raisons, mais surtout en rapport avec la charge de travail qui était déjà lourde et qui ne ferait qu'augmenter avec l'arrivée de cette personne souffrant de troubles psychiatriques. Ces réactions, couvrent-elle un sentiment de peur ? Est-ce socialement plus acceptable d'avouer une colère que de la peur dans le milieu des soins somatiques ?

Concernant la peur, celle-ci demeure majoritaire. Est-ce en raison de leurs représentations concernant la psychiatrie ? Pour ce faire, je vais me baser sur les réponses que les infirmières m'ont données par rapport à leur définition du patient souffrant de troubles psychiatriques, ainsi qu'à celle concernant l'image qui leur vient à l'esprit lorsqu'on évoque ce « type » de patient. Ce procédé va me permettre de connaître leurs représentations à propos de la psychiatrie en général.

Majoritairement, les infirmières interrogées le décrivent comme étant une personne dans son monde avec une perception de la réalité modifiée, voire une perte de celle-ci. C'est quelqu'un qui démontre des difficultés par rapport à la vie quotidienne. D'autres le décrivent comme étant un individu comme les autres, estimant cependant que la prise en charge pourrait être un peu plus ardue. Je soulève alors que ces données ne me démontrent que très peu une représentation négative face à la psychiatrie, du moins pas une vision fâcheuse de ces patients. Les infirmières ne font aucunement allusion aux divers comportements qu'elles craignent rencontrer.

D'autre part, la question par rapport à l'image qu'ont les soignants lorsqu'on évoque un patient souffrant de troubles psychiatriques démontre des résultats plus affirmés.

Pour la majorité, ce patient leur renvoie le reflet d'une personne aux divers comportements. Ces conduites se traduisent par de l'agressivité, de la violence, de la confusion. Les soignants pensent également à quelqu'un de fugueur, de « testeur », de fuyant, de manipulateur, à quelqu'un qui vit dans un autre monde. Le patient souffrant de troubles psychiatriques leur évoque également une personne fausse, inapte lors de changement. Suite à cela, je ressors une image essentiellement négative par rapport à ce patient, contrairement aux définitions données en amont.

Une question m'a permis de pouvoir faire le lien avec le concept des représentations. Celle-ci concerne la modification de la vision du transfert, si le diagnostic précis du patient est donné. Comme exposé dans l'analyse descriptive, la majorité pense que « oui », cette information « éclaire » la vision du transfert. Ce procédé permet alors une meilleure compréhension de la future prise en charge. Comme par exemple, d'adapter son discours, ses attitudes, et le relationnel par rapport aux capacités du patient. Il permet également de mieux comprendre le comportement et les réactions de celui-ci et ainsi lui offrir une prise en charge adaptée. Le fait de connaître la pathologie du bénéficiaire de soins permet également de mettre en place des moyens sécuritaires si nécessaire. En résumé, le fait de connaître le diagnostic médical permet aux soignants d'adapter leur comportement et leurs attitudes par rapport au patient. Cette partie d'analyse mise en lien avec les représentations se réfère plus précisément à la fonction d'orientation définie dans mon cadre de référence. Cette dernière est un guide quotidien dans la pratique professionnelle. Elle permet de savoir quels comportements adopter avec chaque personne, comment agir, ainsi que de quelle manière pratiquer les soins. Je remarque alors que cette fonction guide le comportement de l'infirmière avant même que le patient souffrant de troubles psychiatriques soit arrivé dans le service.

Cette fonction prouve une fois de plus que les représentations sont continuellement présentes.

A la suite de cela, l'interprétation des résultats des deux premières questions est alors essentielle. Ce procédé va définir si les infirmières sont souvent conditionnées avant l'arrivée du patient dans le service de chirurgie, sachant qu'elles affirment modifier leur vision du transfert lorsqu'elles connaissent le diagnostic précis du patient.

Comme décrit auparavant, la majorité des infirmières savent en général, lorsque le patient souffre de troubles psychiatriques, ainsi que le diagnostic précis, avant son transfert. Donc, si je combine ces différents éléments, je peux ressortir que les infirmières sont effectivement conditionnées avant l'arrivée du patient dans le service. Je ressors ceci comme un élément positif, car elles ont le temps d'adapter leur comportement et de mettre en place les moyens nécessaires pour la prise en charge.

Ce paragraphe démontre à nouveau que les représentations sont présentes continuellement et dans ce cas, vont guider les actions des infirmières.

De plus, je peux également faire le lien avec la fonction justificatrice. En effet, celle-ci permet de « couvrir » les prises de positions et les comportements après l'action.

Ce moyen permet aux individus de pouvoir justifier, expliquer leurs conduites dans une situation ou avec autrui. Donc, lorsque les infirmières ont rempli mon questionnaire, elles ont « utilisé » la fonction justificatrice des représentations, afin de pouvoir expliquer et justifier leurs comportements et leurs actions.

La question suivante n'est pas directement liée à mes hypothèses, cependant elle révèle un certain « type » de patient souffrant de troubles psychiatriques. Celle-ci concerne les pathologies psychiatriques les plus dangereuses et les plus graves, aux yeux des infirmières interrogées.

Pour classer les différentes catégories, je me suis basée sur la classification du CIM-10.

La grande majorité a répondu que « oui », il existait des troubles plus graves et plus dangereux. Pour la plupart, l'atteinte la plus dangereuse et la plus grave, est la schizophrénie. De part les réactions violentes des patients, leur perte avec la réalité, les dangers de suicide et/ou les passages à l'acte, leur agressivité... cette pathologie est la plus appréhendée. En effet, si je me base sur mon cadre de référence concernant les maladies psychiatriques, je relève que la symptomatologie décrite par les infirmières correspond aux critères de la classification selon le CIM-10. Celles-ci mentionnent la perte de la réalité, les hallucinations, le délire. Leurs représentations de la schizophrénie sont réelles.

Les troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte « marquent » également les infirmières. En effet, elles définissent leurs symptômes et leurs comportements par de la perversité, de la violence, de l'agressivité, de la

manipulation et par un refus de collaborer et/ou de prendre leur traitement. Je relève principalement, que les infirmières ressortent des maladies psychiatriques les plus graves et les plus dangereuses, de la violence, de l'agressivité, de la perversité, de la manipulation, certains refus et une perte avec la réalité.

Les troubles de l'humeur ont également été mentionnés, de manière minoritaire, de part le risque d'agressivité venant du patient et sa non compliance. En faisant le lien avec mon cadre de référence concernant la maladie mentale, je relève alors que pour ces pathologies, la violence peut être présente, cependant pour une classe en particulier. En effet, je fais allusion à la manie. La personne en phase maniaque montre une agitation psychomotrice, ainsi qu'une désinhibition au niveau sexuel et dans les comportements sociaux. C'est dans ces moments-là que la personne peut être violente. Contrairement à la personne dépressive qui elle est repliée, inhibée.

A 5 reprises, les infirmières ont fait allusion aux personnes dépendantes à diverses substances. Je peux les classer dans les troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de substances psychotropes. Elles précisent que ces personnes peuvent être agressives lors d'un état de manque ou autres.

Cette question m'a fait remarquer que lorsqu'on évoque la dangerosité, la pathologie qui vient en premier à l'esprit des infirmières interrogées, est la schizophrénie. Celle-ci représente-t-elle la psychiatrie de manière globale pour les soignants ? Cette interrogation reste en suspens, car je n'ai ciblé aucune question pour répondre à cela. Je rajoute simplement que cette interrogation m'est venue à l'esprit, lorsque j'ai ressorti les différents résultats.

La prochaine question est centrée sur la modification de la future prise en charge si le patient est annoncé souffrant de troubles psychiatriques.

Comme vu précédemment, la grande majorité a répondu que « oui » cela modifiait la future prise en charge. Cette interrogation est cependant très proche de celle où le fait de donner le diagnostic précis du patient modifie la vision du transfert, mais cette dernière concerne plutôt la future prise en charge. Cependant les résultats me permettent également de les mettre en lien avec la fonction d'orientation concernant les représentations. En effet, les résultats décrits par les infirmières me prouvent que cette annonce modifie la future prise en charge, dans le sens où elles pourront l'adapter au mieux. Elles précisent que c'est en particulier au niveau de la

communication et du relationnel. Cette annonce a donc un effet bénéfique sur leur comportement. Celles-ci seront plus attentives aux réactions du patient, elles auront une attitude commune et dans la même ligne directive. Le fait de connaître la pathologie du bénéficiaire de soins leur permet également de mettre en place des moyens sécuritaires si nécessaire. Cette tranche d'analyse démontre à nouveau que les représentations guident nos actions. Et dans ce cas, les soignants agissent avant même l'arrivée du patient. En effet, cette fonction d'orientation va avoir une répercussion sur les actions infirmières.

J'interprète maintenant les résultats ressortis, concernant l'anticipation de la prise en charge, par rapport au patient diagnostiqué par un psychiatre. Je choisis de ressortir uniquement les trois actions les plus citées, en raison de la généralité des résultats.

L'action infirmière la plus utilisée et faite en premier est « je raccroche le téléphone et diffuse l'information à mes collègues ». Ce que je peux en ressortir, est que cette action est d'une part logique, car lorsqu'on est au téléphone, la première chose est de le boucler ensuite, et d'autre part, cette action ne me donne aucune information sur la future prise en charge. En effet, elle ne me permet pas de pouvoir faire le lien avec mon hypothèse.

La deuxième action la plus citée et faite en seconde position est « je prépare une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient ». Ce résultat peut être mis en lien avec un des différents éléments du rôle infirmier, décrit plus particulièrement dans le cahier des charges.

En effet, l'infirmière est informée que le patient souffre de troubles psychiatriques. Cependant elle ne connaît pas son diagnostic précis, mais elle anticipe l'arrivée du bénéficiaire de soins dans le service. Elle devance les réactions du patient et de ce fait les probables complications, en préparant une chambre sécuritaire et adaptée à sa symptomatologie. Mais est-ce absolument nécessaire ?

Enfin, la troisième action est « je poursuis les activités programmées ». Celle-ci est appliquée par les infirmières à la suite des deux précédentes. Je remarque à nouveau que ce résultat ne m'apporte que peu sur la prise en charge. De plus, elle ne me permet aucunement de vérifier mes hypothèses.



Je souhaite maintenant analyser et vérifier ma deuxième hypothèse qui se traduit de la manière suivante:

L'annonce d'un patient ayant des troubles du comportement tels que de l'agitation psychomotrice, de la violence, de la confusion, sans diagnostic psychiatrique posé par un psychiatre, provoque le même impact au niveau de l'équipe de soins infirmiers pour des raisons de peur face à la difficulté de la prise en charge

Pour ce faire, je vais d'abord la mettre en lien avec la question concernant les trois émotions.

Initialement, je commence par la peur. Comme observé lors du traitement de l'hypothèse précédente, cette émotion est également ressentie. En effet, les infirmières « craignent » ce patient à différents niveaux. La majorité, à un niveau de 2 sur 4. Cette argumentation se base sur le fait qu'elles ont des compétences avec ces patients et qu'elles n'ont pas de préjugé avant que celui-ci soit arrivé dans le service. Ce que je peux simplement relever, c'est qu'elles citent ces différents éléments, mais ont quand même cette émotion à 2 sur l'échelle de 4. Ceux-ci sont alors en contradiction.

Uniquement 9 infirmières sur 38, l'« appréhendent » à 1 sur l'échelle de 4, en raison d'une probable agressivité et/ou violence.

Les infirmières qui éprouvent de la peur à un niveau de 3 sur 4, l'expliquent en citant différents comportements que peut adopter le patient et la difficulté de la prise en charge. Je remarque alors que cette émotion s'applique pour le patient, mais également pour la future prise en charge. Les infirmières font allusion à la charge de travail et à l'augmentation de celle-ci, si un patient ayant des troubles du comportement est admis dans leur service de chirurgie. En tenant compte uniquement de cette émotion, je peux déjà relever qu'une partie de mon hypothèse est vérifiée et approuvée. En effet, un patient souffrant de troubles du comportement se traduisant par de la violence, de l'agitation psychomotrice provoque également de la peur face à la difficulté de la prise en charge.

En me centrant sur la colère, je constate à nouveau que la majorité ne l'éprouve que très peu. Seulement 8 personnes l'argumentent et ceci pour les mêmes raisons que précédemment (aucune raison, patient droit aux soins comme chacun...).

Uniquement 2 personnes sur 37 éprouvent cette émotion à une échelle de 3 sur 4, en raison de la difficulté de la prise en charge. Enfin, 1 infirmière sur 37 ressent cette émotion au maximum, en raison de la prise en charge probablement mauvaise du patient.

Je constate alors que cette émotion n'est pas prioritaire voire pas même ressentie lors de l'annonce de transfert d'un patient agité, violent et confus.

Enfin, la dernière émotion qui est l'anticipation négative, se montre différente. La majorité avoue appréhender au niveau 3 sur 4, l'arrivée du patient agité, violent et confus dans leur service de chirurgie. En effet, les infirmières font allusion à la prise en charge. Celle-ci serait plus difficile, demanderait plus d'énergie et serait plus pénible. De plus, le risque que celle-ci ne soit pas adaptée, est réel. La charge de travail étant déjà lourde, celle-ci ne pourrait alors qu'augmenter. Puis, 12 personnes sur 37 anticipent également de manière négative l'arrivée du patient, à un niveau de 2 sur 4 : la majorité, pour des raisons de difficultés de prise en charge. Elles précisent en décrivant la difficulté à gérer le patient. Elles trouvent également que la charge de travail est déjà lourde et elle ne ferait qu'augmenter et se compliquer en accueillant le patient décrit précédemment. Contrairement au patient souffrant de troubles psychiatriques, le patient agité, violent et confus est beaucoup plus appréhendé par les infirmières du service de chirurgie.

La question 8b concernant la future prise en charge a également été posée, mais avec une modification de l'état du patient. Je m'explique : je reprends les éléments de la deuxième hypothèse, afin de la vérifier. Dans cette question je précise alors que le patient n'a pas été diagnostiqué par un psychiatre mais qu'il est agité, confus et violent. Je remarque alors que le résultat est semblable au précédent. La majorité, soit 32 sur 40, affirme que le fait de savoir l'état du patient provoque une modification de la future prise en charge. Les premières actions faites par les infirmières concernent la mise en place de moyens pour assurer la sécurité de chacun. Serait-ce en raison de diverses craintes ? Si je reprends l'émotion concernant la peur, je remarque que les infirmières la ressentent. Ceci pourrait être donc une raison. D'autre part, concernant l'anticipation négative, celle-ci est nettement plus présente lors de l'annonce de ce « type » de patient. En effet, elles font allusion à la prise en charge certainement plus difficile, nécessitant plus d'énergie, à la surcharge de

travail, c'est peut-être pour ces diverses raisons qu'elles anticipent cette situation en mettant en place des moyens pour la sécurité.

Puis, les soignants affirment à nouveau, qu'ils adaptent leur comportement à l'état du patient, en étant attentif aux signes de violence, de confusion, en augmentant les surveillances, en ayant une même ligne directrice. Par leurs différentes réponses, les infirmières affirment leur rôle professionnel par rapport aux surveillances, à la communication au sein de l'équipe soignante, à l'observation.

D'autres soignantes font référence au médecin. Je peux alors faire le lien avec le rôle « traditionnel » concernant l'infirmière. Comme vu dans mon cadre de référence, grâce à la théorie de Christian GUIMELLI<sup>25</sup>, le rôle traditionnel est celui dans lequel l'infirmière exécute les prescriptions médicales. Cependant cette action reste minoritaire, ce qui pourrait démontrer que le rôle propre de l'infirmière est actuellement « développé ».

Je vais maintenant interpréter les résultats concernant l'anticipation de la prise en charge (9b) d'un patient agité, confus et violent. Les infirmières devaient à nouveau classer leurs actions de manière chronologique, à partir du moment où elles savaient que le patient allait être transféré dans leur service de chirurgie.

L'action infirmière la plus utilisée et faite en premier est encore une fois « je raccroche le téléphone et diffuse à mes collègues l'information ». Comme cité auparavant, cette information ne me guide aucunement sur le comportement ou la vision de la future prise en charge.

La deuxième action, la plus utilisée est « vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient ». Ce résultat peut à nouveau être mis en lien avec un des différents éléments du rôle infirmier, décrit dans le cahier des charges. L'infirmière anticipe l'arrivée du patient, en mettant en place différents moyens. Elle devance les réactions de celui-ci pour éviter toutes complications probables.

---

<sup>25</sup> Ibid. p.84

Enfin la troisième action la plus utilisée est « vous poursuivez vos activités programmées ». Je remarque, que ce résultat m'apporte peu sur la future prise en charge.

### **6.3 Synthèse de l'analyse**

Je ressors maintenant l'essentiel de mon analyse, afin de vérifier de manière réelle mes deux hypothèses. Grâce aux deux étapes précédentes, je peux alors relever les résultats. Je me consacre d'abord à ma première hypothèse, afin de respecter le fil conducteur de mon mémoire.

Je remarque alors que les infirmières exerçant dans un service de chirurgie, craignent de façon modérée, l'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. Je tiens à préciser, qu'elles ne sont en aucun cas indifférentes. La peur est une émotion présente.

Concernant les représentations des infirmières par rapport au patient souffrant de troubles psychiatriques, j'en ressors différents points de vue. Lors de mon questionnaire, j'ai posé deux questions différentes, afin de connaître leurs représentations. J'ai remarqué lors du classement des réponses que celles-ci étaient différentes, selon la tournure de la question. En résumé, j'ai ressorti une image essentiellement négative par rapport à ce patient.

Mon hypothèse est alors vérifiée. L'annonce de transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques dans un service de chirurgie, provoque de la peur, en raison des représentations négatives de la psychiatrie. Cependant, elles ne ressentent pas de la colère par rapport à ce transfert. L'anticipation négative est également peu ressentie lors de cette annonce. Ces deux dernières émotions sont peu adaptées à la situation.

Je vérifie maintenant ma deuxième hypothèse.

Dans un premier temps, je constate qu'au niveau du ressenti des émotions, les résultats sont proches de ceux de l'hypothèse précédente. En effet, la peur est ressentie majoritairement au même niveau que pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, diagnostiqués par un psychiatre. La colère n'est pas une émotion éprouvée par les infirmières du service de chirurgie. Cependant, l'anticipation négative est ressentie par la majorité des soignants. Les infirmières font allusion à la future prise en charge. Celle-ci serait pénible d'autant plus que la charge de travail est déjà lourde. Les infirmières craignent également la difficulté de gestion du patient agité, violent.

Mon hypothèse est alors vérifiée. L'annonce de transfert d'un patient ayant des troubles du comportement tels que de l'agitation psychomotrice, de la violence, de la confusion, provoque au sein de l'équipe infirmière de chirurgie également de la peur et de l'anticipation négative par rapport à la difficulté de la prise en charge.

La colère n'est cependant pas ressentie.

Je souhaite maintenant résumer de manière succincte le résultat des autres questions.

Selon les réponses des infirmières de chirurgie, le fait de savoir le diagnostic précis du patient, est ressorti comme positif. Cela leur permet une meilleure compréhension pour la future prise en charge et une adaptation concernant leurs discours et leurs attitudes. De plus, à chaque annonce de transfert, les infirmières sont au courant si le patient souffre de troubles psychiatriques. Elles sont alors conditionnées et anticipent l'arrivée de celui-ci dans leur service.

J'ai constaté également que lorsqu'on évoque la psychiatrie, plus précisément la dangerosité de la psychiatrie, la pathologie qui ressort majoritairement est la schizophrénie.

Il est maintenant possible que je réponde à ma question de recherche. Je la rappelle : Quel est l'impact de l'annonce d'un transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques, au sein d'une équipe de soins infirmiers en chirurgie ?

L'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques provoque différentes émotions, à l'équipe de soins infirmiers en chirurgie. Plus particulièrement de la peur et de l'anticipation négative par rapport à la future prise en charge. Cependant, comme me l'ont fait remarquer certaines infirmières interrogées, cet effet dépend de l'état du patient.

## **7. Bilans**

Avant de me diriger vers la conclusion, je développe une brève synthèse sur le contenu de mon mémoire.

### **7.1 *Bilan personnel***

Durant l'élaboration de mon mémoire, j'ai rencontré des moments de doute, de joie lors d'une nouvelle idée, d'une autre solution, des moments de motivation et des moments de démotivation. A plusieurs reprises, je me questionnais par rapport au chemin emprunté. Suis-je pertinente ? Vais-je dans la bonne direction ? Au final, j'ai apprécié la rédaction de ce mémoire et j'en suis également fière. Ce travail m'a été très enrichissant.

L'intérêt que je porte au choix du sujet, m'a facilité la tâche. En effet, le sujet de la psychiatrie me captive et le fait d'avoir rédigé un travail sur ce thème, ne fait qu'augmenter mon envie d'exercer dans ce milieu. Cependant, j'ai pris un certain temps pour formuler et cibler ma question de recherche. Concernant, le choix de mes cadres de référence, celui-ci ne m'a pas posé de problème. Je les trouve cohérents et utiles pour la compréhension de mon travail.

La discussion m'a quelque peu mis en contact avec la difficulté. J'ai dû à plusieurs reprises me référer à mes cadres de référence, afin d'être pertinente. J'ai également mis du temps pour synthétiser mon analyse et mes résultats. Cependant, je ressors du positif de mon travail.

Je retiens un élément en particulier: mes représentations. Mes représentations par rapport aux infirmières en chirurgie. Avant mes questionnaires, je voyais du négatif, j'entends par cela, de la colère de leur part, par rapport au patient souffrant de troubles psychiatriques. Les résultats modifient quelque peu mes représentations par

rapport aux soignants de chirurgie. Diverses réponses m'ont fait réagir, mes jugements étaient parfois faussés.

## **7.2 Bilan méthodologique**

Avant l'élaboration de mon mémoire, j'ai établi un programme, afin de fixer des délais et de m'y référer durant toute la durée du travail. Ce procédé m'a permis d'être continuellement dans les temps et de suivre un fil conducteur.

Pour certaines questions, en particulier celles concernant les émotions, il aurait été intéressant, par exemple de pouvoir observer les infirmières durant une journée, et de relever leurs réactions lors de l'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. Je pense que cette manière de procéder aurait été plus adaptée mais non réalisable. En effet, la probabilité de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques sur une journée, est minime. Même si, un voire deux patients étaient annoncés pour un transfert, le nombre de cas se trouve trop restreint pour que je puisse tirer des conclusions. Le temps est également un facteur non favorable pour cette expérience.

Concernant l'analyse descriptive et la discussion, j'ai choisi de les séparer pour des raisons de commodité à mon égard. Le fait d'avoir décrit dans un premier temps les résultats des questionnaires et dans un deuxième temps de les avoir analysés, était une facilité pour moi. Cependant, je remarque que cette manière de procéder n'est pas un point positif pour le lecteur. En effet, celui-ci doit, à mon avis, revenir plusieurs fois en arrière dans sa lecture, afin de pouvoir bien comprendre l'analyse.

En traitant certaines questions, j'ai remarqué que parfois elles ne me permettaient pas de vérifier mes hypothèses ou de répondre à ma question de recherche. Cependant, ces interrogations m'ont apporté différentes informations sur les infirmières de chirurgie et leurs visions de la prise en charge. Toutefois, ces questions m'ont permis de m'en poser d'autres, en faisant des liens avec les trois compétences utilisées dans mon travail. Est-ce possible de construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective d'un projet de soins, si la peur domine ? Comment faire preuve d'empathie envers un patient souffrant de

troubles psychiatriques, si l'on anticipe son arrivée dans le service de manière négative ?

Concernant les questionnaires, il est important d'observer que l'anonymat, la confidentialité et le consentement éclairé ont été respectés.

### **7.3 Bilan professionnel**

Grâce à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études, j'ai pu répondre à mes objectifs décrits dans la première partie de mon travail. J'ai actuellement une vision globale concernant les représentations des soignants de chirurgie, par rapport à la psychiatrie. Il est vrai qu'à plusieurs reprises, j'ai été surprise par certains résultats, parce que ceux-ci ne correspondaient pas à mes observations. Je savais et j'en suis sûre maintenant qu'il ne faut pas généraliser les comportements.

Ce travail m'a également permis d'avoir une meilleure connaissance des maladies psychiatriques. Il est vrai que durant notre formation, nous parcourons le sujet de la psychiatrie. Cependant, grâce au choix de mon sujet et également de mon stage en hôpital psychiatrique, j'ai une image différente et plus concrète de ces nombreuses pathologies.

Ce travail m'a donné une réponse, concernant les émotions que ressentent les soignants face au patient souffrant de troubles psychiatriques ou celui ayant une « étiquette » psychiatrique. En résumé, j'ai pu vérifié à quel degré les infirmières de chirurgie éprouvent ces différentes émotions.

## **8. Conclusion**

Cette recherche m'a beaucoup apporté au niveau personnel. Elle m'a permis de comprendre le ressenti des infirmières par rapport à la future prise en charge d'un patient souffrant de troubles psychiatriques. A plusieurs reprises, j'ai pu faire des liens avec les compétences, utilisées tout au long de notre formation de base. Je pense également que mon travail peut être bénéfique et apporter quelque chose de nouveau par rapport à l'existant. En effet, après réflexion, j'ai sorti les éléments, qui à mes yeux, étaient prioritaires et nouveaux par rapport à mes questionnements.

Après certaines observations concernant mes stages et certains résultats de mes questionnaires, je me suis posée une question. Est-ce que le fait d'avoir une



infirmière qui suit un cours post-grade en psychiatrie, dans un service de chirurgie, serait profitable? Est-ce que la hiérarchie infirmière encouragerait et soutiendrait cette formation? Je trouve ces questions intéressantes et je pense, en effet, qu'une soignante spécialisée dans ce milieu serait un atout, au sein d'un service de soins aigus. Celle-ci pourrait rassurer et guider l'équipe, ainsi que prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Un autre élément a éveillé ma curiosité. C'est le principe de notre formation de base. En effet, celui-ci nous permet d'appréhender plusieurs domaines (médecine, chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, maternité...) sans pour autant avoir une spécialisation. Dans un sens je trouve intéressant de pouvoir découvrir plusieurs branches de notre profession, cependant, j'ai le sentiment de connaître beaucoup de domaines sans pour autant les maîtriser. Peut-être serait-il possible de pouvoir se spécialiser dans un domaine qui nous attire, tout en sachant que cela risquerait de nous fermer quelques portes.

Durant notre formation, nous avons appris à prendre en charge la personne dans une vision holistique. Toutefois, je pense que chacun a ses domaines de prédilection. Être infirmière, n'est-ce pas s'ouvrir aux quatre dimensions de l'être humain?

## 9. Bibliographie

→ Abric Jean-Claude, *Pratiques sociales et représentations*, 1997, 2<sup>ème</sup> édition, PUF : Paris

→ Abric Jean-Claude, *Folies et représentations sociales*, 1989, PUF : Paris

→ Henderson V., *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. 1977. Conseil International des Infirmières :Genève.

→ Joseph A. De Vito, Gilles Chassé, Carole Vezeau. *La communication interpersonnelle*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc. 2001. Canada.

## 10. Cyberographie

→ CIM 10. *Troubles mentaux et du comportement*. [en ligne]. Disponible sur <http://www.med.univ-rennes1.fr/noment/cim10/> (page consultée le 18.12.2006)

→ Définition de la santé mentale. « Qu'est-ce que la santé mentale ? ». [en ligne]. Disponible sur <http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/> (consulté le 10.11.06)

→ Définition de l'OMS. « Qu'est-ce que l'OMS ? ». [en ligne]. Disponible sur <http://www.who.int/about/fr/> (page consultée le 27.02.07)

→ Les six grandes écoles. *Principales conceptions actuelles de la discipline infirmière*. [en ligne]. Disponible sur <http://sideral.sante.free.fr/CR/CRREFIDETHEORIES.PDF> (consulté le 02.03.2007)

→ Organisation mondiale de la Santé. *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale*. [en ligne] Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté le 10.11.06)

→ RSV. *Institutions psychiatriques du Valais romand (IPVR)*. [en ligne]. Disponible sur [http://www.rsv-gnw.ch/images/stories/pdf/ipvr\\_histo.pdf](http://www.rsv-gnw.ch/images/stories/pdf/ipvr_histo.pdf) (consulté le 07.02.2007)

## 11. Article/Document

→ Cahier des charges de l'infirmier (ère) en soins généraux ou de l'infirmier (ère) niveau II. Sion. 2001.

→ Guimelchain-Bonnet Michèle, *La psychiatrie*, in L'aide-soignante, 2005, n° 70, Elsevier : Paris.

→ HEVs2 Haute école santé-social Valais. *Référentiel de compétences de la filière des infirmières et infirmiers*. in :Dossier de l'étudiant(e). Sion. 2005.

→ R. Ghiglione et J.-F. Richard. *Cours de psychologie*. Paris: Dunod. 3<sup>ème</sup> Ed. 1998.

→ Russel A. JONES. *Méthodes de recherche en sciences humaines*. Traduction et adaptation de la deuxième édition américaine par Nathalie Burnay et Olivier Servais. De Boeck Université. 2003.

→ Santiago Delafosse M. Rouan G. *Les méthodes qualitatives en psychologie*. Paris: Dunod. Coll. Psycho Sup. 2001.

→ Soins psychiatrie. *Les représentations sociales de la folie*. Novembre/décembre 2003. n°229.

## 12. Annexe

→ Annexe 1 Lettre de demande d'envoi des questionnaires

→ Annexe 2 Questionnaires

Annexe 1

Caroline Roch  
Grand'rue 54  
1958 Saint-Léonard  
079/746.70.59

Hôpital de Sierre  
A l'attention de  
Mme Bouchard Danièle  
Cheffe des Soins Infirmiers

Sion, le 31 mars 2007

**Questionnaires en lien avec mon mémoire de fin d'études**

Madame,

Dans le cadre de mes études à la Haute Ecole Valaisanne, filière infirmiers - infirmières, je suis amenée à réaliser un mémoire de fin d'études.

Mon travail est essentiellement centré sur l'impact que provoque l'annonce de transfert d'un patient souffrant de troubles psychiques, dans un service de chirurgie.

Dans le but de documenter mon mémoire, je souhaiterais distribuer des questionnaires aux infirmiers (ères) des services de chirurgie de l'hôpital de Sierre.

Ayant des délais à respecter, je souhaiterais pouvoir les distribuer dans les différents services de chirurgie à partir du mercredi 4 avril 2007 et ainsi les récupérer le vendredi 13 avril 2007. Ceci, afin d'avoir un temps suffisant pour la récolte et l'analyse des données.

Je tiens à préciser que les données ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire ; elles seront traitées en toute confidentialité et seront détruites après la validation de mon mémoire, au plus tard mi-septembre 2007.

Je reste à votre entière disposition pour tous renseignements supplémentaires.

Je vous remercie d'avance pour l'attention que vous porterez à ma lettre et je vous adresse, Madame, mes meilleures salutations.

Caroline Roch

## Annexe 2

Caroline Roch  
Grand'rue 54  
1958 St-Léonard  
079/746.70.59

St-Léonard, le 30.03.2007

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Je suis étudiante en soins infirmiers, en 4<sup>ème</sup> année. Je réalise actuellement mon travail de mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme infirmier.

- 1.1.1 Mon sujet se base essentiellement sur les représentations des soignants par rapport à un patient souffrant de troubles psychiques et la difficulté de la prise en charge.
- 1.1.2 Plus précisément : **quel est l'impact de l'annonce d'un transfert d'un patient ayant des troubles psychiatriques, au sein d'une équipe de soins infirmiers en chirurgie ?**

Je vous adresse alors ce questionnaire qui me permettra de récolter des données pour mon travail. Cet outil est primordial pour la rédaction de celui-ci, c'est pourquoi je vous remercie d'avance de votre collaboration.

Merci de bien vouloir le remplir pour le vendredi 13 avril 2007, je passerai alors dans les différents services, afin de rassembler les questionnaires.

Je souhaite préciser que toutes les données recueillies seront traitées confidentiellement et les questionnaires seront détruits après l'utilisation, soit en septembre. Je tiens à mentionner que votre participation à mon recueil de données est libre, cela dépend de votre choix.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous porterez à ce document.

Caroline Roch

## Questionnaire

1) Lors de l'annonce d'un transfert d'un patient, dans votre service de chirurgie, vous annonce-t-on s'il souffre de troubles psychiatriques ?

Couramment	fréquemment	rarement	jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Si on vous annonce le transfert d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, vous donne-t-on le diagnostic précis (ex schizophrénie, trouble de la personnalité, trouble de l'humeur...) ?

Couramment	fréquemment	rarement	jamais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Si on vous donne le diagnostic précis du patient, cela modifie-t-il votre vision du transfert ?

Oui ☐  
Non ☐

Si oui, pour quelles raisons ?

---

---

Si non, pourquoi ?

---

---

## Vos représentations

4) Comment définissez-vous le patient souffrant de troubles psychiatriques ?

---

---

5) Quelle image vous vient à l'esprit quand vous pensez à un patient souffrant de troubles psychiatriques ?

---

---

6) A votre avis, y a-t-il des patients psychiatriques plus dangereux, plus graves que d'autres ?

Oui ☐

Si oui, quelles pathologies, et définissez pourquoi (leurs symptômes et leurs comportements).

---

---

---

Non ☐

Si non, commentez votre réponse

---

---

7) Il est huit heures du matin. L'admission vous appelle pour vous annoncer le transfert dans votre service de chirurgie, d'un patient souffrant de troubles psychiatriques....

Cette annonce vous provoque différentes émotions (mettre une croix par émotion)

Le patient <b>a été diagnostiqué par un psychiatre</b> , il souffre effectivement de troubles psychiatriques.					Le patient <b>n'a pas été diagnostiqué par un psychiatre</b> , il a "l'étiquette" de patient "psy" à cause de son comportement agité, violent, confus...				
	++	+	-	--		++	+	-	--
- peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelles raisons ?					Pour quelles raisons ?				
- colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelles raisons ?					Pour quelles raisons ?				
- anticipation négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- anticipation négative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour quelles raisons ?					Pour quelles raisons ?				



## Le rôle infirmier

8a) Lorsque qu'on vous annonce **un patient diagnostiqué par un psychiatre** et qu'il souffre effectivement de troubles psychiatriques, cela va-t-il provoquer une modification dans la future prise en charge ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, pourquoi et à quel niveau ?

---

---

---

Si non, pourquoi ?

---

---

---

8b) Lorsque qu'on vous annonce un patient présentant des troubles du comportement se traduisant par de la violence, de l'agitation psycho-motrice, de la confusion, **mais qu'il n'est pas diagnostiqué par un psychiatre** cela va-t-il provoquer une modification dans la future prise en charge ?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, pourquoi et à quel niveau ?

---

---

---

Si non, pourquoi ?

---

---

---

## L'anticipation de la prise en charge

9a) Il est 9 heures, on vous annonce le transfert **d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, diagnostiqué par un psychiatre....**

Numérotez par ordre chronologique vos actions infirmières que vous choisissiez parmi les différentes (3 au minimum)

- \_\_\_\_\_ ☐ vous raccrochez le téléphone et diffusez l'information à vos collègues
- \_\_\_\_\_ ☐ vous attendez avec impatience son arrivée dans le service
- \_\_\_\_\_ ☐ vous savez à l'avance que vous ne le prendrez pas en charge
- \_\_\_\_\_ ☐ vous poursuivez vos activités programmées
- \_\_\_\_\_ ☐ vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient
- \_\_\_\_\_ ☐ vous prenez votre pause
- \_\_\_\_\_ ☐ vous le programmez dans une chambre où il y a un lit de libre

9b) Il est 9 heures, on vous annonce le transfert **d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, non diagnostiqué par un psychiatre....**

Numérotez par ordre chronologique vos actions infirmières que vous choisissiez parmi les différentes (3 au minimum)

- \_\_\_\_\_ ☐ vous raccrochez le téléphone et diffusez l'information à vos collègues
- \_\_\_\_\_ ☐ vous attendez avec impatience son arrivée dans le service
- \_\_\_\_\_ ☐ vous savez à l'avance que vous ne le prendrez pas en charge
- \_\_\_\_\_ ☐ vous poursuivez vos activités programmées
- \_\_\_\_\_ ☐ vous préparez une chambre sécuritaire et adaptée à la symptomatologie du patient
- \_\_\_\_\_ ☐ vous prenez votre pause
- \_\_\_\_\_ ☐ vous le programmez dans une chambre où il y a un lit de libre

Merci pour le temps accordé !!!