

MARY Élise, étudiante infirmière de l'IFSI du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Rennes

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES:

*UE 5.6.S6 - Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.*

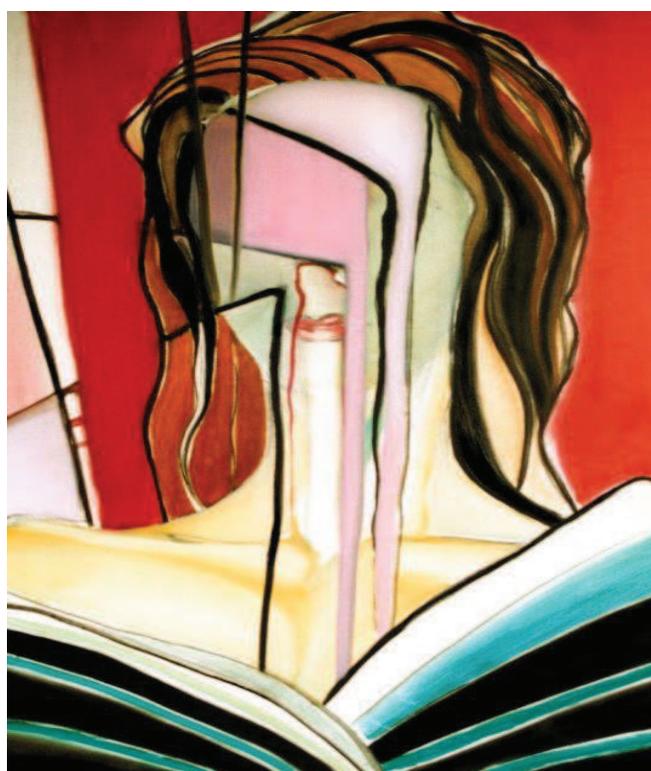
Le 5 Mai 2014

**« Quand toucher rime avec agressivité chez la  
personne atteinte de schizophrénie »**

---



*Picasso « L'acrobate »*



*Plas « Schizophrénie sous-marine »*

**« Griffer quelqu'un, c'est encore une façon de toucher sa peau. »<sup>1</sup>**

*Directrice de mémoire: Mme LINAY Christine*

<sup>1</sup> « Mort d'un silence » de Clémence Boulouque



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

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

**Diplôme d'Etat de.....**

**Travaux de fin d'études :**  
**(nom du document).....**

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

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du (nom du document)....., à dater et à signer**

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

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

**Le.....**

**Signature de l'étudiant :**

Fraudes aux examens :

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

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

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

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

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

*« Le cri » de Edvard Munch, peint entre 1893 et 1917. Exposé au Musée Munch, Nasjonalgalleriet.*



*« à vif », photographie réalisée en Avril 2010*

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

## Remerciements:

---

*Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de mémoire, Madame Christine Linay. Sa disponibilité, sa patience et son soutien m'ont été d'une très grande aide durant tout le cheminement de ce travail.*

*Je tiens ensuite à remercier ma famille pour leur soutien sans faille, mais aussi mes amis et plus particulièrement mon ami, qui a toujours su me tirer vers le haut.*

*Je remercie les professionnels que j'ai pu interroger, pour leur disponibilité et leur partage de savoirs et points- de vue.*

*Enfin, je remercie également les membres du jury de se montrer disponibles et intéressés par la lecture de mon travail de fin d'études.*

---

# Table des matières :

---

*« En quoi le contact physique pendant les soins infirmiers peut générer de l'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie? »*

Introduction.....p.1

## **PARTIE I: PROBLEMATISATION**

1. Situation d'appel .....	p.2
2. Questionnements .....	p.3
3. Question de départ provisoire .....	p.5
4. Pré-enquête exploratoire auprès de professionnels et analyse des entretiens.....	p.6
5. Recherches bibliographiques et littéraires, émergence de la question de recherche :	
5.1- La personne soignée.....	p.9
5.2- Les soins infirmiers.....	p.10
5.3- L'agressivité.....	p.11
5.4- Le toucher.....	p.13
5.5- Population ciblée.....	p.15
6. La question de recherche.....	p.17
7. Hypothèse de la question de recherche.....	p.18

## **PARTIE II: CADRE CONCEPTUEL**

Présentation du champ disciplinaire utilisé: la psychologie.....p.18

**1. La personne atteinte de schizophrénie:**.....p.19

1.1 - La psychose.....	p.20
1.2 - La schizophrénie.....	p.21
1.3 - Dissociation et perception erronée de la réalité.....	p.22
1.4- Une manière de « vivre » son corps.....	p.24
<b>2. Le toucher:</b> .....	p.25
2.1 - Définition du toucher comme contact physique.....	p.25
2.2 - Le toucher comme communication non-verbale pendant les soins infirmiers de bien-être et de confort.....	p.26
2.3 - Le « Moi-peau » de Didier Anzieu.....	p.29
2.4 - L'altération du « Moi-peau » chez la personne atteinte de schizophrénie.....	p.30
2.5 - Le toucher: source d'émotions.....	p.33
<b>3. L'agressivité</b> .....	p.36
3.1 Définition de l'agressivité.....	p.36
Mise en lien des concepts.....	p.38

<b><u>PARTIE III: PHASE EXPLORATOIRE</u></b>
--

1. Les enquêtes de terrain et présentation de la méthode d'investigation .....	p.39
2. Analyse des entretiens.....	p.40
3. Discussion.....	p.46
4. Synthèse.....	p.65
5. Confrontation : affirmation ou infirmation de l'hypothèse de recherche.....	p.68
Conclusion.....	p.71
Bibliographie.....	p.72

## SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe I : Guide des entretiens de pré-enquête.....	p.77
Annexe II : Guide des entretiens exploratoires.....	p.79
Annexe III : Restitutions orales des entretiens menés auprès des professionnels :	
Questionnaire I.....	p.80
Questionnaire II.....	p.83
Questionnaire III.....	p.86

# Introduction:

---

*Étudiante en troisième année à l'Institut de formation en soins infirmiers de Guillaume Régnier, j'ai choisi d'effectuer mon travail écrit de fin d'études sur le thème de l'agressivité des personnes en soin. La psychiatrie m'a donnée envie, il y a maintenant cinq ans, d'exercer la profession d'infirmière et durant mes années de formation, j'ai eu l'occasion de faire face à des situations où la personne en soins adoptait un comportement que j'ai qualifié d'agressif. Tout au long de ma formation, ce comportement m'a bouleversée autant qu'il m'a questionnée. Ce thème m'a parue intéressant à traiter parce que j'ai moi-même adopté un comportement agressif alors que j'étais hospitalisée. De plus, je voulais comprendre les causes de cette agressivité et de sa redondance lors de mes stages. J'ai alors écrit une situation vécue lors d'un stage dans un cabinet d'infirmières libérales. J'ai ainsi introduit le toucher, en y faisant un lien avec les soins infirmiers. A partir de cette situation, j'ai pu exposer mes nombreuses questions et les classer, ce qui m'a amenée à poser ma question de départ provisoire. Puis grâce à des entretiens de pré-enquête auprès d'infirmières ainsi que des recherches bibliographiques, j'ai pu poser ma question de recherche et émettre mon hypothèse de recherche en ciblant mon travail sur la personne atteinte de schizophrénie. Depuis de nombreuses années, le sujet de la personne souffrant de schizophrénie m'attire et j'ai fait de cet écrit une occasion d'en apprendre plus sur le sujet. De plus, il est en adéquation avec mon projet professionnel de travailler comme infirmière en établissement de santé mentale. C'est donc tout naturellement que j'ai coordonné ensemble les trois thématiques me tenant à cœur : la personne atteinte de schizophrénie, le toucher et l'agressivité.*

## Partie I: Problématisation :

### 1. Description de la situation de départ:

Cette situation se déroule lors de mon stage de santé publique, dans un cabinet d'infirmières libérales. Je suis alors en deuxième année à l'institut de formation. Le cabinet est composé de trois infirmières. Lors de ma septième semaine de stage, nous commençons à prendre en soins Me O, 74 ans. Deux jours auparavant, Me O s'est blessée au tibia droit alors qu'elle faisait son ménage. Son mari, impressionné par la plaie hémorragique, l'emmena aux urgences. Sa plaie est un ulcère et un pansement compressif a été mis en place. La réfection du pansement gras avec un hydrocolloïde ainsi que la mise d'une bande de contention doivent être faits quotidiennement sur prescription médicale, par une infirmière à domicile. Nous sommes donc mardi matin et je suis de tournée avec mon infirmière référente. Nous allons ensemble rendre visite à Me O pour la première fois et pour la seconde fois, procéder à la réfection de son pansement à domicile. En effet, la veille, c'est une autre infirmière du cabinet qui a, pour la première fois, prise en soin la personne. Aussi, elle nous a informées que Me O avait été algique et qu'elle s'était montrée réticente au soin car elle avait peur d'être douloureuse. Elle s'est de plus, comportée de manière « agressive » selon les dires de l'infirmière. En arrivant chez Me O, mon infirmière référente me propose que je regarde la réfection du pansement dans un premier temps car la patiente pourrait adopter un comportement brutal. Me O a le visage fermé et paraît tendue, serrant les mâchoires. Nous la saluons et lui expliquons que nous venons pour procéder à la réfection du pansement. Elle s'énerve alors tout à coup, nous dit que le soin lui fait mal et que, de plus, la vue de la plaie lui déplaît. « N'est-ce-pas qu'elle n'est pas belle la plaie Maurice? » demande-t-elle à son mari.. Ce dernier tapote calmement le dos de sa femme et lui demande de se calmer. « Mais j'en ai assez! Je ne veux pas qu'on me fasse mal! » crie-t-elle. L'infirmière demande à Me O si nous pouvons nous asseoir pour discuter. Celle-ci nous montre du doigt les chaises avec un signe d'approbation. Nous nous installons donc face à Me O et l'infirmière la rassura calmement par rapport au soin en lui expliquant

son déroulement. Me O soupire. Je lui explique qu'il existe des moyens pour palier à sa douleur durant les soins et lui explique calmement qu'elle pouvait s'occuper pendant la réfection du pansement, en lisant le journal ou en écoutant la radio. Me O semble se calmer et accepte alors qu'on fasse le soin. Pendant que l'infirmière décolle le pansement, Me O prend ma main. Je lui la serre pour lui montrer que je suis présente, mais également pour instaurer entre nous un climat de confiance. Elle grimace: « Vous me faites mal, là! ». L'infirmière lui explique pourquoi cela peut être douloureux. La patiente garde sa main dans la mienne, je lui propose de fixer son attention sur moi et de ne pas penser à sa plaie. Elle s'exécute et nous engageons une conversation à laquelle elle participe activement. Après la réfection du pansement, je procède à la mise en place de la contention. Lorsque je fis passer la bande sur le pansement, Me O s'écrie « Aïe! Faites attention! » et me donne des petites tapes d'énervement sur ma main mobilisant la bande. Elle grimace « Vous serrez trop! ». Après le soin, elle nous remercie en nous souriant et s'excuse de son « emportement ».

Après avoir écrit cette situation, je me suis posée beaucoup de questions. La plupart de celles-ci étaient dirigées vers le thème de l'agressivité chez une personne soignée. Je les ai alors regroupées en deux parties distinctes: « Qu'est-ce-que l'agressivité? » et « Quelles en sont les causes? ».

## 2. Questionnements:

### a) Qu'est-ce-que l'agressivité?

*Suite à l'écriture de ma situation, je me suis demandée ce qu'était l'agressivité, comment se manifeste-t-elle? Est-elle une émotion, un ressenti, une construction de la pensée? Existe-t-il plusieurs types d'agressivité? Si oui, en quoi sont-elles différentes? Comment les distingue-t-on? Face à ces diverses questions, j'ai alors élaboré ma propre réflexion en m'appuyant sur ma situation vécue en stage, sur mes connaissances et mon savoir. Je vais ainsi donner ma définition de l'agressivité puis définir les différents types d'agressivité et enfin les manifestations de celle-ci.*

Comme nous le montre la situation dans laquelle Me O hausse la voix, l'agressivité semble être un comportement brutal, synonyme d'irritabilité.

Ce comportement peut être hétéroagressif comme dans ma situation vécue en stage ou autoagressif par exemple lorsqu'une personne s'injure elle-même ou se mutile.

L'agressivité se manifeste par une communication verbale: lorsque Me O hausse le ton de la voix et non-verbale: lorsqu'elle soupire, énervée. L'agressivité met également le corps en mouvement, ceci se traduit dans la situation par la hausse du ton et des petites tapes sur les mains du soignant. Les manifestations de l'agressivité varient-elles selon les individus? Si oui, pourquoi? Il y a-t-il des facteurs influençant un comportement agressif? Les manifestations de l'agressivité de Me O entrent-elles surviennent lorsque « je lui fais mal ». Ce qui m'amène à me poser cette question:

Quelles peuvent être les causes de l'agressivité? Question qui nous amène à la seconde partie.

b) Quelles en sont les causes?

*Mes précédentes interrogations sur le comportement agressif m'ont amenée à me poser d'autres questions, plus centrées sur les causes de ce comportement. En effet, qu'est-ce qui est à l'origine d'un comportement agressif? Pourquoi la personne soignée dans la situation adopte-t-elle un comportement agressif? Comment déterminer les causes d'une agressivité chez une personne en soins? Existe-t-il des causes plus majeures que d'autres? Afin de répondre à ces questions, il me faut d'abord définir chaque terme. Je vais ainsi donner ma définition de la personne soignée, de ses émotions, de son environnement et enfin des soins infirmiers.*

Comme l'est Me O, une personne soignée est une personne ayant une pathologie ou une incapacité temporaire ou définitive. Pourquoi a-t-on pour habitude de dire d'une personne soignée qu'elle est « unique »? Une personne soignée nécessite une prise en charge médicale et des soins lui sont prodigués. Le soigné est une personne avant tout qui a sa propre histoire, sa personnalité et ses émotions. Donc, une personne unique en soi. Les termes de « patient », « personne en soins » et « personne soignée » englobent-t-ils la même définition?

Dans cette situation, Me O se montre agressive envers l'infirmière car elle redoute la réfection de son pansement. Je me demande alors si les émotions telles que la peur, l'appréhension comme chez Me O, l'angoisse ou encore l'anxiété, qui font selon moi partie du champ lexical du malaise, peuvent être source d'agressivité. Me O s'est-elle montrée agressive car elle redoutait la réfection du pansement?

En écrivant cette situation, d'autres questions me sont venues à l'esprit: les manifestations de l'agressivité varient-elles selon l'environnement de la personne? Ou des personnes qu'on y trouve? Les soignants peuvent-ils être à l'origine d'un comportement agressif? Et l'infirmière? En quoi peut-elle générer de l'agressivité chez la personne soignée? Les soins infirmiers peuvent-ils être source d'agressivité?

Dans la situation, la personne soignée s'est montrée agressive face au soignant. Alors ce dernier peut-il être source d'agressivité? Je note également que le comportement agressif de la personne s'est manifesté lors d'un soin infirmier qui est la réfection d'un pansement. Alors, sont-ce ces soins qui génèrent ce comportement? Mais qu'est-ce-qu'exactement un soin infirmier? Selon mon expérience durant ces deux années de formation, je pense qu'un soin infirmier est tout d'abord un soin spécifique réalisé par un Infirmier diplômé d'état et dispensé à une personne en soin. Il existe les soins du rôle prescrit de l'infirmier et les soins du rôle propre. De plus, je constate que le toucher intervient également dans la situation, durant un acte infirmier réalisé auprès de la personne. Plus précisément pendant la réfection du pansement, la réassurance de la personne et la mise en place de bande de contention. Alors qu'est-ce-que le toucher? Est-il présent dans chaque acte de soin?

A partir de ce questionnement sur la situation en rapport avec le thème de l'agressivité des soignés, s'est élaboré ma question de départ qui est la suivante:

*En quoi les soins réalisés par l'infirmière peuvent générer de l'agressivité chez le soigné?*

#### 4. L'enquête de terrain auprès des professionnels :

##### a) La méthode de l'enquête :

Dans le but de pouvoir légitimer ma question de départ et d'ainsi préciser ma question de recherche, j'ai mené deux entretiens auprès de professionnels de santé. L'objectif de ces entretiens était de démontrer que cette question de départ provisoire se trouve être une problématique régulièrement rencontrée par les professionnels de santé et qui suscite de nombreuses questions pouvant améliorer la pratique et non une question personnelle. Le choix concernant ces entretiens était d'interroger deux infirmières venant de services différents et ayant des expériences professionnelles variées (le nombre d'années d'exercice et différents types de patients rencontrés). Ceci dans le but de voir si les réponses fluctuaient selon ces facteurs. Les professionnelles interrogées sont: Une infirmière à domicile travaillant dans la région Rennaise et une infirmière travaillant en établissement de santé mentale à Rennes. Concernant le déroulement de ces deux entretiens, je n'ai rencontré aucune difficulté. Tous deux se sont déroulés dans un endroit calme où nous pouvions nous asseoir et ont duré environ 45 minutes. J'ai également enregistré à l'aide d'un magnétophone chacun de ces entretiens.

Afin d'exploiter les résultats de ces derniers, j'ai procédé à une synthèse analytique en les comparant et les regroupant par rapport aux thèmes évoqués et aux objectifs posés.

##### b) L'analyse des entretiens (questionnaire en annexe)

Lors de la première question qui avait pour objectif de présenter les professionnels interrogés, j'ai pu remarquer que les deux infirmières n'avaient pas la même durée d'exercice de la profession. L'une a été diplômée en 1987 et l'autre en 2003. L'une a travaillé dans différents services de chirurgie avant de devenir infirmière libérale. L'autre professionnelle a également travaillé quelques mois en libéral avant d'exercer le métier d'infirmière en établissement de santé mentale.

La seconde question avait pour objectif de définir ce que l'on entend par « personne soignée ». Ces dernières définissent la personne soignée comme une personne ayant besoin de soins car a des problèmes de santé. Une d'entre elles argumente et définit ces soins comme étant techniques ou relationnels.

La troisième question avait pour objectif de définir ce qu'est l'agressivité. Dans les deux entretiens menés auprès de professionnelles, ces dernières évoquent l'agressivité physique et l'agressivité verbale. L'infirmière en psychiatrie interrogée confie associer le terme « d'agressivité » au terme « d'agression » et évoque le mal-être de l'agresseur accompagné du danger auquel est confronté l'agressé. Elle décrit également la subjectivité d'un comportement agressif. Selon elle, chaque soignant ou soigné a sa propre définition de l'agressivité et donc sa propre perception et interprétation d'un comportement agressif. L'infirmière libérale associe immédiatement l'agressivité aux termes de « tensions » et de « situations conflictuelles ».

La quatrième question de cet entretien avait elle, pour objectif de connaître les manifestations d'un comportement agressif. Au cours de leur parcours professionnel, les deux professionnelles interrogées ont déjà eu à faire face à une personne soignée au comportement agressif. L'infirmière travaillant en psychiatrie a connu plusieurs situations d'agressivité de la part d'une personne en soins mais elle n'en retient qu'une. Elle décrit une scène de mise sous contention en chambre de soins intensifs où la personne en soins l'a frappée avec son poing au visage lorsque la soignante lui a maintenu le bras. L'infirmière travaillant en cabinet libéral décrit également plusieurs situations où elle a dû faire face à un patient au comportement agressif. Elle me confie être incapable de me décrire l'une d'elles en particulier mais explique qu'elles avaient toutes des points communs. En effet, dans chacune de ces situations, il y avait soit de l'agressivité « volontaire » ou de l'agressivité « pathologique ». Elle définit l'agressivité « volontaire » comme étant la volonté de la personne soignée de nuire au soignant, physiquement ou verbalement. L'agressivité « pathologique » se définit selon elle par une agressivité, souvent verbale et liée à la pathologie de la personne. Elle illustre ses propos en m'expliquant que dans bon nombre des situations d'agressivité qu'elle a pu vivre, la personne en soins adoptait un comportement agressif par « peur » du soin et plus particulièrement la peur du toucher de la part du soignant dans des contextes de maltraitance.

L'objectif de la cinquième question était de définir ce qu'est un soin et plus particulièrement un soin infirmier. Chacune des infirmières interrogées m'a donné sa propre définition du soin infirmier. Dans ces deux définitions, j'ai pu noter des similitudes. En effet, toutes deux évoquent les soins infirmiers comme des soins devant être réalisés par un infirmier diplômé d'état. L'infirmière en libéral classe les soins infirmiers dans deux catégories: les soins relevant du rôle propre de l'infirmier et les soins relevant du rôle sur prescription médicale. L'infirmière en psychiatrie classe également les soins infirmiers, mais en deux catégories différentes: les soins techniques et les soins relationnels. Toutes deux évoquent le même objectif des soins infirmiers: Rétablir ou maintenir l'intégrité physique ou mentale d'une personne malade.

La sixième question avait pour objectif de comprendre quelles peuvent être les causes de l'agressivité chez la personne en soins. Ce à quoi l'infirmière libérale me confie que la plupart des situations où elle a dû faire face à une personne soignée au comportement agressif se sont déroulées lors d'une « approche relationnelle » de celle-ci. Elle explique que selon elle, ce n'est pas le soin qui génère de l'agressivité mais plus le vécu de la personne qui ressort durant le soin infirmier. Pour la professionnelle travaillant en établissement de santé mentale, le comportement agressif de la personne soignée s'est manifesté lors d'un soin technique puisqu'il s'agissait d'une mise sous contentions en chambre d'isolement.

La septième question avait pour but de connaître la prise en charge d'une personne adoptant un comportement agressif. L'infirmière en psychiatrie utilise les termes « malaise » « mal-être » et « remise en questions » pour décrire sa réaction face aux comportements agressifs des personnes en soin. L'infirmière libérale décrit de la colère plus que de la peur, un état de choc puis une sensation de « vide » après la colère ressentie. Toutes deux ont utilisé le terme « chamboulement » pour décrire leurs émotions face à de telles situations.

L'objectif de la dernière question était de connaître les conséquences de l'agressivité sur la prise en soin de manière technique et/ou relationnelle du soigné. Ainsi, pour les deux professionnelles interrogées, le comportement agressif d'une personne soignée peut modifier la prise en soin technique et/ou relationnelle de cette dernière.

Toutes deux évoquent le fait d'avoir mis de la distance avec la personne en soins pour se protéger et se mettent sur leurs gardes que ce soit pour les soins techniques ou relationnels. Pour les deux infirmières interrogées, il y a changement d'attitude de leur part face à une personne soignée qui a eu un comportement agressif. L'infirmière libérale me confie que lorsqu'elle doit prodiguer des soins techniques à une personne soignée qui auparavant a été agressif, elle a tendance à « négliger le côté relationnel » de ce soin. « Nous sommes là pour soigner et non pour se faire agresser » confie-t-elle.

Notons que les deux dernières questions ne rentrent pas dans le cadre de ce travail de recherche, elles ont été posées à simple titre d'informations. En effet, il paraissait tout de même important d'aborder le sujet des conséquences sur le soignant et le soigné d'un comportement agressif.

Pour permettre le cheminement de mes interrogations et raisonnement face à ma situation, j'ai ensuite effectué des recherches bibliographiques. J'ai décidé de classer ces recherches par thèmes pour ainsi pouvoir les comparer avec les dires des professionnelles interrogées lors des entretiens. Ainsi, grâce à la synthèse des entretiens et mes recherches, mon cheminement me permettra de poser ma question de recherche.

## 5. La question de recherche:

### 5.1 Qu'est-ce-que la personne soignée?

Dans « personne soignée » ou « personne en soins », il y a tout d'abord le mot « personne ». Il est important de définir ce qu'est une personne. Selon Carine Blanchon<sup>1</sup>, une personne est « un individu, être humain de l'un ou l'autre sexe » qui se doit d'être considérée « dans sa réalité, son aspect physique ». Lors de mes recherches littéraires et bibliographiques, le terme « *Patient* », souvent employé, est renvoyé au terme de « *Personne soignée* ». Terme comme étant une « personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins [...] »

---

<sup>1</sup> BLANCHON, Carine. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. France: Elsevier Masson, 2011. 123 pages. Pages 16, 20, 29

Cette expression est préférée depuis que, s'est développée à partir de 1970, une approche humaniste des soins infirmiers qui considère les besoins de l'individu malade dans son histoire et son environnement et non pas exclusivement sa maladie. »<sup>2</sup>

Lors des entretiens auprès de deux professionnelles de santé, chacune d'elle a défini la personne soignée de la même manière que le dictionnaire des soins infirmiers: une personne soignée est une personne souffrant d'un ou plusieurs problèmes de santé et nécessitant des soins et qui doit être considérée dans son entièreté.

### 5.2 Qu'est-ce-que les soins infirmiers?

Un soin n'est pas forcément un soin infirmier. Il paraît donc important de d'abord définir brièvement ce qu'est un/une infirmier(e) pour ensuite pouvoir définir ce qu'est un soin infirmier. Selon René Magnon<sup>3</sup>, c'est à la fin du XXème siècle qu'apparaît la profession d'infirmier comme « fonction propre », c'est à dire, définie et réglementée. Pour définir la profession d'infirmière, on entend souvent le terme de « soignant » employé. Ces deux termes englobent la même définition. D'un point de vue législatif<sup>4</sup> et comme l'ont stipulées les deux infirmières interrogées, « peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ». De plus, pour être considéré comme étant un/une infirmier(e), la personne doit prodiguer « habituellement des soins infirmiers [...]», elle s'engage dans « de nombreuses actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement ». Définissons à présent ce que sont les soins infirmiers.

Selon Gilles Devers<sup>5</sup>, « On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre [...] ».

---

<sup>2</sup> MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*. France: Éditions Elsevier Masson, 2003, 198 pages. Page 1

<sup>3</sup> MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*. France: Éditions Elsevier Masson, 2003, 198 pages. Page 1

<sup>4</sup> Article L4311-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 – art.52. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>5</sup> DEVERS, Gilles. *Déontologie infirmière universelle : De la Déclaration universelle de droits de l'homme au Code déontologique du Conseil international des infirmières*. France: Lamarre, 2005, 76 pages, page 10. (Droit et pratique du soin)

Tout comme l'auteur, lors des entretiens, une des infirmières classifie également les soins infirmiers en deux catégories: les soins relevant du rôle propre de l'infirmier et ceux relevant du rôle sur prescription médicale. Concernant les soins relationnels et techniques comme le stipule une des infirmières interrogées, je n'ai trouvé aucun ouvrage traitant de ce thème au sein des soins infirmiers. Cependant, lors des deux entretiens avec les infirmières, toutes deux ont évoqué le même objectif des soins infirmiers: « Rétablir ou maintenir l'intégrité physique ou mentale d'une personne malade ». Un objectif commun avec la législation<sup>6</sup>, « [...] Ils ont pour objet [...] De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ».

Comme nous l'avons précédemment vu, les soins infirmiers dits « de confort et de bien-être » font partie intégrante du rôle propre de l'infirmier et incluent des actes comme « la toilette, les autres soins d'hygiène corporelle, la prévention des escarres, les levés et aides à la mobilisation de la personne »<sup>7</sup>. Or, ce sont dans des soins comme la toilette que « le contact physique soignant-soigné est omniprésent »<sup>8</sup>.

C'est pourquoi ce travail s'articulera tout particulièrement autour de ces soins du rôle propre infirmier.

### 5.3 Qu'est-ce-que l'agressivité?

---

<sup>6</sup> Article L4311-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 – art.52. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>

<sup>7</sup> *Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession. Profession infirmier*. France: Berger Levrault. 2010. 208 pages. (Formations des professions de santé)

<sup>8</sup> HENTZ, F ; MULLIEZ, A ; et al. Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers. *PHRC Régional en soins infirmiers* [format Pdf]. 2013. Page 1. Disponible sur: [http://www.soiliance.com/wp-content/uploads/2013/02/Evaluation\\_impact\\_Toucher\\_PHRC\\_2013](http://www.soiliance.com/wp-content/uploads/2013/02/Evaluation_impact_Toucher_PHRC_2013)

Selon Bernard E.Gbézo<sup>9</sup>, l'agressivité proviendrait du latin « ad-gressere » qui signifie « aller au-devant de l'autre » ou encore « attaquer ». Selon Pierre Karli<sup>10</sup>, des comportements agressifs peuvent être définis de cette façon: « qui portent atteinte, ou tout au moins risquent de porter atteinte, à l'intégrité physique et/ou psychique d'un autre être vivant ». Mais le terme d'agressivité recouvrirait de nombreuses définitions qui paraissent essentielles pour comprendre ses multi dimensionnalités. Selon Pierre Karli, il est difficile de donner au terme d'agressivité une définition précise puisqu'elle dépend de « la liberté d'appréciation de chacun », tout comme l'évoque la première infirmière interrogée qui décrit l'agressivité comme subjective car dépend de notre propre interprétation, « [...] on peut ne pas être d'accord pour considérer que telle attitude ou tel comportement constituent – ou non- des manifestations « d'agressivité ». D'autre part, il y a la présence ici de termes forts comme « attaquer, porter atteinte... », ce qui se rapporte au discours des infirmières interrogées qui, elles aussi, utilisent des termes forts (tension, danger, conflits...) pour décrire l'agressivité.

Les manifestations de l'agressivité, elles, sont nombreuses, allant de « gestes menaçant au meurtre » selon Bernard E.Gbézo. Il y aurait ainsi des attitudes agressives telles que des mimiques, des regards, des coups. C'est ce que les infirmières interrogées appellent « agressivité physique ». Comme lorsque l' infirmière de santé mentale a été frappée lors d'une mise sous contentions, ou comme dans la situation où Me O serre les mâchoires et me tape la main pendant la mise en place de la contention. Toujours selon l'auteur, d'autres attitudes telles que des paroles agressives, des insultes, des menaces définissent un comportement agressif.

C'est ce que les infirmières qualifient d' « agressivité verbale ». En effet, lorsque Me O s'exclame que nous lui faisons mal pendant la réfection de son pansement, il s'agit de manifestation verbale de l'agressivité.

Concernant l'étiologie de ce comportement agressif, Bernard E. Gbézo définit la personne adoptant un comportement agressif comme une personne « qui a peur, qui se sent menacée, qui se sent impuissante ou frustrée ».

---

<sup>9</sup> E-GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence..* France: Lamarre. 2005, 165 pages. Pages 12, 13 (Pratiquer)

<sup>10</sup> KARLI, Pierre. *L'homme agressif.* Paris: Odile Jacob. 1987. 392 pages. Pages 22, 24

Toujours selon l'auteur, elle réagit de manière agressive à « une menace imaginaire ou réelle » car elle « n'arrive pas à résoudre la situation par les voies d'expressions habituelles ». Comme Me O qui adoptait un comportement agressif par peur de la réfection du pansement.

Notons d'autre part que le toucher est très présent, que ce soit lors de la situation avec Me O ou lorsque la première infirmière interrogée évoquait le toucher comme source de peur et donc de comportements agressifs.

Si la peur peut être à l'origine d'un comportement agressif comme il était supposé auparavant, de quoi cette peur est-elle la conséquence? D'un soin réalisé par une infirmière? Du toucher qu'on sait maintenant omniprésent lors des soins infirmiers?

Quoiqu'il en soit, toujours selon Bernard E.GBézo, l'agressivité peut être auto-agressive et conduite contre soi-même ou bien hostile et donc conduite vers autrui.

#### 5.4 Qu'est-ce que le toucher?

Dans la situation de départ, il y eu le toucher durant la réfection du pansement chez Me O. France Bonneton-Tabariès et Anne Lambert-Libert<sup>11</sup> définissent le toucher comme « contact peau à peau ». Il y a également eu notion de toucher dans les situations des infirmières interrogées: le toucher ou contact physique lors d'une mise sous contentions pour l'infirmière en soins de santé mentale et l'infirmière libérale m'explique également que selon elle, le toucher peut être source d'agressivité. Pourquoi dans chacune de ces situations, il y a cette notion de toucher? Comme le stipule Carine blanchon<sup>12</sup>, « chaque soin amène les infirmières, les aides-soignantes à toucher l'autre et donc à être touchées ». Cette citation interpelle: le terme de « toucher » peut-il s'appliquer autant pour le contact physique que pour les émotions? Existe-t-il un toucher « émotionnel »?

---

<sup>11</sup> BONNETON-TABARIES, France, LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. 2e édition actualisée. France: Med-Line. 2006. 151 pages. Pages 11,12, 17, (IFSI)

<sup>12</sup> BLANCHON, Carine. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. France: Elsevier Masson. 2011. 123 pages. Pages 16, 20, 29

Les auteurs Joël Savatofski et Pascal Prayez<sup>13</sup> parlent de « langage du corps » pour définir la communication non-verbale qui « vient parfois contredire ce que le sujet veut affirmer dans son discours explicite ». Et selon eux, la base de cette communication non-verbale est le « monde émotionnel ». Nous avons précédemment vu que nos émotions peuvent être source d'agressivité. Les infirmières interrogées ont aussi fait allusion aux émotions en parlant de « chamboulement » face à un comportement agressif. Selon les auteurs, ces émotions expriment les réactions de la personne évoluant dans son milieu. Selon Charles Lenay<sup>14</sup>, une situation va entraîner chez nous des émotions qui vont se traduire sur notre corps par une communication non-verbale. Le toucher entraîne donc des émotions car selon l'auteur, «relativement à la vue ou l'audition, le toucher est bien le sens de la proximité. Quelque chose ne peut pas être plus proche de nous que ce qui nous touche. De même, ce qui est émotionnellement touchant serait ce qui atteint notre intimité, ce qui affecte notre sphère la plus privée ». Le « touchant » est défini par quelque chose ou quelqu'un qui nous touche au sens émotionnel et « qui suscite la sympathie, la compassion, l'intérêt ». C'est également « la possibilité d'être soi-même touché ». Une personne en soins peut être touchante, elle va provoquer chez nous des émotions.

Définissons ce qu'est le toucher au sens contact physique et plus particulièrement durant un soin infirmier.

Le toucher fait partie des cinq sens et la peau, par qui le toucher existe est l'organe le plus vaste de notre corps. Selon France Bonneton-Tabariès et Anne Lambert-Libert, le terme de « contact » fait référence à celui du « toucher ». Ces deux termes recouvrent donc la même définition.

Selon Carine Blanchon, pour qu'un soin infirmier soit un aboutissement, il faut que la relation avec la personne soit authentique et qu'il y ait donc une posture adaptée.

Cette posture passerait par le toucher qui serait donc présent dans chaque acte de soins infirmiers.

---

<sup>13</sup> SAVATOFSKI, Joël, PRAYEZ, Pascal. *Le toucher apprivoisé*. 3<sup>e</sup> édition. France: Lamarre. 2009. 213 pages. pages 3, 121, 136, 137 (Soigner et accompagner)

<sup>14</sup> LENAY, Charles. C'est très touchant, la valeur émotionnelle du contact. *Intellectica* [format Pdf]. 2010. numéro 53-54. Page 3. Disponible sur : [Http://www.utc.fr/costech/v2/\\_upload/fichiers/.../lenay\\_v4-ch-dif.doc?](http://www.utc.fr/costech/v2/_upload/fichiers/.../lenay_v4-ch-dif.doc?)

Ainsi, « à tout moment, infirmières et aides-soignantes sont amenées à toucher l'autre », durant des soins dits « techniques » comme pour un prélèvement sanguin, la réfection d'un pansement ou encore la pose d'une perfusion et des soins dits « relationnels ». Didier Anzieu<sup>15</sup> introduisit il y a quelques années la notion de « moi-peau ». En effet, il stipule que la peau permet un contact entre le sujet et son environnement. Entre une personne soignée et un soin infirmier donc. Au regard donc de ma situation vécue en stage, de celles vécues par les infirmières interrogées ou encore de mes recherches bibliographiques, nous pouvons dire que dans chaque soin infirmier, il y a le toucher. Serait-ce alors le toucher la cause d'un comportement agressif? En effet, selon Carine Blanchon, « par le toucher, nous instaurons un lien concret, palpable, entre le malade et nous-mêmes ». Alors ce lien qu'est le toucher peut-il générer de l'agressivité chez la personne soignée?

### 5.5 *Chez quel type de personne en soin?*

Je suis actuellement en stage en établissement de santé mentale, dans une unité d'admission ouverte où viennent des personnes atteintes de différentes pathologies psychiatriques. Depuis mon tout premier stage qui se déroulait en santé mentale, le sujet des personnes psychotiques m'intéresse énormément. Car, comme le stipule Paul Wiener<sup>16</sup> : « La psychose nous apparaît d'abord comme une fatalité, un destin; ensuite comme un style de vie, une manière d'être, une forme d'existence durable, l'essence d'une personnalité particulière [...] ». Il paraît pertinent dans un premier temps, de définir brièvement ce que signifie le terme « psychotique ».

---

<sup>15</sup> ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod. 1985. 254 pages. Page 39

<sup>16</sup> WIENER, Paul. Un destin nommé psychose. La quête psychotique du bonheur. [En ligne] [Consulté le 10 Octobre 2013]. Disponible : <http://psychopatho.fr/un-destin-nomme-psychose.htm>

Une personne dite « psychotique » est une personne atteinte de psychose. Dominique Bourdin<sup>17</sup> donne la définition de Sigmund Freud de ce qu'est la psychose :

«La névrose serait le résultat d'un conflit entre le Moi et son Ca, la psychose, elle, l'issue analogue d'un trouble équivalent entre le Moi et le monde extérieur».

Selon le psychiatre Patrick Juignet<sup>18</sup>, la personne psychotique « montre un contact moyen » et perçoit la réalité de façon changeante. La personne dite « psychotique » est donc « prisonnière » d'un conflit entre elle-même et son environnement. Ainsi, chaque geste, chaque parole peut être interprétée différemment. Comme l'explique Catherine De Luca-Bernier<sup>19</sup>, « en effet, toute intention envers un psychotique sera inmanquablement détectée par le malade et ressentie comme persécutrice ». Or, dans l'environnement quotidien d'une personne dite « psychotique », il y a le toucher au sens contact physique. Didier Anzieu dans le concept de « moi-peau », définit la peau comme un support permettant un contact entre le sujet et son environnement. Donc le toucher au sens contact physique permet un contact entre la personne psychotique et son environnement, le soignant. Et ce contact, mal interprété par la personne peut provoquer de l'agressivité chez cette dernière. En effet, pour en revenir à mon stage en santé mentale, un patient, Mr S, atteint de schizophrénie, s'est montré agressif alors que je lui touchais l'épaule pour le rassurer face à ses angoisses. De plus, des infirmiers du service m'ont expliqué qu'ils avaient déjà pu observer lors de leur exercice professionnel en santé mentale, que bien souvent, le toucher « physique » peut provoquer un comportement agressif chez les personnes atteintes de schizophrénie.

---

<sup>17</sup> BOURDIN, Dominique. *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui: histoire, concepts, pratiques*. France: Bréal. 2007. 317 pages. page 140. (Série: Théorie)

<sup>18</sup> JUIGNET, Patrick. Les trois pôles : névrotique, psychotique, intermédiaire (une méthode souple de diagnostic), *Psychisme* [en ligne]. 2011. Disponible sur: <http://www.psychisme.org/Juignet.html>

<sup>19</sup> DE LUCA-BERNIER, Catherine. Le travail avec des patients psychotiques: La formation en question. *INRP, 8e Biennale de l'éducation et de la formation*. Numéro 438 [format Pdf]. 2006. Page 1. Disponible sur: <http://www.inrp.fr/biennale/8biennale/contrib/longue/438.pdf>

Selon l'Inserm<sup>20</sup>, la « Schizophrénie » est « un trouble appartenant à la catégorie diagnostique des psychoses délirantes chroniques ; elle est principalement marquée par des idées délirantes, reflet d'une perte du contact vital avec la réalité, et une dissociation, véritable dislocation de la vie psychique (cognitive et affective) ».

Dans cette définition, il y a également la notion de dissociation et de perte de contact avec la réalité. Elle rejoint donc la définition d'une personne « psychotique ». Ce qui apparaît logique puisque la schizophrénie est une forme de psychose. En effet, chez une personne psychotique, la réalité pouvant être erronée, nous avons vu qu'ainsi, chaque acte d'une tierce personne pouvait être interprété différemment. Comme le toucher pendant un soin infirmier qui a généré un comportement agressif chez Mr S.

#### 6. La question de recherche :

Pour reprendre mon cheminement, je suis donc parti d'un thème qui me tenait à cœur: l'agressivité chez les personnes en soins. En relation avec ce thème, j'ai pu exposer une situation vécue en stages et me questionner sur celle-ci, émettre des réflexions et mes propres constats. Tout ceci dans le but d'émettre une question de départ provisoire qui était: « En quoi les soins réalisés par l'infirmier peuvent générer de l'agressivité chez le soigné? ». Ensuite, dans le but de pouvoir légitimer ma question de départ et de préciser ma question de recherche, j'ai mené deux entretiens de terrain auprès de deux infirmières. En effet, j'ai regroupé les grands axes de mes constats et réflexions pour pouvoir créer un questionnaire que j'ai pu exploité auprès de professionnelles. Après avoir fait la synthèse de ces entretiens, j'ai pu comparer les dires des infirmières interrogées avec les écrits bibliographiques que j'ai pu consulter. J'ai ainsi pu définir les termes de personnes en soins, de soins infirmiers, d'agressivité, de toucher et vers quel type de personne en soins je voulais orienter mon travail. J'ai choisis de diriger mes recherches vers les personnes psychotiques, plus précisément les personnes « schizophrènes ». Leur perception de la réalité étant erronée, cela entraîne des interprétations de chaque geste ou parole. Et donc du toucher au sens contact physique.

---

<sup>20</sup> Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. *La schizophrénie* [En ligne] [Consulté le 5 Octobre 2013] Disponible: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>

Tout mon cheminement se retrouve dans une situation vécue en stage de psychiatrie où un jeune patient atteint de schizophrénie a eu une réaction agressive face à un contact physique de ma part. C'est donc grâce à ce cheminement que j'ai pu modifier ma question de départ en question de recherche:

**« En quoi le toucher pendant les soins infirmiers de confort et de bien-être peut générer de l'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie? »**

### 7. L'hypothèse de recherche :

La personne schizophrène a une perception différente de la réalité et donc de son corps. Ce pourquoi, elle peut considérer comme agressif le contact physique durant un soin infirmier de confort et de bien-être.

## Partie II: Le cadre conceptuel:

### Présentation du champ disciplinaire utilisé:

Ce travail traitera le concept de la personne atteinte de schizophrénie dans le cadre théorique de mon travail puisqu'elle est au centre de ce dernier et c'est autour d'elle que viennent s'articuler les autres concepts. Il traitera également de *sa manière de « vivre » son corps* puisqu'elle perçoit la réalité et donc son corps différemment. Ce travail s'articulera également autour du concept des *soins infirmiers de confort et de bien-être* puisque c'est sur ces soins infirmiers qu'il va s'orienter. Puis, le concept de *toucher au sens contact physique* puisqu'il apparaît omniprésent durant les soins infirmiers, quels qu'ils soient. Pour finir, ce travail portera sur le concept de *l'agressivité* ainsi que son *lien avec le toucher*. *Les auteurs choisis pour traiter ces différents concepts sont: Bion Wilfrid, Lightner Whitmer, Pierre Janet, Sigmund Freud, Herbert Rosenfeld, Mélanie Klein, Juliette Favez-Boutonier et Gisela Pankow pour le concept de schizophrénie.*

Prayez Pascal, Charles Lenay pour le concept de toucher, Bernard E.Gbézo, Pierre Karli et Erich Fromm pour celui de l'agressivité et les soins ide de confort et de bien-être.

Afin de traiter cette question de recherche, le champ disciplinaire employé sera la psychologie. En effet, comme le stipule Daniel Lagache<sup>21</sup> dans son ouvrage « L'unité de la psychologie », Kurt Lewin définit le « champ psychologique » comme étant « le champ des interactions entre l'organisme et le milieu, et la psychologie a pour objet l'étude de ces interactions ». Or, Didier Anzieu introduisait il y a quelques années la notion de « moi-peau »: la peau permet un contact entre le sujet et son environnement.

Entre l'organisme et son milieu donc. Le toucher au sens contact physique étant lié à l'organe qu'est la peau, il paraît pertinent de traiter la question de recherche avec une approche psychologique. Or la psychologie comporte plusieurs courants. Celui qui se prête le mieux à ce travail de fin d'études est la psychologie dite « clinique ». Comme le stipule Daniel Lagache<sup>22</sup>: « La méthode clinique vise la singularité et la totalité : envisager la conduite dans sa perspective propre, identifier les manières d'être et de réagir d'un être humain aux prises avec une situation, déceler les conflits et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits...tel est le programme de la psychologie clinique ». Ce choix de domaine psychologique paraît pertinent car l'on y trouve la notion de conduite. Or, le noyau central de ce travail porte sur la conduite d'une personne atteinte de schizophrénie. En effet, de ce concept découlent les autres que sont le toucher, l'agressivité et les soins ide de confort et de bien-être.

## Cadre conceptuel:

---

### 1. La personne atteinte de schizophrénie:

---

<sup>21</sup> LAGACHE, Daniel. L'unité de la psychologie. Geopsy : Psychologie interculturelle et psychothérapie. [format Pdf]. Page 1. Disponible sur: [http://psychaanalyse.com/pdf/unite\\_de\\_la\\_psychologie\\_lagache.pdf](http://psychaanalyse.com/pdf/unite_de_la_psychologie_lagache.pdf)

<sup>22</sup> Dicodunet [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.dicodunet.com/definitions/sciences/psychologie-clinique.htm>

*Après avoir défini le cadre conceptuel sur lequel ce travail s'appuiera, il apparaît pertinent de commencer par traiter le concept de la personne atteinte de schizophrénie. En effet, elle apparaît être le « centre » de ce travail, autour duquel les autres concepts viennent adhérer. Nous définirons ce qu'est la psychose. Puis nous donnerons une définition de la personne atteinte de schizophrénie afin d'introduire la dissociation, sa perception erronée de la réalité et enfin sa manière de percevoir et de « vivre » son corps.*

### 1.1 La psychose:

Puisque la schizophrénie fait partie intégrante de la « famille » des psychoses, définissons tout d'abord ce qu'est une psychose.

Comme nous avons pu le voir dans la problématisation de cet écrit, Dominique Bourdin cite Sigmund Freud<sup>23</sup> qui décrit la différence entre la névrose et la psychose, deux termes très répandus en psychiatrie: « La névrose est la conséquence d'un conflit entre le Moi et le Ça, la psychose résulte de l'évolution similaire de telles perturbations dans les relations entre le Moi et le Monde ». Toujours selon l'auteur, le terme de psychose « a été introduit par Ernst Von Feuchtersleben en 1845 ». Paul Wiener<sup>24</sup> stipule que lors d'épisodes « aigus », la personne atteinte de troubles psychotiques, ne va pas percevoir le monde qui l'entoure ainsi que les souvenirs qui s'y rapportent de manière réelle. Cette réalité est remplacée par « un nouvel univers, érigé selon les désirs du Ça ». C'est ce « parti pris pour le Ça », qui, selon le psychiatre, caractérise le mieux les troubles psychotiques. Dans nos représentations sociales, le terme de psychose rime avec folie depuis bon nombre d'années.

Il a été remplacé par l'adjectif « psychotique » qui désigne une personne souffrant de délires, ou encore d'une perte de rapport à la réalité, comme nous l'avons vu auparavant.

Au regard des ouvrages littéraires, nous apercevons que la pathologie dite « psychotique » la plus publiée et la plus médiatisée est la schizophrénie. Or il s'agit bien de la schizophrénie dont nous traiterons dans cet écrit. Alors qu'est-ce-que la schizophrénie? Comment se caractérise-t-elle?

---

<sup>23</sup> BOURDIN, Dominique. *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui: histoire, concepts, pratiques*. France: Bréal. 2007. 317 pages. Page 140. (Série: Théorie)

<sup>24</sup> WIENER, Paul. Un destin nommé psychose. La quête psychotique du bonheur. [En ligne] [Consulté le 10 Octobre 2013]. Disponible : <http://psychopatho.fr/un-destin-nomme-psychose.htm>

## 1.2 La schizophrénie:

Il est commun, dans notre société actuelle, de définir la schizophrénie comme un dédoublement de la personnalité. On l'assimile à des personnages fictifs tels que Dr Jekyll et Mr Hide. Mais qu'est-ce-que la schizophrénie exactement?

Ici, nous tenterons de définir ce qu'est une personne atteinte de schizophrénie, afin d'introduire le terme de « dissociation » puisque selon les auteurs Stacey Callahan et Henri Chabrol<sup>25</sup>, la schizophrénie porte également le nom de « psychose dissociative ».

Selon les auteurs Bernard Granger et Jean Naudin, c'est en 1911 que le psychiatre Suisse Eugen Bleuler introduit pour la première fois le terme de schizophrénie, étant jusqu'alors appelé « démence précoce » par Émile Kraepelin<sup>26</sup>.

Il définit ce dernier par le fait que « l'esprit a du mal à rassembler l'ensemble des vécus, des sentiments, des comportements et des pensées en un sujet autonome et sûr de ses acquis ». Plus récemment, les auteurs Jean-Louis Pedinielli et Guy Gimenez<sup>27</sup>, définissent la schizophrénie par « des distorsions fondamentales de la perception et de la pensée ainsi que des affects émoussés ou inappropriés, des phénomènes comme l'écho de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs ». Dans le cadre de ce travail, nous parlerons uniquement du terme de dissociation, bien qu'ayant pris connaissance des autres symptômes caractérisant la schizophrénie, il semblerait que le syndrome dissociatif soit le plus en lien avec notre sujet. Selon les auteurs Stacey Callahan et Henri Chabrol, le syndrome dissociatif réunirait grand nombre des symptômes décrit ci-dessus, tels que les troubles du cours de la pensée, la désorganisation de la vie affective et du comportement et la dépersonnalisation.

---

<sup>25</sup> CALLAHAN, Stacey, CHABROL, Henri. *Mécanismes de défense et coping*. France : Dunod. 2004. 178 pages. Page 47. (Sociale)

<sup>26</sup> GRANGER, B, NAUDIN, J. *La schizophrénie*. France : Le cavalier bleu. 2006. 127 pages. Page 15 (Idées reçues)

<sup>27</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Page 80 (Psychologie 128)

Étymologiquement, le terme « *schizo* » signifie « dissociation, division » et « *phrénie* » signifie l'esprit<sup>28</sup>. Dans cette étymologie, nous retrouvons donc la définition d'Eugen Bleuler concernant la schizophrénie.

La conception Bleulérienne de la dissociation reste cependant quelque peu floue et lorsqu'il la définit comme étant une incapacité « à faire de nouvelles associations », Pierre Janet<sup>29</sup> répond: « mais ce n'est pas une dissociation cela. C'est une suppression de travail, de synthèse ». Face à ces divergences nous pourrions alors nous questionner:

Qu'est-ce-que la dissociation? En quoi permet-elle de définir les troubles schizophréniques chez une personne en soins?

*Nous allons maintenant voir ce qu'est la dissociation et son lien avec la perception erronée de la réalité chez une personne atteinte de schizophrénie.*

### 1.3 Dissociation et perception erronée de la réalité:

*« Il faut opérer par la dissociation, et non par l'association des idées. Une association est presque toujours banale. La dissociation décompose et découpe des affinités latentes » Jules Renard<sup>30</sup>.*

Pour comprendre le titre de cette sous-partie, il faut avant tout garder en tête ce que nous avons vu précédemment. A savoir que la schizophrénie se définit par une dissociation, autrement appelée « syndrome dissociatif ». Comme l'explique Gisela Pankow<sup>31</sup> dans « l'homme et sa psychose », les dissociations « caractérisent plus profondément toute affection schizophrénique ».

---

<sup>28</sup> KEDIA, M ; VANDERLINDEN, J ; et al. *Dissociation et mémoire traumatique*. France: Dunod. 2012. 256 pages. Page 12. (Psychothérapies pratiques)

<sup>29</sup> JANET, Pierre. *La pensée intérieure et ses troubles : Leçons au Collège de France 1926-1927*. France : L'Harmattan. 2007. 490 pages. Page 375. (Encyclopédie psychologique)

<sup>30</sup> RENARD, Jules. *Journal du 24 Janvier 1890*

<sup>31</sup> PANKOW, Gisela. *L'homme et sa psychose*. 2<sup>e</sup> édition. France: Aubier Montaigne. 1977. 292 pages. pages 119, 120, 121, 136. (La chair et l'esprit)

D'ailleurs, comme le souligne le psychiatre Alain Bottéro<sup>32</sup>, le terme de dissociation est devenu synonyme de la schizophrénie. Mais qu'est-ce-que la dissociation? Toujours selon Gisela Pankow, c'est la conséquence de la « destruction de la psychose ». Elle lui donne également le terme de « Spaltung » et explique que ce terme allemand est la traduction que Freud fit d'une expression fréquente dans la psychiatrie française du XIXème siècle, celle de « double conscience », utilisée en particulier par Pierre Janet. Néanmoins, selon les auteurs Bernard Granger et Jean Naudin<sup>33</sup>, ce terme allemand perdrait toute logique dans sa traduction française. Ainsi, nous devrions plutôt parler de « clivage » ou encore de « morcellement ». Mais il ne s'agit ici que d'une traduction et les termes de « morcellement » et de « dissociation » requièrent la même définition.

Beaucoup d'ouvrages offrent des perspectives variées quant aux termes de « morcellement » et de « dissociation ». La plupart des auteurs stipulent que ces deux termes offrent la même définition et c'est pourquoi nous emploierons ces deux derniers au même titre dans ce travail. Par dissociation, Gisela Pankow définit des « conflits de la spatialité du corps vécu ».

Afin d'illustrer ses propos et de faire le lien avec le corps de la personne atteinte de schizophrénie, elle donne l'exemple d'une jeune femme atteinte de troubles psychotiques, Véronique. Cette dernière souffre de schizophrénie et rêve qu'un homme se coupe la jambe pour la placer dans le réfrigérateur, afin de lutter contre la faim. L'auteure explique que dans cette situation, pour la jeune femme, il n'y a plus aucun lien entre la jambe et la perception du corps. Elle perçoit la jambe comme un simple moyen de lutter contre la faim.

Car cette dernière, séparée et mise à l'écart du reste du corps, requiert désormais une toute autre signification. Il est intéressant de prendre en compte cette illustration afin de mieux comprendre ce que signifie le terme de dissociation. La dissociation est donc, selon Gisela Pankow, l'« impossibilité de rétablir un lien entre les parties et la totalité du corps ».

*Nous venons donc de voir ce que signifiait le terme de « dissociation » et nous en concluons qu'il concerne directement le corps de la personne et sa manière de le percevoir, de le ressentir. Mais comment ceci se traduit-il chez la personne?*

---

<sup>32</sup> BOTTERO, Alain. *Un autre regard sur la schizophrénie*. France: Odile Jacob. 2008. 396 pages. Page 93

<sup>33</sup> GRANGER, B, NAUDIN, J. *La schizophrénie*. France : Le cavalier bleu. 2006. 127 pages. Page 16 (Idées reçues)

*Nous allons maintenant voir comment la personne atteinte de schizophrénie « vit » son corps quotidiennement, quel rapport entretient-elle avec ce dernier. Tout ceci dans le but de pouvoir, ensuite, faire le lien avec le concept de toucher au sens contact physique pendant les soins infirmiers. Le toucher ayant un lien direct avec le corps de la personne.*

#### 1.4 Une manière de vivre son corps:

« Par le terme de dissociation, je définis donc la destruction de l'image du corps telle que ses parties perdent leur lien avec le tout pour réapparaître dans le monde extérieur ». Cette citation de Gisela Pankow<sup>34</sup> nous permet de faire le lien entre la dissociation, définit précédemment et le « vécu » du corps de la personne atteinte de schizophrénie.

Comme le stipule l'auteure, chez une personne atteinte de schizophrénie, durant un processus propre à la psychose, « le corps n'est plus vécu comme unité ».

Comme pour Véronique, la jambe n'est plus considérée comme faisant partie du corps dans sa totalité. Elle est vue comme un moyen de pallier à la faim. En effet, la personne atteinte de schizophrénie ne perçoit plus une partie de son corps à juste titre.

Cela se caractérise par une « destruction de ce corps » qui peut « amener des réactions différentes: soit que la totalité de l'image du corps se trouve remplacée par une partie, soit qu'il y ait « confusion » de l'intérieur et de l'extérieur ». D'après Gisela Pankow, c'est suite à une telle destruction du corps de la personne atteinte de schizophrénie que « certaines parties de l'image du corps peuvent apparaître dans le monde externe ». « Parfois, ces débris sont encore reconnus comme des débris d'un corps primitivement entier, mais parfois elle apparaissent sous forme d'hallucinations auditives et visuelles ». Nous retrouvons ici la définition de la schizophrénie par les auteurs Jean-Louis Pardinielli et Guy Gimenez<sup>35</sup>.

Toujours pour illustrer ces propos, appuyons-nous sur le texte « Bruges-la-morte » de Georges Rodenbach<sup>36</sup>, poète symboliste et romancier Belge. Dans ce texte, il met en scène deux personnages: Jane et Hugues. Jane, pour s'amuser du garçon, prend dans un coffret de verre une longue chevelure tressée provenant d'une défunte femme.

---

<sup>34</sup> PANKOW, Gisela. *L'homme et sa psychose*. 2<sup>e</sup> édition. France: Aubier Montaigne. 1977. 292 pages. pages 119, 120, 121, 136. (La chair et l'esprit)

<sup>35</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Page 80 (Psychologie 128)

<sup>36</sup> RODENBACH Georges. *Bruges-la-morte*. France : Flammarion. 1998. 192 pages. (Gf, numéro 11)

Elle s'en amuse, la place autour de son cou en riant. Hugues y voit là un sacrilège, car « depuis des années, il n'osait toucher à cette chose qui était morte puisqu'elle était d'un mort ». Alors il perd pied: « une flamme lui chanta aux oreilles, du sang brûla ses yeux, un vertige lui courut dans la tête [...] Une envie de saisir, d'étreindre quelque chose, de casser des fleurs [...] ». Ce dernier attrapa alors la tresse au cou de Jane et la strangula. Gisela Pankow a analysé cet extrait du texte. En effet, pour Hugues, la chevelure qui est une partie du corps de la personne décédée, prend la place de la totalité de ce corps. Ainsi, le corps tout entier se résume à cette tresse.

A ses yeux, la tresse est donc inerte, puisque la femme à qui elle appartenait est décédée. Comme nous l'avons donc vu précédemment, le corps n'est plus vécu comme une entité, un tout.

## 2. Le toucher

*Nous avons donc défini ce qu'était une personne atteinte de schizophrénie. Nous nous sommes intéressés à une des principales caractéristiques de cette pathologie, qui est la dissociation. Une « division » de l'esprit, mais aussi du corps. Ainsi, nous avons pu voir comment la personne atteinte de schizophrénie percevait ce dernier. Ce qui nous amène à faire le lien avec le toucher car le corps est le siège de ce sens directement lié à la peau.*

*Nous allons voir ce qu'est le toucher et pourquoi décidons-nous de le traiter au sens du contact physique. Nous verrons ensuite en quoi le toucher est une communication non-verbale pour faire le lien avec le toucher pendant les soins infirmiers de confort et de bien-être. Ensuite, nous verrons le concept de « moi-peau » de Didier Anzieu, et en quoi son altération est liée de manière directe au syndrome dissociatif chez la personne atteinte de schizophrénie. Enfin nous verrons l'impact du toucher sur les émotions pour ainsi faire le lien avec le comportement agressif chez la personne, durant un contact physique.*

### 2.1 Définition du toucher comme contact physique:

Toucher: Il est commun d'entendre ce terme dans la vie de tous les jours (cela m'a touché, je touche...) mais connaissons-nous réellement son sens? Il est d'ailleurs étonnant de voir les nombreuses définitions que le terme de « toucher » recouvre. Il provient du terme « tocarre ». Le toucher fait partie de nos cinq sens, au même titre que l'ouïe ou encore l'odorat.

Selon Françoise Boissières-Dubourg<sup>37</sup>, « le toucher, c'est le premier sens de la vie, et son histoire commence avec la maman et son bébé; c'est aussi souvent le dernier, lorsque les autres sens sont altérés ». Ce travail traitera du toucher au sens du contact physique car ce dernier à un lien direct avec le corps. Or, nous avons vu que chez la personne atteinte de schizophrénie, le corps est « vécu » différemment, en lien avec la dissociation qui caractérise la pathologie.

Donc le toucher en lien avec le corps « vécu » de manière singulière pourrait faire ressortir le syndrome dissociatif chez la personne atteinte de schizophrénie. C'est donc au corps de la personne atteinte de schizophrénie qu'il faut s'intéresser et c'est pourquoi nous traiterons du concept de toucher uniquement en relation avec celui-ci. Mais quelle est l'utilité du toucher durant les soins infirmiers du rôle propre?

*Après avoir défini ce qu'était le toucher au sens contact physique, nous allons voir en quoi le toucher est un biais de la communication non-verbale, et plus encore pendant les soins infirmiers dits « de confort et de bien-être ».*

## 2.2 Le toucher comme communication non-verbale pendant les soins infirmiers du rôle propre:

Dans leur ouvrage, les auteurs Joël Savatofski et Pascal Prayez<sup>38</sup> mettent en évidence le rôle primordial de la communication mais plus encore celui de la communication non-verbale dans un contexte de soins. Mais qu'est-ce-que la communication? Car « communiquer » est un terme que nous employons au quotidien, mais en connaissons-nous réellement la signification? Selon les auteurs Antoine Bioy, Isabelle Nègre et Françoise Bourgeois<sup>39</sup>, la communication est « un échange de personne à personne ».

---

<sup>37</sup> BOISSIERES-DUBOURG, Françoise. *De la maltraitance à la bientraitance*. France: Lamarre. 2011. 252 pages. Page 161 (Soigner et accompagner)

<sup>38</sup> SAVATOFSKI, Joël, PRAYEZ, Pascal. *Le toucher apprivoisé*. 3<sup>e</sup> édition. France: Lamarre. 2009. 213 pages. pages 3, 121, 136, 137 (Soigner et accompagner)

<sup>39</sup> BIOY, A. ; BOURGEOIS, F ; et al. *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*. France: Bréal. 2003. 143 pages. page 15

Selon les auteurs, elle permet de montrer qui nous sommes en tant qu'être humain et de percevoir comment est la personne en face de nous. Étymologiquement, communiquer signifie « mettre en commun ». A l'origine, ce terme équivalait à celui de « communier » qui signifie « mettre en communauté ». Puis, progressivement, il va prendre le sens de « transmettre, d'échanger ». Mais alors, si communiquer avec une personne, quel que soit le contexte, c'est transmettre des informations et échanger, qu'est-ce que la communication non-verbale? Selon Michel Heller<sup>40</sup>, la communication non-verbale « désigne toute forme de comportement qui ne requiert pas l'analyse des mots ».

Il explique ainsi que chacun de nos comportements peut avoir un rôle communicatif. Selon Andrew Westen<sup>41</sup>, « certains aspects du discours autres que les noms et les verbes en disent parfois plus que les mots ».

Il définit ainsi la communication non-verbale en tant qu'elle « comprend une variété de signes: l'intonation, le langage gestuel, la distance physique, les vocalisations non-verbales (comme les soupirs ou les raclements de gorge), les expressions faciales et le toucher ». Au regard de cette définition, le toucher fait donc partie de la communication non-verbale, puisqu'il n'a pas recours aux mots. Mais quel est son rôle dans un contexte de soins? Joël Savatofski souligne le rôle primordial du toucher dans un contexte de soins: « Plus que jamais, toucher et être touché est devenu nécessaire, indispensable ».

Selon Antoine Bioy<sup>42</sup>, « le contact physique est inéluctable dans la profession de soignant, que ce soit au cours de soins techniques (ponctions, pansements) ou durant les soins relevant à proprement parler du rôle infirmier (toilette, aide à l'habillage...) ». Or, comme nous l'avons précédemment vu, ce travail s'orientera sur le toucher durant les soins de confort et de bien-être, faisant donc parti du « rôle propre » infirmier. Nous avons, au sein de la problématisation, défini ce qu'étaient les soins infirmiers du rôle propre.

---

<sup>40</sup> HELLER Michel. *Les psychothérapies corporelles, fondement et méthode*. France: De Boeck. 2008. 689 pages. page 477. (Série: carrefour des psychothérapies)

<sup>41</sup> WESTEN, Drew. *Psychologie: pensée, cerveau et culture*. France: De Boeck Supérieur. 2000. 1250 pages. page 409. (Ouvertures psychologiques)

<sup>42</sup> BIOY, Antoine. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. 2<sup>e</sup> édition. France : Bréal. 2009. 158 pages. Page 49 (Etudiants en IFSI, Formations paramédicales)

Le toucher étant présent dans tous les soins infirmiers, la question que nous pourrions alors nous poser est: quel est le rôle du toucher dans les soins infirmiers spécifiques de confort et de bien-être?

Selon Françoise Boissières-Dubourg<sup>43</sup>, le toucher a un rôle très important dans les soins, puisqu'il permet « de rentrer en communication, d'établir un climat de confiance ». Or, durant les soins infirmiers de confort et de bien-être, il y a nécessité d'instaurer un climat de confiance avec la personne, pour pouvoir entrer en contact avec elle. C'est ce qu'expliquent les auteurs Antoine Bioy et Damien Fouques<sup>44</sup>.

Selon ces derniers, moins les soins sont dits « techniques », rapport au rôle prescrit de l'infirmier et plus la relation avec la personne sera intime puisqu'elle s'intéresse d'avantage à la dimension corporelle de la personne. Or, plus nous entrons dans l'intimité de la personne en soin et plus nous nous devons d'instaurer un climat de confiance, l'intimité étant synonyme de se mettre à nu, au sens propre comme au figuré. Ainsi, le toucher semble prendre une grande place dans les soins du rôle propre infirmier puisqu'il permet notamment d'instaurer ce climat de confiance avec la personne. De plus, selon Joël Savatofski, le toucher est le « premier sens de la communication, du bien-être ». Or, le rôle propre de l'infirmier regroupe les soins de confort et de bien-être. Ainsi, dans la situation d'appel, lorsque Me O me prend la main, je la serre fort pour lui montrer que je suis présente et disponible pour elle.

Le toucher serait donc un moyen de communiquer non-verbale et son objectif dans un contexte de soins du rôle propre serait de rentrer en communication avec la personne pour établir un climat de confiance et de bien-être. Ainsi, nous comprenons le rôle du toucher pendant les soins et son importance pour rentrer en contact avec la personne. Toutefois, il faut apprécier l'aptitude de la personne à être touchée. En effet, certaines personnes en soin, de par leur vécu ou leur pathologie, ne veulent pas être touchées de manière physique par le soignant.

---

<sup>43</sup> BOISSIERES-DUBOURG, Françoise. *De la maltraitance à la bientraitance*. France: Lamarre. 2011. 252 pages. Page 161 (Soigner et accompagner)

<sup>44</sup> BIOY, A ; FOUQUES, D. Manuel de psychologie du soin. France : Bréal. 2002. 317 pages. Page 45 (IFSI, formations paramédicales)

Car si le corps s'avère être l'enveloppe de notre âme, nous allons voir par le concept de « moi-peau » de Didier Anzieu que tous deux sont étroitement liés. Par métaphore et pour souligner le lien entre le toucher et le concept de « Moi-peau », nous pourrions dire: « si tu touches mon corps, tu touches mon âme ».

### 2.3 Le « Moi-peau » de Didier Anzieu:

Le toucher au sens du contact physique, c'est donc entrer en contact de manière physique avec une personne ou un objet. Nous avons vu que le toucher était un sens et qu'il faisait partie de la communication non-verbale. Nous avons aussi vu qu'il était omniprésent dans les soins infirmiers et son importance dans ceux du rôle propre de ce dernier: il permet de créer un climat de bien-être et de rentrer en communication.

Entre une personne en soin et un soignant donc. En effet, dans la situation de départ, je-en tant que soignant-, touche Me O qui est la personne soignée. Or, le soignant fait partie de l'environnement de la personne. Quel est le rapport à établir entre la personne et son environnement? François Dagonet<sup>45</sup> explique « qu'une étape majeure de l'évolution du vivant est survenue lors du passage des invertébrés aux vertébrés, lorsque le tissu solide qui l'entourait (coque, coquille, carapace...) s'est enfoui dans la chair pour donner une structure interne (colonne vertébrale..), laissant en surface une enveloppe souple et sensible à l'environnement ». Cette citation nous permet de faire le lien entre la peau et l'environnement de la personne. Selon Pascal Prayez, la peau est un organe sensoriel mais elle est bien plus que ça. Elle est carapace, enveloppe corporelle.

Pas une carapace étanche comme celle de la tortue, mais une carapace qui « filtre ».

A ce sujet et selon les auteurs Joël Savatofski et Pascal Prayez, Didier Anzieu introduit le concept de « moi-peau ». Il stipule que notre enveloppe corporelle « contient les organes, délimite le corps (il y a un dedans et un dehors), protège des agressions extérieures (mécaniques, thermiques, virales...) et met au contact (rôle d'interface) le sujet et son entourage ». Il s'agit du « corps physique » décrit par Didier Anzieu. Il stipule également que le sujet, en contact avec ce corps physique, va se constituer un « corps psychique ».

---

<sup>45</sup> SAVATOFSKI, Joël, PRAYEZ, Pascal. *Le toucher apprivoisé*. 3<sup>e</sup> édition. France: Lamarre. 2009. 213 pages. pages 3, 121, 136, 137 (Soigner et accompagner)

Le psychisme se développe donc toujours en référence à l'enveloppe corporelle et donc à l'expérience corporelle. C'est cette enveloppe où réside le psychisme de la personne que l'auteur définit comme étant le « Moi-peau ». Pour préciser notre pensée, nous pouvons utiliser une célèbre métaphore qui berce notre quotidien: « Il est dans sa bulle ». Cette phrase, si souvent entendue, définit le Moi-peau de Didier Anzieu comme une bulle, une carapace où « se construit » la personne.

Néanmoins, cette phrase sous-entend que la personne est « coupée » du monde extérieur, la bulle imageant une barrière entre la personne et son environnement. Or, le concept de « moi-peau » est tout le contraire, comme nous avons pu le voir: la personne « nourrit » son corps psychique grâce au corps physique qui est en relation avec son environnement. Ainsi, nous pouvons dire que l'individu n'existe que parce qu'il est en relation. La peau est une enveloppe, une carapace qui contient l'individu et lui permet de rentrer en contact avec son environnement.

Or, comme nous avons pu le voir, la personne atteinte de schizophrénie « vit » son corps de manière singulière et ce dernier requiert une toute autre définition. Nous pourrions alors nous demander si le concept de « Moi-peau » s'applique à cette personne.

Après avoir défini ce qu'était le concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu, nous allons maintenant voir en quoi il se trouve altéré chez la personne souffrant de troubles schizophréniques.

#### 2.4 Altération du « Moi-peau » chez la personne atteinte de schizophrénie:

Nous avons vu précédemment que ce qui caractérise la personne atteinte de schizophrénie, c'est le syndrome dissociatif, autrement appelé morcellement. Ce même symptôme qui fait que la personne « perçoit » et « vit » son corps de différentes manières comme l'expliquait Gisela Pankow.

Or, comme le stipule Didier Anzieu<sup>46</sup> dans son concept de « moi-peau », l'enveloppe corporelle, autrement appelée « corps physique » met en contact de manière directe l'individu avec son environnement. Ceci permet à la personne de se créer un « corps psychique », le tout définissant le « moi-peau » de la personne.

---

<sup>46</sup> ANZIEU, Didier. *Le Moi-peau*. Paris: Dunod. 1985. 254 pages. Page 39

La personne souffrant de schizophrénie vivant son corps de manière singulière, nous pouvons alors nous poser cette question: Comment le concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu se traduit-il chez cette personne?

Tenzin Dorje<sup>47</sup> décrit le « Moi-peau » comme notre corps psychique, une sorte de coffre secret où l'on renferme tout ce qui nous définit psychiquement, nos vécus, nos expériences, apportées par le moi physique en relation avec notre environnement. Or, l'auteur explique que chez une personne atteinte de psychose, le moi-peau apparaît comme transparent, auquel autrui a accès.

Métaphoriquement, nous pourrions dire que le coffre secret qui renferme le moi-peau est fissuré et devient donc « perméable », il se noie dans son environnement.

Il n'assure plus sa « fonction de contenance », comme l'explique l'auteur, car il n'y a plus aucune barrière entre le sujet et son environnement. Ainsi, comme le décrivent Jean-Louis Pedinielli et Guy Gimenez<sup>48</sup>, « l'individu est alors confronté de confusion ou de l'inversion dedans-dehors, et à l'incapacité à trouver un quelconque contenant à une expérience ou à un objet ». Le Moi-peau devient alors une « passoire », selon les auteurs, laissant la personne atteinte de schizophrénie sans barrière de défense, sans frontière entre elle-même et autrui. Ils en font d'ailleurs une métaphore pour définir le rapport qu'une personne atteinte de schizophrénie, dont le moi-peau se trouve altéré, entretient avec son propre corps: certaines personnes atteintes de schizophrénie « se vivent comme un oeuf à la coquille trouée, qui se vide de son blanc, voire de son jaune ». Les auteurs précisent que certaines personnes atteintes de schizophrénie « ressentent ainsi que les limites de leur corps deviennent floues ». Ils ont ainsi cette sensation de sortir de leur propre corps, « de flotter à côté de celui-ci ». Comme nous l'avons vu, c'est ainsi que G. Pankow définit la dissociation schizophrène. La cause du syndrome dissociatif serait donc l'altération du « moi-peau ».

Tout prend alors sens: puisqu'il n'y a plus de contenance du moi-peau, alors il y aura confusion entre le dehors et le dedans.

---

<sup>47</sup> Tenzin, Dorje. Moi-peau et matière psychique, introduction au concept de Moi-peau. *Psychologie du trouble de stress post-traumatique* [en ligne]. Septembre 2008. Disponible sur : <http://miettes-litteraires.blogspot.fr/2008/09/moi-peau-et-traumatique-psychique.html>

<sup>48</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Page 87 (Psychologie 128)

Entre le corps de la personne et son environnement donc. Il y aura alors « projection » d'une partie du corps dans l'environnement. C'est la dissociation corporelle: l'incapacité à vivre son corps comme un tout, une unité. Rappelons-nous par ailleurs, que l'auteure stipule que dans le cas d'une dissociation, les débris d'un corps primitivement entier peuvent réapparaître sous forme d'hallucinations auditives ou visuelles. Pour illustrer ces propos et aller plus loin de leur pensée, les auteurs Jean-Louis Pardinielli et Guy Gimenez décrivent: « un patient sentait et voyait les parties de son corps se détacher de lui: son estomac se retrouvait ainsi sur les murs, il cherchait ses oreilles par terre, son cerveau était en suspension dans la pierre ». Certaines personnes voient ainsi leurs organes vitaux s'écouler par leurs orifices (nez, oreilles) comme lors d'un de mes stages en psychiatrie où un jeune homme de 25 ans m'expliquait voir son cerveau sortir par ses oreilles lorsqu'il se regardait dans un miroir.

De plus, selon les auteurs, pour contrer ce morcellement, la personne atteinte de schizophrénie va user de stratagèmes de défenses tels que le clivage, la projection, le déni et la forclusion qui provoquent délires, hallucinations ou autres passages à l'acte<sup>49</sup>

Nous avons vu que, selon le concept de « moi-peau » de Didier Anzieu, la peau met au contact et a un rôle d'interface entre la personne et son environnement.

Mais, selon Sadeq Haouzir et Amal Bernoussi<sup>50</sup> ce même « moi-peau » a également une fonction de « pare-excitation ». Par ce terme, ils définissent la protection de « la psyché des stimulations externes », afin « d'en diminuer les excès et de les réguler ». Nous pouvons, de façon métaphorique, comparer la notion de « pare-excitation » à un parapluie qui fait barrage entre nous et la pluie. Chez la personne atteinte de schizophrénie, cette fonction va être altérée puisqu'il y a perméabilité du moi-peau. Ceci va avoir pour conséquence chez la personne la sensation d'être « commandée » par des forces extérieures, avec un « pillage de ses idées, souvenirs et sentiments ». Selon les auteurs, la personne sera alors en proie à des angoisses « d'intrusion, du viol psychique et de manipulation ».

---

<sup>49</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Pages 85, 86 (Psychologie 128)

<sup>50</sup> HAOUZIR, S, BERNOUSSI, A. *Les schizophrénies*. France : Armand Colin. 2007. 123 pages. Page 76 (Collection 128)

Nous pourrions alors nous demander quel lien peut être établi entre les angoisses citées précédemment, liées à l'altération du moi-peau et un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie. Car si une angoisse est un sentiment, alors nous allons voir quel lien entretient un sentiment avec une émotion.

Nous avons donc ici été plus loin dans notre réflexion en faisant le lien entre l'altération du « Moi-peau » de Didier Anzieu et le syndrome dissociatif du corps lié à la schizophrénie. La personne perd donc toute notion de familiarité avec son propre corps. Ceci crée un sentiment d'impuissance, de mal-être. Ou encore des angoisses de morcellement, de vidage. Selon Stacey Callahan et Henri Chabrol<sup>51</sup>, ces angoisses proviendraient de la dépersonnalisation, qui, comme nous l'avons vu, est directement liée à la dissociation.

Les auteurs Jean-Louis Pedinelli et Guy Gimenez<sup>52</sup> expliquent qu'il existe moult adjectifs, variant d'un auteur à un autre pour définir ces angoisses, puisque la personne concernée elle-même ne peut définir ce qu'elle ressent.

Mais comme nous l'avons vu, l'angoisse est un sentiment et selon Alexander Bain<sup>53</sup>, les émotions proviendraient de sentiments.

Un sentiment, lié à la dépersonnalisation de son corps, peut générer des émotions chez la personne atteinte de schizophrénie, lors du toucher pendant un soin infirmier de confort et de bien-être. C'est ce que nous allons voir en faisant le lien entre le toucher et les émotions.

## 2.5 Le toucher, source d'émotions:

La personne atteinte de troubles psychotiques perçoit donc différemment le monde qui l'entoure, comme nous l'avons précédemment vu, c'est ce que nous appelons la dissociation. Cette dissociation est due à une altération du « moi-peau ».

---

<sup>51</sup> CALLAHAN, Stacey, CHABROL, Henri. *Mécanismes de défense et coping*. France : Dunod. 2004. 178 pages. Page 47. (Sociale)

<sup>52</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Page 88 (Psychologie 128)

<sup>53</sup> BAIN, Alexander. *Les émotions et la volonté, traité de psychologie II*. France: Éditions Harmattan. 2006. 603 pages. page 68. (Encyclopédie psychologique)

Elle est vision atypique de la personne, qui peut s'appliquer à son propre corps, qu'elle perçoit comme « étranger » à elle-même ou encore aux personnes qui l'entourent, à leurs actes.

Prenons pour exemple un soignant qui a pour intention d'aider une personne atteinte de troubles psychotiques à prendre sa douche. Il va, par exemple, lui savonner le dos à l'aide d'un gant de toilette. Nous avons vu que le toucher est omniprésent dans les soins et a une grande importance dans les soins de bien-être et de confort. Ladite personne ne percevra pas ce geste comme un geste bienveillant puisqu'il y a un décalage entre sa vision de l'environnement et la réalité. Le toucher accentuera le syndrome dissociatif de la personne. Nous avons également vu que ce sont les sentiments qui provoquent des émotions et qu'une personne atteinte de schizophrénie pouvait ressentir un sentiment de mal-être lorsque son corps ne lui appartient plus dans un contexte de syndrome dissociatif. En suivant donc la logique de cet écrit, nous en concluons que les sentiments provoquent des émotions chez la personne.

Voyons à présent ce qu'est une émotion. Comme le stipule Jean-Yves Arrivé<sup>54</sup>, « Les émotions nourrissent notre existence, donnent des tonalités contrastées à notre vie quotidienne et peuvent parfois la perturber sérieusement ». Qu'est-ce-qu' une émotion?

Toujours selon l'auteur, le terme « émotion » est constitué du verbe latin « movere », qui signifie « mouvoir » et du préfixe « ex » qui signifie « un mouvement vers l'extérieur ». Au regard cette étymologie, l'auteur en déduit que « l'émotion incite à agir ».

Joël Savatofski et Pascal Prayez<sup>55</sup> donnent des exemples d'émotions comme la colère, la peur, la joie ou encore la tristesse. Ils expliquent également qu'elles « expriment à travers diverses manifestations neurovégétatives, posturales et gestuelles, des réactions au milieu dans lequel évolue le sujet concerné ». Nous pourrions nous demander si le toucher provoque des émotions chez la personne. Nous avons vu précédemment ce qu'était la communication non-verbale et que le toucher en faisait partie. Or, d'après les auteurs Joël Savatofski et Pascal Prayez, cette communication non-verbale serait « étroitement liée au monde émotionnel ».

---

<sup>54</sup> ARRIVE, Jean-Yves. *Savoir vivre ses émotions*. France: Retz eds, 2001, 200 pages, page 5. (Savoirs pratiques)

<sup>55</sup> SAVATOFSKI, Joël, PRAYEZ, Pascal. *Le toucher apprivoisé, pour une approche différente du soigné*. France: Lamarre Poinat. 1990, 157 pages, page 102

Théodule Ribot<sup>56</sup>, explique que « le toucher est peut-être la source la plus abondante des associations entre la représentation d'une sensation physique et un état émotionnel ».

Le toucher serait donc directement lié aux émotions puisqu'il est en contact direct avec la peau. Et plus encore, le toucher serait source de sentiments et donc d'émotions telles que celles décrites précédemment.

Reprenons notre cheminement. Le toucher est un contact direct avec le corps de la personne. Or, cette dernière « vit » son corps de manière singulière en rapport avec le syndrome dissociatif qui la caractérise. Donc le toucher accentuerait ce syndrome dissociatif. De plus, la personne éprouve un sentiment d'angoisse face à sa propre enveloppe corporelle. Nous venons de voir qu'un sentiment génère une émotion et que le toucher est source d'émotions.

Nous pouvons alors dire qu'un sentiment, lié à la dépersonnalisation de son corps, peut créer des émotions chez la personne atteinte de schizophrénie, lors du toucher pendant un soin infirmier de confort et de bien-être. Voyons maintenant le lien entre les émotions de la personne et son comportement.

Pour faire le lien entre une émotion ressentie lors d'un contact physique pendant un soin infirmier et un comportement agressif venant de la personne en soin, il faut s'intéresser au psychologue Ilios Kotsou<sup>57</sup>, qui cite Frijda et stipule qu'une émotion va entraîner un comportement. C'est d'ailleurs une de ses fonctions. Par exemple, la colère va entraîner un comportement agressif chez la personne en proie à ladite émotion.

Si, comme nous l'avons vu, un sentiment amène une émotion qui à son tour, entraîne un comportement, nous sommes en mesure de nous demander comment réagirai une personne atteinte de dissociation lors du toucher pendant un soin infirmier.

---

<sup>56</sup> RIBOT, Théodule. La logique des sentiments. France: L'Harmattan, 2000, 304 pages, page 24. Série: Psychanalyse et civilisations

<sup>57</sup> ILIOS Kotsou, MIKOLAJCZAK Moïra, NELIS Delphine, QUOIBACH Jordi. Les compétences émotionnelles. France: Dunod, 2009, 336 pages, page 18. Série: Psycho Sup

Ce qui nous permet de faire le lien avec le concept suivant. Car, le toucher chez une personne qui « vit » son corps de manière dissociée peut déclencher un comportement agressif, un comportement qu'on pourrait qualifier de discordant, lors d'un soin infirmier de confort et de bien-être. En effet, Roger Gentis<sup>58</sup> dans son ouvrage, écrit à propos des personnes souffrant de schizophrénie « combien vivement ils réagissent à la moindre sollicitation et comment ils se défendent activement et constamment contre les petits faits de la vie quotidienne qui pourrait les troubler ou les angoisser ». Or, les soins de confort et de bien-être sont des actes de la vie quotidienne, tels que la toilette, l'habillage. De plus, comme l'explique l'auteur Sabine Parmentier<sup>59</sup>, Mélanie Klein stipulerait que le rôle de l'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie est de contourner l'angoisse, de la « dévier ». Le toucher pendant les soins infirmiers de confort et de bien-être peut donc provoquer un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie.

En effet, les actes de la vie quotidienne peuvent être source d'agressivité chez la personne. Or ces actes regroupent les soins de confort et de bien-être. Nous avons vu que durant ces soins, le toucher au sens contact physique est omniprésent et y joue un rôle. Le toucher va provoquer chez la personne un sentiment d'angoisse, généré également par le syndrome dissociatif de la schizophrénie.

Un sentiment entraînant une émotion, l'angoisse entrainera une émotion. Une émotion entraînant à son tour un comportement, la personne pourra alors adopter un comportement agressif face à ces soins du rôle propre infirmier. Il nous faut à présent étudier l'agressivité pour comprendre le comportement de la personne durant le toucher pendant un soin infirmier de confort et de bien-être.

### 3. L'agressivité:

Nous traiterons ici du thème de l'agressivité. Nous ne pouvons aborder ce dernier sans en donner une définition.

---

<sup>58</sup> GENTIS, Roger. *Les schizophrènes*. France: Scarabée . 1969. 91 pages. page 4. (Bibliothèque de psychiatrie pratique)

<sup>59</sup> PARMENTIER, Sabine. *Comprendre Mélanie Klein*. France : Armand Colin. 2009. 232 pages. Page 157 (Lire et comprendre)

Nous verrons ensuite son lien avec le corps chez la personne atteinte de troubles schizophréniques pour pouvoir souligner le lien entre agressivité et toucher pendant les soins infirmiers de confort et de bien-être et ainsi faire le lien de tous les concepts traités dans ce travail.

### 3.1 Définition de l'agressivité:

Dans les représentations sociales de notre époque, schizophrénie rime bien souvent avec agressivité ou dangerosité. Bien que ces deux termes-ci ne requièrent pas la même définition, voyons ce que signifie le terme d'agressivité.

Jacques van Rillaer<sup>60</sup> explique dans son ouvrage, que le terme d'agressivité serait récent et proviendrait du terme « agression », datant du XIV<sup>ème</sup> siècle. D'un point de vue étymologique, le terme « agressivité » proviendrait du latin « ad gradi », signifiant selon l'auteur: « marcher vers, marcher contre, entreprendre, interpellier ». Définir l'agressivité n'est pas une tâche aisée. Jacques van Rillaer explique que lors du procès de Nuremberg, « la question de la définition de l'agression » avait déjà été posée mais n'avait pu être résolue de manière satisfaisante.

L'auteur explique que s'il nous est difficile de définir ce terme, c'est parce que l'agressivité nous apparaît subjective, comme nous le montre Herbert Selg, psychologue Allemand. Il avait présenté à une classe d'étudiants sept situations. Ces derniers devaient chacun leur tour, définir si ces situations relevaient de l'agressivité ou non, au sens commun du terme. Et le psychologue avait pu observer bon nombre de désaccords pour chacune des situations.

Lors de mes pré-enquêtes, une des infirmières interrogées avait également souligné le caractère subjectif de l'agressivité. Elle décrit également la subjectivité d'un comportement agressif car, selon elle, chaque personne a propre perception et interprétation d'un comportement agressif. Malgré ces difficultés que nous nous devons d'évoquer, nous tenterons dans ce travail de donner une définition de ce qu'est l'agressivité, pour ensuite faire le lien avec l'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie et de son corps, lors du toucher pendant un soin infirmier de confort et de bien-être.

Laplanche et Pontalis donnent la définition la plus satisfaisante du terme d'agressivité, d'après Jacques van Rillaer.

---

<sup>60</sup> VAN RILLAER, Jacques. *L'agressivité humaine*. France: Mardaga. 1995. 268 pages. Pages 12,13 et 15. (Psychologie Et Sciences humaines, numéro 59)

Ils définissent celle-ci comme une « tendance ou ensemble de tendances qui s'actualisent dans les conduites réelles ou fantasmatiques, celles-ci visant à nuire à autrui, le détruire, le contraindre, l'humilier, ect. ».

Nous pourrions nous demander quelles seraient les manifestations d'un comportement agressif. Or, nous avons vu dans la partie problématisation de ce travail quelles étaient ces dernières. De plus, Jacques Von Rillaer stipule que celles-ci dépendent de la personnalité et du vécu de l'individu. Ainsi, il nous faut nous référer au paragraphe sur l'agressivité dans la problématisation pour connaître les manifestations d'un comportement agressif et garder en tête qu'elles peuvent varier d'un individu à un autre.

Après avoir défini ce qu'était l'agressivité, voyons à présent comment s'articulent les concepts de ce travail.

#### Mise en lien des concepts de ce travail:

Après avoir traité chaque concept de notre question de recherche, nous allons voir comment ces derniers s'articulent entre eux. Nous pourrions dire que la schizophrénie est une psychose.

Nous nous sommes intéressés à la dissociation du corps autrement appelé « morcellement » de la personne atteinte de schizophrénie. Cette dissociation se traduit par une incapacité à percevoir son propre corps comme un tout.

Ce morcellement se traduit de différentes manières chez la personne comme nous avons pu l'observer en nous intéressant aux ouvrages de Gisela Pankow. Nous avons vu que ce morcellement provenait de l'altération du « moi-peau » introduit par Didier Anzieu. Chez la personne atteinte de schizophrénie, le moi-peau sera perméable, avec des confusions entre le dedans et le dehors.

Nous nous sommes intéressés au toucher au sens contact physique durant les soins infirmiers de confort et de bien-être car c'est le sens qui « touche » directement au corps de la personne, corps qui requiert une signification bien particulière pour cette dernière. Le toucher ferait donc ressortir cette dissociation chez la personne. Nous avons vu que le toucher était source d'émotions puisqu'il touchait directement la peau de la personne. Nous avons vu que la dissociation créait chez la personne des sentiments d'angoisse, de vide, de morcellement.

Nous avons vu que le toucher va provoquer chez la personne un sentiment d'angoisse, généré également par le syndrome dissociatif de la schizophrénie. Nous avons fait le lien entre sentiment et émotion puisque nous avons vu qu'un sentiment amenait une émotion. La personne éprouve un sentiment d'angoisse face à son corps, or le toucher « touche » de manière directe ce même corps. Donc, un sentiment, lié à la dépersonnalisation de son corps, peut créer des émotions chez la personne atteinte de schizophrénie, lors du toucher pendant un soin infirmier de confort et de bien-être. Ces émotions vont aboutir à des comportements. Un comportement agressif par exemple. Ainsi, elle pourra se montrer agressive face à un soin de confort et de bien-être. Car les soins infirmiers touchent le corps de la personne mais plus précisément la peau.

Nous avons traité chacun des concepts présents dans notre question de recherche. Nous avons fait les liens entre ces derniers pour entrevoir la logique de ce travail. A présent, il nous faut procéder aux entretiens auprès d'infirmiers, pour pouvoir recueillir leurs expériences et leur point-de-vue, alimentés par leur expérience professionnelle. Ainsi, nous pourrions comparer le contenu de notre cadre conceptuel avec les dires des professionnels.

## Partie III : La phase exploratoire :

### 1. Enquêtes auprès de professionnels:

Méthode d'investigation: Dans le cadre de ce travail de fin d'études, des entretiens exploratoires auprès de professionnels seront menés. Ce travail utilisera la méthode d'investigation de l'entretien « semi-directif ». Ces derniers se feront auprès d'infirmiers diplômés d'état travaillant quotidiennement avec des personnes atteintes de schizophrénie. Il semble judicieux de les exploiter en service de psychiatrie et plus précisément vers un service dit « chronique ».

Durant la rédaction du guide d'entretien, je me suis aperçue, après discussion avec ma directrice de mémoire, que je posais des questions trop « fermées ». Or, l'intérêt d'un entretien semi-directif est de poser des questions ouvertes pour ensuite cibler les points en rapport avec mon sujet.

Ainsi, avec l'aide de ma directrice de mémoire, j'ai pu réajuster mes questions, cibler les concepts à développer et étoffer mes objectifs. Le guide d'entretien validé par la directrice de mémoire est donc semi-directif.

Population ciblée : Trois entretiens se sont déroulés auprès de trois professionnels infirmiers travaillant en service de long cours en psychiatrie. Nous avons choisi d'interroger des personnes de sexe différent pour avoir un panel significatif. Ainsi, les deux premiers entretiens ont eu lieu auprès de deux infirmiers et le troisième, auprès d'une infirmière. De plus, la durée d'exercice professionnel varie selon les interlocuteurs, toujours dans le but de présenter un échantillon élargi.

## 2. Analyse des entretiens menés auprès de professionnels de santé :

*Question une, objectif : Voir si l'expérience professionnelle de la personne a un impact sur la vision de la personne atteinte de schizophrénie et donc sur les différentes questions de cet entretien*

Dans la première question, nous pouvons remarquer que les trois infirmiers interrogés ont des années de diplôme et d'expérience professionnelles en psychiatrie différentes. Cette expérience professionnelle au sein d'un service psychiatrique varie de 3 ans à 31 ans. Toutefois, les trois professionnels ont commencé leur carrière infirmière directement en psychiatrie. Ces différences quant à la durée de leur exercice professionnel vont nous permettre de percevoir si cela peut avoir un impact sur les réponses aux différentes questions de cet entretien.

*Question deux, objectif : Voir si la personne a des connaissances concernant la dissociation corporelle de la personne atteinte de schizophrénie*

Au sein de la seconde question et face au terme de « personne atteinte de schizophrénie », nous remarquons que les termes de « délire », d'« isolement » et de « coupure » ou « altération de la réalité » apparaissent lors de chaque entretien.

Nous constatons que les professionnels emploient des termes relevant de la description clinique de la schizophrénie. Ainsi, l'infirmier ayant 31 ans d'expérience professionnelle en psychiatrie définit de prime abord la schizophrénie par le terme de « psychotique ». De plus, et toujours au sein de la description clinique, lors des deux derniers entretiens, nous observons la présence de symptômes liés à la schizophrénie comme les « troubles de la concentration », « l'aboulie », « l'apragmatisme », les « barrages » ou encore les « troubles du contact ». Selon deux infirmiers interrogés, la schizophrénie apparaît également être une pathologie « lourde » et « complexe ». En rapport avec cet aspect de la pathologie, le second infirmier relate d'un « accompagnement spécifique » de la personne atteinte de schizophrénie. Nous remarquons que le terme de « dissociation » apparaît lors des trois entretiens. Mais, si les trois infirmiers ont bien évoqué la dissociation, nous remarquons néanmoins qu'ils y ajoutent un sens bien particulier. En effet, le premier infirmier cite la dissociation mais sans y ajouter la notion de corporalité, contrairement au second professionnel qui relate du terme de « dissociation corporelle ».

Quant à la troisième infirmière interrogée, elle cite le morcellement et la dissociation mais différencie ces deux termes en stipulant que le morcellement est en lien direct avec le corps, contrairement à la dissociation. L'objectif de cette question était de percevoir si face au terme de « personne atteinte de schizophrénie », les infirmiers interrogés faisaient référence à la dissociation corporelle de la personne. Nous avons donc vu que les trois professionnels interrogés citaient le terme de « dissociation » afin de définir ce qu'était la schizophrénie. Voyons à présent comment ils définissent cette dernière et s'ils en font un lien avec le corps de la personne atteinte de schizophrénie.

*Question de « relance », objectif : Voir quel rapport la personne atteinte de schizophrénie entretient avec son corps*

Cette question, plus fermée, avait pour objectif de percevoir comment les professionnels définissent le terme de dissociation, puisqu'ils l'ont tous cité dans la précédente question.

De plus, elle permettait de voir si les professionnels faisaient le lien entre le terme de dissociation et le rapport que la personne souffrant de schizophrénie entretient avec son propre corps. Nous pouvons voir que seul le second infirmier, diplômé depuis 3 ans, introduit dans sa réponse le terme de morcellement.

Nous pourrions nous demander si, pour ce dernier, les termes de « morcellement » et de « dissociation » requièrent la même définition. Dans tous les cas, il associe le rapport au corps de la personne atteinte de schizophrénie au morcellement. De plus, un de ces deux professionnels, celui ayant 31 ans d'expérience, décrit un rapport au corps complexe chez la personne atteinte de schizophrénie, notamment pour se serrer la main dans le but de se saluer. La troisième infirmière interrogée, elle aussi décrit un « rapport très complexe » de la personne avec son propre corps. Elle décrit ledit rapport en relatant des adjectifs tels que « éparpillés » ou encore « désarticulés ». Le premier infirmier et la dernière infirmière interrogés relatent une incurie chez la personne, s'accompagnant d'une accumulation de couche de vêtements. Ils font donc de cette incurie un lien direct avec le corps de la personne et de sa manière de le « vivre ». La troisième infirmière cite le terme de « contenance » du corps de la personne atteinte de schizophrénie et fait le lien entre cette accumulation de vêtements et une contenance. En effet, selon elle, les vêtements permettraient de rendre l'enveloppe corporelle de la personne « plus imperméable ». Elle rejoint sur ce point le premier infirmier interrogé qui relate le fait que les vêtements sont pour la personne atteinte de schizophrénie une « seconde peau ».

En lien avec la contenance évoquée précédemment, le premier infirmier interrogé relate d'un « remplissage » du corps de la personne souffrant de schizophrénie par la consommation de grandes quantités d'eau (ce qu'on appelle potomanie) et de nourriture (appelée hyperphagie). Ces comportements ont pour but chez la personne atteinte de schizophrénie de « combler un vide » selon l'infirmier.

Toujours en lien avec l'enveloppe corporelle de la personne souffrant de schizophrénie, l'infirmière relate d'une « altération du schéma corporel » avec une absence de conscience de l'appartenance des différents membres du corps chez la personne. Elle compare l'enveloppe corporelle de la personne à une « bulle » et stipule également une absence de limite entre « l'extérieur et l'intérieur », ce qui, selon elle, se caractérise par une confusion de la personne entre le « dedans » (son enveloppe corporelle) et le « dehors » (son environnement).

L'infirmière appuiera ses propos en relatant dans la question quatre, que certaines personnes atteintes de schizophrénie, ont parfois l'impression que l'eau pénètre dans leur corps.

L'environnement de la personne atteinte de schizophrénie est aussi évoqué lors de l'entretien avec le second infirmier. En effet, ce dernier relate un lien fait entre le rapport que la personne atteinte de schizophrénie entretient avec son corps et son environnement.

Pour appuyer ses propos, il donne l'exemple d'un homme, qui, pendant les soins, déclare être une femme et bientôt enfanter. De plus, il stipule que le rapport au corps de la personne dépendra de la présence d'« hallucinations », en lien avec un syndrome dissociatif. Toujours concernant le rapport que la personne atteinte de schizophrénie entretient avec son corps, le premier infirmier et la troisième infirmière interrogés évoquent d'ores et déjà le soin d'hygiène comme difficile chez la personne (la douche pour l'une et la toilette pour l'autre), ce qui nous amène à la question suivante.

*Question trois, objectif : voir si il y a un lien entre les soins de confort et de bien-être et le vécu dissociatif du corps de la personne atteinte de schizophrénie*

La troisième question avait pour objectif de percevoir si, selon les professionnels interrogés, il y a un lien entre les soins d'hygiène et de confort et le vécu dissociatif du corps chez la personne atteinte de schizophrénie. Nous avons précédemment vu que deux infirmiers sur trois citaient déjà lors de la question deux les soins d'hygiène comme étant compliqués chez cette personne, en relation avec la dissociation de son corps.

Dans cette troisième question, nous remarquons que les trois infirmiers interrogés définissent en priorité les soins d'hygiène comme faisant ressortir le morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie. Le second infirmier interrogé stipule que ce sont tous les actes de la vie quotidienne ayant un rapport au corps de la personne qui peuvent créer ce syndrome dissociatif.

Nous pouvons faire le rapprochement avec un accompagnement spécifique de la personne, dont cet infirmier avait parlé dans la question deux. Car si les actes de la vie quotidienne liés au corps, provoquent un syndrome dissociatif chez la personne, cela demandera un accompagnement spécifique de cette dernière. Le premier infirmier interrogé décrit également comme faisant ressortir le syndrome dissociatif tous les soins ayant un rapport avec le corps de la personne et le second infirmier relate que le corps est « au cœur » des soins d'hygiène. Concernant ces soins d'hygiène, le deuxième infirmier et la troisième infirmière interrogés les décrivent respectivement comme étant « invasifs » et « envahissants ».

Le second infirmier, pour appuyer ses propos, relate l'exemple d'une personne souffrant de schizophrénie au sein de son service, pour qui les soins d'hygiène sont « compliqués » et précise le rôle de l'infirmier de rassurer et de « préparer » la personne à ces soins. Le second infirmier relate le fait que le morcellement provoqué par ces soins peut se manifester plus tard dans la journée et pas forcément pendant ce dernier. Les premier et second infirmiers interrogés stipulent que les soins « plus techniques » peuvent également provoquer un syndrome dissociatif chez la personne. Il est intéressant de constater que concernant ces soins techniques, le premier infirmier donne l'exemple de la prise de sang et que le second infirmier explique que les soins techniques ayant un rapport avec le sang, peuvent générer de la dissociation. Ainsi, la prise de sang ayant un rapport plus que direct avec le sang de la personne, cela permet de comprendre pourquoi ces deux infirmiers font le rapprochement entre les soins liés au corps et le syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie. D'autre part, dans la question de relance, le second infirmier interrogé citait le lien entre le psychique et le physique de la personne. Or, dans cette troisième question, l'infirmière souligne également ce lien et introduit le toucher en expliquant qu'il peut servir de « test » pour apprécier l'état psychique de la personne puisque le « psychique » et le « physique » sont liés. De plus et en lien avec le toucher, toujours dans la question deux, l'infirmier citait un rapport de la personne compliqué au toucher.

Dans la question trois, l'infirmière interrogée définit comme faisant ressortir une dissociation chez la personne atteinte de schizophrénie le toucher durant les soins d'hygiène. Toujours en rapport avec le toucher, le second infirmier et la troisième infirmière interrogés relatent la complexité de toucher une personne « qu'on ne connaît pas », que ce soit pour une personne atteinte de schizophrénie ou une personne ne souffrant pas de cette pathologie.

Selon l'infirmière, le toucher peut s'avérer être « invasif » pour la personne. Cette même infirmière décrit les soins d'hygiène tels que la douche pouvant être « angoissants » pour la personne souffrant de schizophrénie. Ce qui nous permet de faire le lien avec la question suivante qui a pour objectif de voir si les soins d'hygiène et de confort peuvent générer de l'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie en lien avec un syndrome dissociatif.

*Question quatre, objectif : voir si les soins de confort et de bien-être génèrent un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie*

La quatrième question avait pour objectif, comme nous l'avons vu précédemment, de définir si il y a un lien entre les soins d'hygiène et de confort et un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie. Lors de la question précédente, la troisième infirmière définissait déjà comme « angoissant » pour la personne les soins d'hygiènes tels que la douche. Dans cette quatrième question, elle réitère le terme d' « angoisse », tout comme le premier infirmier interrogés et l'utilise pour décrire ce que peut ressentir une personne souffrant de schizophrénie face à un soin d'hygiène. Afin de contrer ces angoisses liés à une inversion du « dehors » et du « dedans », la troisième infirmière décrit des « rituels » mis en place par la personne durant les soins d'hygiène comme placer un gant de toilette devant une partie du corps. De plus, les deux infirmiers décrivent cette « angoisse » durant les soins d'hygiène mais expliquent également qu'en général, la personne ressent une « satisfaction », un « bien-être » après ces soins. Le second infirmier relate la « colère » que peut provoquer un soin d'hygiène considéré comme « invasif » chez la personne atteinte de schizophrénie. Il cite également un « refus », accompagné de « somatisations » durant ces soins alors que la troisième infirmière décrit un « repli sur soi ». Concernant le comportement causé par l'angoisse ressentie par la personne, la troisième infirmière décrit des « cris », une « agitation » et de « l'agressivité ».

Elle décrit également les manifestations de ce comportement agressif en relatant les « insultes verbales », les « cris », la « violence physique » ou encore « l'hétéro-agressivité ». Le second infirmier relate également d'un comportement agressif provoqué par les soins d'hygiène mais stipule qu'il ne rencontre que très peu ce comportement car son rôle est justement de prévenir ce dernier.

Quant au premier infirmier interrogé, il décrit dans la question une un comportement agressif de la personne lorsqu'on l'interrompt pendant son « remplissage ». Chacun des soignants interrogés évoquent donc un comportement agressif de la personne. Alors que deux des infirmiers font un lien entre les soins d'hygiène et de confort et ce comportement agressif, le dernier infirmier ne relate pas de ce comportement durant les soins d'hygiènes mais lors des actes de la vie quotidienne, comme le repas et lorsque la personne est interrompue durant ce qu'il appelle « le remplissage ».

Nous avons donc procédé à l'analyse des trois entretiens menés auprès d'infirmiers dans le cadre de ce travail de fin d'études.

Nous avons pu synthétiser leurs réponses, d'ores et déjà faire ressortir les idées fortes et celles qui pourront alimenter ou être comparées à notre cadre conceptuel. Nous avons également pu faire des liens entre certaines réponses des différents professionnels interrogés. Nous pouvons donc à présent procéder à la comparaison entre l'analyse de ces entretiens et notre cadre conceptuel, afin de voir quels en sont les points communs et les divergences.

### 3. Discussion :

#### Présentation des professionnels interrogés :

Tout d'abord, rappelons-nous qu'afin d'étayer notre travail, nous avons choisi de mener trois entretiens auprès d'infirmiers travaillant en psychiatrie. Ces trois professionnels exercent le métier d'infirmier dans des services dits « de longue durée » et sont en contact quotidien avec des personnes atteintes de schizophrénie. La première question de cet entretien avait pour but, rappelons-le, de connaître l'année de diplôme des infirmiers interrogés et depuis quand ils exercent leur profession en psychiatrie afin de voir si ces données pouvaient influencer les réponses aux questions de l'entretien.

Nous avons vu que les professionnels interrogés ont une durée d'exercice du métier d'infirmier en psychiatrie différente, qui sont respectivement de 31 ans pour le premier infirmier, 3 ans pour le second et 10 ans pour la troisième infirmière interrogée.

#### Schizophrénie et syndrome dissociatif :

Comme nous l'avons précédemment vu, la seconde question de ce guide d'entretien avait pour objectif de percevoir si, face au terme de « personne atteinte de schizophrénie », les infirmiers interrogés évoquaient le terme de dissociation corporelle. En effet, au sein de notre cadre conceptuel, bien qu'ayant pris connaissance des différents symptômes définissant la pathologie de schizophrénie, nous avons décidé de traiter de la dissociation corporelle. Les infirmiers interrogés relatent certains symptômes qui, selon eux, caractérisent la schizophrénie.

En effet, nous retrouvons dans l'analyse des entretiens des termes tels que les « troubles de la concentration », « l'aboulie », « l'apragmatisme », les « barrages » ou encore les « troubles du contact ». Nous avons vu au sein de notre cadre conceptuel que le syndrome dissociatif, plus communément appelé « dissociation » regroupent des symptômes tels que des « troubles du cours de la pensée », la « désorganisation de la vie affective et du comportement » ou encore une « dépersonnalisation ». Mais selon les auteurs Mazda Shahidi et Serge Tribolet<sup>61</sup>, les termes évoqués par les infirmiers font aussi partie du syndrome dissociatif caractérisant la schizophrénie. Nous n'avons pas cité les termes évoqués précédemment par les infirmiers mais il semblerait néanmoins que ces derniers aient servis aux professionnels pour introduire celui de « dissociation » comme nous le verrons plus tard. Ce qui paraît logique puisque l'ensemble de ces symptômes fait partie du syndrome dissociatif. Le but dans cette question était donc de voir si de manière spontanée, les professionnels évoquaient ce terme de dissociation et ainsi de voir si ce terme leur était connu. Il est tout d'abord intéressant de constater que seul un infirmier associe la personne atteinte de schizophrénie au terme de « psychotique ». Au sein de notre cadre conceptuel, nous avons défini la schizophrénie comme faisant partie de la « famille » des psychoses.

Nous avons en effet vu que le terme de « psychotique » s'appliquait à une personne dont la perception de la réalité et du monde qui l'entoure est erronée. Nous avons vu que Sigmund Freud définissait la psychose comme « conflit entre le Moi et le Monde ».

Cette expression de « conflit entre Moi et le Monde » semble s'appliquer à la pathologie qu'est la schizophrénie puisque comme nous l'avons vu dans notre cadre conceptuel, le « moi-peau » caractérisant notre « moi-psychique » alimenté par les interactions de notre « moi-physique » avec notre environnement se trouve altéré chez la personne atteinte de schizophrénie. Il y a donc en effet ce qu'on pourrait appelé un « conflit » entre la personne et son environnement. Entre son « Moi » et « le monde » donc. Nous avons cherché à comprendre pourquoi un seul infirmier interrogé a évoqué ce terme de « psychotique ». Etant donné que cet infirmier est celui ayant le plus d'années d'expérience professionnelle, nous avons soumis l'hypothèse que désormais, le terme de « psychose » n'était plus employé.

---

<sup>61</sup> SHAHIDI, Mazda, TRIBOLET, Serge. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. France : Heures de France. 2011. 456 pages. Pages 17, 27, 39. (Guide professionnels de santé mentale).

Après avoir procédé à maintes recherches sur le sujet, notamment dans le DSM IV et le CIM XX, nous nous sommes aperçus que ce terme de « psychotique » est encore très largement employé. Ces recherches furent difficiles car certains sites internet stipulent que nous ne devons plus employer le terme de « psychose ». Or ces sites nous apparaissaient peu fiables. D'autre part, nous avons pu voir que des termes tels que « délire », « isolement » et « coupure » ou « altération de la réalité » apparaissaient fréquemment lors des entretiens menés pour définir la personne atteinte de schizophrénie. Comparons ces termes avec le contenu de notre cadre conceptuel. Car si les infirmiers interrogés relatent le terme de « délire », nous nous apercevons que ce dernier apparaît également au sein de notre cadre conceptuel. Dans notre paragraphe traitant de la personne atteinte de schizophrénie, nous avons vu que les auteurs Jean-Louis Pardinielli et Guy Gimenez<sup>62</sup> utilisent le « délire » pour définir ce qu'est la schizophrénie. Plus précisément, ils évoquent les termes de « perception délirante » ou encore la présence d' « idées délirantes ». Nous pouvons donc voir que les auteurs cités dans notre cadre conceptuel et les infirmiers interrogés évoquent le terme de « délire » face à celui de « personne atteinte de schizophrénie ».

Ce qui nous amène au terme suivant, évoqué majoritairement lors des trois entretiens, celui de « coupure » ou « altération de la réalité ». Car nous aurions tendance à associer les termes de « délire » et d' « altération de la réalité ».

C'est d'ailleurs ce que décrit le psychologue clinicien Claude Savinaud<sup>63</sup> en stipulant que la « clinique psychiatrique contemporaine » met en avant un lien entre ces deux termes-ci.

Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les auteurs Jean-Louis Pardinielli et Guy Gimenez évoquent le terme de « perception délirante ». Car ce terme sous-entend une perception délirante de la réalité et permet ainsi de faire le lien entre altération de la réalité et délire. Au sein de notre cadre conceptuel, nous évoquons également une perception erronée de la réalité chez la personne souffrant de schizophrénie dans le paragraphe sur la psychose. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, nous avons défini la schizophrénie comme faisant partie de la « famille » des psychoses. Or, Paul Wiener, dans notre cadre conceptuel, définit la personne atteinte de troubles psychotiques comme ne percevant pas « le monde qui l'entoure ainsi que les souvenirs qui s'y rapportent de manière réelle ».

---

<sup>62</sup> PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages. Page 80 (Psychologie 128)

<sup>63</sup> SAVINAUD, Claude. *Fondations subjectives de la Pensée*. France: L'harmattan. 2004. 359 pages. Page 108

Nous introduisons également le terme de « perception erronée de la réalité » afin de définir ce qu'est la dissociation décrite par Gisela Pankow comme « conflits de la spatialité du corps vécu ».

La schizophrénie se trouve bien être une forme de psychose puisque l'altération de la réalité est présente autant dans la psychose que dans la schizophrénie. Nous associons donc l'altération de perception de la réalité avec le syndrome dissociatif. Nous avons vu, au sein de notre cadre conceptuel que la dissociation est le fait que la personne ne perçoive plus son corps comme un tout, une unité. Afin d'illustrer ces propos, nous avons décrit la situation de Véronique, une jeune femme qui percevait la jambe d'un homme comme moyen pour lutter contre la faim, et non comme faisant partie du corps humain dans son unité. La perception erronée de la réalité de la personne souffrant de schizophrénie serait donc l'incapacité à considérer le corps comme un tout, une « entité » comme le stipule Gisela Pankow. Pour l'instant et au regard des différents termes présents lors des entretiens, nous voyons que tous sont présents au sein de notre cadre conceptuel et tous ont un lien avec le terme de dissociation. Terme que nous analyserons plus tard dans ce paragraphe. Un autre terme cité plusieurs fois lors des entretiens menés auprès d'infirmiers est celui d' « isolement ». Nous pourrions nous demander à quoi associer ce dernier. Car le terme d' « isolement » tout seul ne nous apporte pas grand-chose. Pour mieux le comprendre et pouvoir faire le lien avec notre travail, reportons-nous au premier entretien avec l'infirmier exerçant sa profession en psychiatrie depuis 31 ans. Ce dernier évoquait le terme d' « isolement » et l'associait chez la personne atteinte de schizophrénie à un « retrait dans son délire, dans son monde ».

L'autre infirmière qui évoquait ce même terme d' « isolement » ne définissait pas ce dernier mais l'assimilait dans la même phrase au terme de « délire ».

Il nous a donc été difficile d'analyser ses propos mais nous pourrions émettre l'hypothèse que l'infirmière associait également le terme d' « isolement » à un « retrait » de la personne dans « son monde ». « Dans son monde ». Ce bout de phrase utilisé par le premier infirmier interrogé pourrait nous ramener à un terme employé par la troisième infirmière qui est celui de « bulle » pour parler de l'enveloppe corporelle de la personne atteinte de schizophrénie. Nous analyserons dans le paragraphe deux ces termes employés par les infirmiers interrogés. De plus, selon deux infirmiers interrogés, la schizophrénie est évoquée comme une pathologie « lourde » et « complexe », nécessitant un « accompagnement spécifique ». Nous avons évoqué cette dimension « complexe » de la pathologie dans notre cadre conceptuel.

Et que de fait, il nous était difficile de trouver des auteurs s'accordant sur le terme de « dissociation » et de « morcellement ».

Dans la question deux, un infirmier fait d'ailleurs le lien entre cet « accompagnement spécifique » qu'il évoque ici et le syndrome dissociatif de la personne puisque, comme nous l'avons vu, la personne « vit » son corps de manière spécifique en rapport avec ce syndrome dissociatif. En conséquent, l'accompagnement se devra d'être adapté à la personne et donc « spécifique ». Nous faisons ainsi le lien avec le terme de « dissociation » puisque l'objectif de cette question était de voir si ce même terme était évoqué spontanément par les infirmiers pour décrire la personne atteinte de schizophrénie. Le terme de « dissociation » apparaît lors des trois entretiens menés auprès des infirmiers mais endosse dans chacun d'eux un sens bien particulier. En effet, alors que le premier infirmier relate de la « dissociation », il n'y ajoute pas le terme de « corporalité », contrairement au second infirmier qui cite une « dissociation corporelle ». La troisième infirmière relate du terme de « dissociation » et de celui de « morcellement ». Elle ajoute que ces deux termes-ci lui apparaissent différents l'un de l'autre puisque le morcellement est plus en rapport avec la dimension corporelle de la personne, contrairement à la dissociation. Au sein de notre cadre conceptuel, nous avons vu que Gisela Pankow définit la dissociation comme « conflits de la spatialité du corps vécu ». Muni de cette définition, le terme de « dissociation » semblait être en accord avec le thème de notre travail puisque nous souhaitions étudier la dimension corporelle de la personne atteinte de schizophrénie et sa manière de la « vivre ».

De plus, selon les auteurs Bernard Granger et Jean Naudin, étymologiquement, les termes de « dissociation » et de « morcellement » requièrent la même définition. Nous pouvons alors nous demander pourquoi l'infirmière interrogée différencie ces deux termes.

Nous avons vu dans notre cadre conceptuel que la dissociation définissait de manière précise la schizophrénie et le vécu de la spatialité du corps de la personne. Nous avons vu que les conséquences de cette dissociation du corps entraînaient des angoisses de morcellement. Plus précisément, ces angoisses comme nous l'avons vu, selon les auteurs Stacey Callahan et Henri Chabrol seraient des conséquences de la dépersonnalisation, qui fait partie du syndrome dissociatif. Ainsi, le morcellement serait lié à la dissociation et en serait une conséquence. Le morcellement serait donc plus centré sur la dimension corporelle de la personne comme le stipulent les auteurs Jean-Louis Pardinielli et Guy Gimenez ainsi que l'infirmière interrogée.

Voyons à présent comment les infirmiers interrogés définissent le terme de « dissociation », terme cité majoritairement durant les entretiens. Quel lien en font-ils avec le rapport qu'entretient la personne souffrant de schizophrénie avec son corps ?

### La dissociation corporelle et le « vécu » du corps :

Comme nous l'avons vu précédemment, chacun des trois infirmiers interrogés évoquent spontanément le terme de « dissociation » pour décrire la personne atteinte de schizophrénie. Nous avons alors décidé de poser une question aux professionnels, plus centrée sur le terme de dissociation. Notre objectif était de percevoir comment ces derniers définissent la dissociation chez la personne atteinte de schizophrénie et s'ils en font un lien avec le rapport qu'entretient la personne avec son propre corps. Nous avons pu noter, durant l'analyse de ces trois entretiens, que deux des infirmiers interrogés décrivent un rapport au corps de la personne atteinte de schizophrénie « complexe », voire « très complexe » selon la troisième infirmière. Cette complexité du rapport que la personne atteinte de schizophrénie entretient avec son corps semble résumer une large partie de notre travail. En effet, au sein de notre cadre conceptuel, nous avons défini ce qu'était la dissociation selon la psychiatre Gisela Pankow et nous avons vu comment cette dissociation se traduisait par le biais de l'exemple de Véronique, jeune femme atteinte de schizophrénie.

Puis nous nous étions demandé comment, face à cette dissociation, la personne « vivait » son corps et quel rapport elle entretenait avec ce dernier. Si pour les infirmiers interrogés, ce rapport s'avère être « complexe », nous avons vu que face à la dissociation qui caractérise les personnes souffrant de schizophrénie et que Gisela Pankow définit comme « destruction de l'image du corps », le rapport au corps s'avère être particulier.

En effet, nous avons vu que la personne atteinte de schizophrénie pouvait « vivre » son corps de manière singulière. Selon Gisela Pankow, cela se traduit par différentes réactions: la totalité du corps de la personne peut être remplacée par une partie seulement. Ainsi, nous avons illustré ces propos en évoquant un extrait de l'ouvrage « Bruges la morte » de Georges Rodenbach où Hugues, un jeune enfant, voyait en une chevelure féminine l'intégralité de la femme défunte. Seule la troisième infirmière interrogée, elle, relate chez la personne atteinte de schizophrénie une « altération du schéma corporelle » qui se manifeste par l'absence de conscience de l'appartenance des différents membres du corps.

Ainsi, et comme nous avons pu le voir au sein de notre cadre conceptuel, une partie du corps peut perdre son sens d'appartenance à ce dernier en endossant une toute autre fonction. C'est pourquoi nous avons introduit l'exemple de Véronique, une jeune femme pour qui la jambe perdait son sens d'appartenance au corps et prenait la fonction de nourriture pour pallier la faim.

L'infirmière rejoint donc notre cadre conceptuel et les propos de Gisela Pankow qui définit comme dissociation le « conflit de la spatialité du corps vécu », contrairement aux deux autres professionnels qui ne le relatent pas. Certaines parties du corps peuvent également apparaître dans le « monde externe », sous-entendu l'environnement de la personne. Ces « débris de corps » comme le caractérise la psychiatre peuvent également apparaître à la personne sous formes « d'hallucinations auditives et visuelles ». Le second infirmier interrogé relate de ces hallucinations qui selon lui, sont propres au syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie. Il relate également le fait que le rapport que la personne entretient avec son corps dépend de la présence ou non de ces hallucinations. Les dires de cet infirmier sont en congruence avec ceux de Gisela Pankow puisque ces hallucinations sont pour la personne une manière de « vivre » son corps et selon leur présence ou non, le rapport au corps ne sera pas le même. Toujours selon la psychiatre, comme nous l'avons vu, il peut également y avoir une « confusion de l'intérieur et de l'extérieur ».

Ce dernier point cité dans notre cadre conceptuel nous ramène aux propos de la troisième infirmière interrogée qui relatent d'adjectifs tels que « éparpillés » ou encore « désarticulés » pour décrire ce rapport au corps qu'entretient la personne atteinte de schizophrénie. Car, si il y a confusion entre l'intérieur et l'extérieur, alors oui, la personne peut se sentir « éparpillée » voire « désarticulée » de son propre corps.

Et face à ces différentes « perceptions » du corps de la personne atteinte de schizophrénie, certains actes de la vie quotidienne peuvent en effet apparaître « complexes », comme le stipule le premier infirmier interrogé lorsqu'il évoque la poignée de main pour se saluer. Afin d'expliquer la cause de cette dissociation d'un point-de-vue corporelle, nous avons introduit le concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu et vu que c'est l'altération de ce « Moi-peau » qui est à l'origine du syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie. La troisième infirmière interrogée relate cette « altération du schéma corporel ».

En effet et pour introduire cette altération, nous avons vu que Didier Anzieu définit comme « moi-peau » notre enveloppe corporelle qui a pour fonctions de contenir les organes, de délimiter le corps du dedans et du dehors, de protéger des agressions extérieures et de mettre en contact le sujet avec son environnement. Didier Anzieu stipule par ailleurs que l'enveloppe corporelle du sujet qu'il appelle « moi physique », en contact avec l'environnement, va créer un « moi psychique ». Ainsi, nous avons vu que l'individu n'existe que parce qu'il est en relation. Selon le concept de « Moi-peau », le physique et le psychique sont étroitement liés puisque le corps psychique se nourrit du corps physique en contact avec l'environnement de la personne.

Ce lien entre le psychique et le physique de la personne, deux des infirmiers le relatent dans la troisième question. D'autre part, dans notre cadre conceptuel, nous avons comparé cette définition du « Moi-peau » de Didier Anzieu à une métaphore: « Il est dans sa bulle ». Nous avons vu que comme l'est une bulle, le « Moi-peau » est une carapace où se « construit » la personne. La troisième infirmière interrogée compare également l'enveloppe corporelle de la personne atteinte de schizophrénie à une « bulle ». Elle relate ce terme pour introduire l'altération du « moi-peau » chez la personne souffrant de schizophrénie. En effet, si le rapport au corps de la personne atteinte de schizophrénie apparaît si « complexe », c'est qu'il y a altération des fonctions de ce « moi-peau ». Nous avons vu que chez cette personne, le « moi-peau » va apparaître comme « transparent », « perméable », il se noie dans son environnement et devient passoire. Ce que la troisième infirmière relate lors de l'entretien: elle stipule une absence de limite entre « l'extérieur et l'intérieur ».

Selon elle, cette absence de limite va se caractériser par une confusion de la personne entre le « dedans » et le « dehors ». Elle appuie ses propos dans la question quatre en relatant que certaines personnes atteintes de schizophrénie ont parfois l'impression que l'eau pénètre dans leur corps.

L'infirmière rejoint les auteurs Jean-Louis Pedinielli et Guy Gimenez, qui stipulent que le « moi-peau » perméable, sous-entendus sans limite, provoque des « confusions » ou une « inversion dedans-dehors ». De plus, la personne se trouvera dans l'incapacité à donner une contenance « à une expérience ou à un objet ». Il y a donc « confusion » entre l'enveloppe corporelle et l'environnement de la personne. Cet environnement de la personne atteinte de schizophrénie est également introduit par le second infirmier interrogé. Il souligne en effet le lien entre la manière dont la personne « vit » son corps et l'environnement de cette dernière.

Pour illustrer ses propos, il donne l'exemple d'un homme, qui, pendant les soins, déclare être une femme et bientôt devoir enfanter. Les auteurs Sadeq Haouzir et Amal Bernoussi stipulent également qu'il y a altération de la fonction « pare-excitation » du « moi-peau » chez la personne atteinte de schizophrénie. Cette fonction permet de protéger « la psyché des stimulations externes » dans le but « d'en diminuer les excès et de les réguler ». L'altération de cette fonction a pour conséquence chez la personne la sensation d'être « commandée » par des forces extérieures, d'être violée de ses idées et sentiments. Il apparaît important de réitérer ce concept de « moi-peau » et son altération chez la personne atteinte de schizophrénie pour pouvoir comparer nos recherches avec les dires des infirmiers interrogés.

En effet, deux des infirmiers interrogés évoquent le fait que la personne atteinte de schizophrénie se vêt d'une importante couche de vêtements et fait preuve d'incurie. La troisième infirmière définit cette accumulation de vêtements par le terme de « contenance ». Elle va plus loin et décrit les vêtements de la personne auraient pour fonction de rendre l'enveloppe corporelle plus « imperméable ». Le premier infirmier lui, relate le terme de « seconde peau » pour décrire le rôle des vêtements chez la personne atteinte de schizophrénie. Si ces termes nous apparaissent familiers, c'est parce que Didier Anzieu, comme nous l'avons précédemment vu, stipule que l'enveloppe corporelle permet de « contenir » les organes. Or, comme nous l'avons vu, chez la personne atteinte de schizophrénie, les différentes fonctions du « moi-peau » se trouvent altérées. Donc, la fonction de « contenance » également puisque le « moi-peau » de la personne apparaît comme transparent, perméable.

Il apparaît donc logique que la personne atteinte de schizophrénie se serve de ses vêtements pour pallier l'altération de cette fonction du « moi-peau » et rendre celui-ci « plus imperméable ». Ces habits font alors office de « seconde peau » dans le but même de pallier cette perméabilité du « moi-peau ».

De plus, le premier infirmier interrogé décrit un « remplissage » de la personne par des comportements à type de potomanie ou d'hyperphagie. Selon lui, cela aurait pour but pour la personne atteinte de schizophrénie de « combler un vide ». Ce « vide » que relate l'infirmier nous ramène à l'altération du « moi-peau » chez la personne. En effet, chez celle-ci, le « moi-peau » se trouvera amputé de sa fonction de « contenance » et s'il y a absence de contenance, alors la personne se percevra comme « vidée ».

C'est d'ailleurs ce que stipulent les auteurs Jean-Louis Pedinielli et Guy Gimenez dans notre cadre conceptuel en expliquant que la personne se vit comme « un œuf à la coquille trouée, qui se vide de son blanc, voire de son jaune ». Selon l'infirmier interrogé, pour « combler » ce « vide » ressenti, la personne atteinte de schizophrénie aura donc tendance à ingurgiter de l'eau ou des aliments en grande quantité. La nourriture aura alors la même fonction que les vêtements: celle de pallier une absence de « contenance » liée à un « moi-peau » perméable.

Toujours concernant l'enveloppe corporelle de la personne atteinte de schizophrénie et le rapport que cette dernière entretient avec son propre corps, le premier infirmier et la troisième infirmière interrogés évoquent la difficulté des soins d'hygiène chez la personne. Or, nous verrons dans le prochain paragraphe en quoi les soins d'hygiène font ressortir le syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie.

Dans le paragraphe précédent, nous avons vu ce comment les infirmiers interrogés définissaient le terme de « dissociation » et le lien mis en évidence avec la manière de « vivre » son corps chez la personne atteinte de schizophrénie. Nous avons également vu que la plupart des infirmiers interrogés faisaient référence au « moi-peau » étudié dans notre cadre conceptuel et évoquaient son altération en lien avec le syndrome dissociatif de la personne.

Toujours dans le paragraphe précédent, deux des infirmiers interrogés introduisaient d'ores et déjà la difficulté des soins d'hygiène liés au rapport que la personne atteinte de schizophrénie entretient avec son corps.

### Dissociation et soins infirmiers du rôle propre :

L'objectif de cette question trois était de percevoir si les professionnels interrogés lors des entretiens faisaient un lien entre ces soins d'hygiène et de confort et la dissociation propre à la personne atteinte de schizophrénie. L'objectif était également de voir si les infirmiers évoquaient le toucher durant ces soins et en faisaient un lien avec le syndrome dissociatif de la personne.

Durant l'analyse des entretiens, nous avons pu voir que le second infirmier interrogé relate le fait que ce sont tous les actes de la vie quotidienne ayant un rapport au corps de la personne qui provoquent cette dissociation. De manière plus précise encore, il relate que ce sont tous les soins cette fois-ci, ayant un rapport avec le corps qui font ressortir ce morcellement chez la personne. Le premier infirmier interrogé partage les dires de ce dernier sur la présence d'un lien entre le morcellement et les soins directement liés au corps de la personne. Nous avons vu au sein de notre cadre conceptuel et comme le stipule Antoine Bioy, que dans chaque soin, qu'il soit « technique » ou « relevant à proprement parler du rôle infirmier », sous-entendu le rôle propre, le toucher est « inéluctable ». Les infirmiers interrogés ne relatent pas de la présence du toucher dans chaque soin infirmier mais semblent tout de même y faire un lien puisqu'ils introduisent plus tard la notion de toucher en rapport avec ces soins. Nous avons vu dans notre travail que le toucher a un rapport avec le corps de la personne. C'est pour cela que nous avons introduit la notion de toucher au sens contact physique.

Or, comme nous l'avons vu, la personne atteinte de schizophrénie « vit » son corps de manière « complexe » comme le stipulent les professionnels interrogés, en lien avec le syndrome dissociatif qui caractérise la pathologie. Donc, comme nous l'avons vu, le toucher, puisqu'il a un rapport direct avec le corps de la personne, fait ressortir ce syndrome dissociatif. Ce que relate également l'infirmière en stipulant que c'est le toucher durant les soins d'hygiène qui fait ressortir le syndrome dissociatif chez la personne. Si le toucher apparaît omniprésent dans chaque soin, alors nous pouvons dire que ce sont les soins qui ont un lien direct avec le corps de la personne qui font ressortir le morcellement. Plus précisément, c'est le toucher dans ces soins qui le fait ressortir. Dans notre cadre conceptuel, nous avons donc évoqué le fait que le toucher, puisqu'il a un rapport avec le corps de la personne souffrant de schizophrénie, fait ressortir le syndrome dissociatif de cette dernière. Mais si nous avons fait le rapprochement entre les soins et la notion de toucher, nous n'avons pas stipulé que tous les soins, puisqu'il y a le toucher, provoquent cette dissociation.

Or, il apparaît que lors des entretiens menés, les soins apparaissent en premier lieu comme cause du syndrome dissociatif. Nous verrons plus tard comment est introduit la notion de toucher. Deux des infirmiers interrogés relatent donc le fait que certains soins « plus techniques » peuvent faire ressortir ce morcellement. Car, dans ces soins, il y a aussi la notion de toucher comme nous l'avons vu dans notre cadre conceptuel.

A titre d'exemple, le premier infirmier évoque le prélèvement sanguin et le second infirmier évoque tous les soins « techniques » ayant un rapport avec le sang. Or le sang est un composant de notre corps et est donc en lien direct avec ce dernier, comme le stipule le second infirmier lors de l'entretien. Et si tous les soins ayant un rapport avec le corps peuvent faire ressortir le morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie, alors nous comprenons pourquoi certains soins « plus techniques » comme la prise de sang ont également cette conséquence.

Le second infirmier relate, lui, que le corps est au « cœur » des soins d'hygiène. Ceci semble rejoindre ce que nous avons vu dans notre cadre conceptuel. En effet, les auteurs Antoine Bioy et Damien Fouques stipulent que plus nous nous éloignons du soin dit « techniques » et plus la relation à la personne sera une relation intime, puisque nous nous intéresseront d'avantage à sa dimension corporelle. Le soin d'hygiène étant alors d'avantage centré sur la dimension corporelle de la personne, nous rejoignons donc les propos de cet infirmier. Rappelons-nous que selon les professionnels interrogés, les soins faisant ressortir le syndrome dissociatif de la personne sont les soins en rapport avec le corps de cette dernière.

Ce qui nous permet d'introduire les propos des trois infirmiers interrogés puisqu'au sein de cette question, ces derniers définissent en priorité les soins d'hygiène comme faisant ressortir le syndrome dissociatif chez la personne atteinte de schizophrénie. Or, comme nous avons pu le voir dans notre problématisation, les soins d'hygiène comprennent des actes comme « la toilette, les autres soins d'hygiène corporelle [...] ». Ces derniers font également partie des soins de confort et de bien-être, autour desquels nous avons travaillé au sein de notre cadre conceptuel. En effet, puisque le corps de la personne est au « cœur » des soins d'hygiène alors il paraît logique que la notion de toucher y soit présente, car, comme nous l'avons vu dans notre cadre conceptuel, le toucher prend un rôle particulier de mise en confiance dans une relation plus « intime ».

Parce que ces soins sont en contact direct avec la dimension corporelle de la personne « vécue » de manière singulière et parce que la notion de toucher y est présente, alors oui, ils peuvent faire ressortir le syndrome dissociatif de la personne.

Le second infirmier interrogé relate le fait que le morcellement chez la personne peut se manifester de manière différée au soin, plus tard dans la journée.

Ce que nous n'avons pas évoqué au sein de notre cadre conceptuel et qu'il est intéressant de prendre en considération. Cependant, nous remarquons qu'il s'agit du seul infirmier sur les trois interrogés qui relate que le syndrome dissociatif chez la personne atteinte de schizophrénie peut se manifester à distance d'un soin d'hygiène.

Nous avons vu au sein de notre cadre conceptuel que le toucher était omniprésent durant les soins infirmiers. Il est un biais de la communication non-verbale et permet de « rentrer en communication et d'instaurer un climat de confiance » avec la personne en soin. Les soins d'hygiène étant les soins les plus centrés sur la dimension corporelle de la personne et donc les plus « intimes », le rôle du toucher sera d'autant plus important car plus la relation se fait intime et plus un climat de confiance se devra d'être instauré. Cette notion de toucher est également évoquée par deux des infirmiers interrogés.

En effet, nous avons précédemment vu que dans cette question, deux infirmiers soulignaient le lien entre le physique et le psychique et rejoignent donc le concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu. Dans cette question trois, l'infirmière interrogée introduit également la notion de toucher en relatant que ce dernier peut servir de « test » pour apprécier l'état psychique de la personne. En effet, elle relate le fait que le « psychique » et le « physique » de la personne sont liés, comme nous l'avons vu précédemment puisque c'est grâce au contact physique avec son environnement que la personne va se créer un « psychique ».

Toujours en lien avec la notion de toucher, au sein de la question deux, le second infirmier interrogé décrit que la personne atteinte de schizophrénie a un rapport « compliqué » au toucher. En effet, nous avons vu que le toucher au sens contact physique a un lien direct avec le corps. Or, la personne atteinte de schizophrénie, de par le syndrome dissociatif la caractérisant, « vit » son corps de manière bien spécifique. Alors, même si nous ne l'avons pas stipulé dans notre travail, il apparaît logique que le sens « touchant » au plus près ce corps vécu comme « éparpillé » ou encore « désarticulé » soit lui-même vécu comme « compliqué ».

Toutefois, notons que dans notre cadre conceptuel, nous avons tempéré nos propos et stipulé le fait que certaines personnes, de par leur vécu et ce qui les caractérise, ne veulent pas être touchées. Nous pouvons donc dire que certaines personnes, qu'elles soient atteintes ou non de schizophrénie, entretiennent un rapport « compliqué » au toucher.

Ce que deux des infirmiers interrogés relatent également en soulignant le fait que le rapport au toucher, que ce soit chez une personne souffrant de schizophrénie ou non, peut être complexe, notamment lorsqu'on ne connaît pas la personne. Nous pourrions dire, comme nous l'avons stipulé dans notre cadre conceptuel, qu'il faut apprécier l'aptitude de la personne à être touchée avant d'entrer en contact avec cette dernière de manière physique. Toujours concernant ce rapport « compliqué » de la personne atteinte de schizophrénie au toucher, l'infirmière interrogée va plus loin et relate que c'est le toucher durant les soins d'hygiène qui fait ressortir une dissociation chez la personne souffrant de schizophrénie. C'est ce que nous avons vu précédemment ainsi que dans notre cadre conceptuel.

En effet, nous avons vu que la personne atteinte de schizophrénie peut souffrir d'un syndrome dissociatif qui aura pour conséquence que cette dernière « vivra » son corps de manière singulière. Nous avons vu de plus que le toucher est omniprésent lors des soins infirmiers mais que son importance se trouvait révélée au sein des soins d'hygiène. Or ces mêmes soins d'hygiène sont centrés sur la dimension corporelle de la personne. Il semble donc logique au vu du contenu de notre cadre conceptuel et de l'analyse des entretiens, que le toucher durant les soins infirmier d'hygiène fassent ressortir le syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie.

Nous avons vu précédemment que deux des infirmiers interrogés qualifient d' « invasifs » et d' « envahissants » les soins d'hygiène chez la personne atteinte de schizophrénie. Or, dans cette même question, l'infirmière précise que le toucher durant les soins d'hygiène peut s'avérer être « invasif » pour la personne.

Ce terme-ci est un adjectif pour décrire les soins d'hygiène et ce que la personne peut ressentir face à ces derniers et plus précisément durant le toucher. Car face au toucher, la personne ressentira des émotions, car comme nous l'avons vu au sein de notre cadre conceptuel, le toucher est source d'émotions et c'est d'ailleurs une de ses fonctions. Nous avons également vu que les émotions provenaient des sentiments. Avant de générer des émotions chez la personne, le toucher va donc créer des sentiments, par exemple un sentiment de gêne ou encore d'intrusion.

Face à ces sentiments ressentis par la personne, on pourra alors aisément qualifier le toucher d' « invasif ».

Durant les entretiens menés, nous remarquons qu'aucun infirmier interrogé n'a mentionné cette fonction du toucher même s'ils font un lien entre toucher et sentiments en relatant que les soins d'hygiène peuvent apparaître « angoissants » pour les personnes atteintes de schizophrénie. L'angoisse étant un sentiment, ces dires se coordonnent avec ce que nous avons stipulé au sein de notre cadre conceptuel. Ce sentiment ressenti durant le toucher accentuera les sentiments de mal-être, d'angoisse de la personne face à sa dissociation. C'est ce que nous avons pu voir dans notre cadre conceptuel et comme le relate l'infirmière en expliquant que la personne ressent une angoisse face à une inversion du « dehors » et du « dedans ». Un sentiment générant une émotion, la personne pourra alors ressentir une émotion face au toucher durant un soin du rôle propre infirmier, comme nous l'avons vu au sein de notre cadre conceptuel.

D'autre part, nous avons vu qu'une émotion se traduisait par un comportement. Or les infirmiers interrogés ne soulignent pas ce lien entre comportement et émotion. Cette observation nous permet d'introduire la question suivante qui avait pour objectif de savoir si les soins d'hygiène et de confort pouvaient générer un comportement agressif.

### Soins infirmiers du rôle propre et comportement agressif :

La quatrième question, comme nous l'avons donc vu, avait pour objectif de voir si les infirmiers interrogés font un lien entre les soins d'hygiène et donc le toucher durant ces derniers et un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie.

Comme nous l'avons vu précédemment, durant les soins d'hygiène, le toucher a une grande importance puisqu'il permet, dans une relation plus « intime » car plus axée sur la dimension corporelle de la personne, d'instaurer un climat de confiance. Or, ce même toucher a pour fonction de générer des émotions et donc des sentiments en amont puisqu'une émotion provient d'un sentiment. Donc si le toucher, qui fait partie intégrante des soins d'hygiène, provoque une émotion, alors nous pouvons dire que le soin d'hygiène génère une émotion.

C'est ce que la troisième infirmière interrogée soulignait dans la question précédente en relatant que les soins d'hygiène pouvaient apparaître « angoissants » pour la personne atteinte de schizophrénie. Ses propos rejoignent donc ceux de notre cadre conceptuel puisque l'angoisse est, comme nous l'avons vu un sentiment. Dans cette quatrième question, l'infirmière ainsi que le premier infirmier interrogé réitérent le terme d' « angoisse » pour définir le ressenti de la personne face à un soin d'hygiène. Et nous pourrions dire que ces soins accentuent des sentiments et émotions déjà ressentis par la personne. En effet, nous avons vu dans notre cadre conceptuel que, en rapport avec le syndrome dissociatif qui caractérise la personne atteinte de schizophrénie, cette dernière perd toute notion de familiarité avec sa propre enveloppe corporelle. C'est ce que nous avons défini comme la « dépersonnalisation ». Or, cette dernière va provoquer chez la personne un sentiment d'impuissance, de mal-être, qui aboutira à des angoisses de morcellement, de vidage. Pour simplifier nos propos, nous pourrions dire que le toucher durant les soins d'hygiène génère des émotions qui vont venir accroître les émotions déjà ressenties par la personne face à son syndrome dissociatif. L'angoisse, comme nous l'avons vu, est un sentiment qui a été cité plusieurs fois lors des entretiens menés auprès des infirmiers. L'infirmière relate que pour pallier à ces angoisses ressenties par la personne et en lien avec un syndrome dissociatif, certaines d'entre elles mettent en place des « rituels » comme placer un gant de toilette devant une partie du corps. Deux infirmiers ayant cités le terme d'angoisse font la même remarque: si la personne ressent de l' « angoisse » avant les soins d'hygiène, elle peut éprouver une « satisfaction » et un « bien-être » après ces derniers car, comme le relate l'infirmier, la personne apprécie se sentir propre et « bien habillée ». Nous n'avons pas évoqué ce sentiment de bien-être que pouvait ressentir la personne atteinte de schizophrénie après un soin d'hygiène. A dire vrai, nous nous étions focalisés sur ce que la personne pouvait ressentir durant ces soins d'hygiène et non après, ce qui expliquerait pourquoi nous n'avons pas pris connaissance de ces données.

Or il aurait été effectivement intéressant que nous nous intéressions aux ressentis de la personne après un soin d'hygiène. Mais nous pouvons toujours apporter une réflexion à ces informations. Nous avons vu au sein de la question deux et dans notre cadre conceptuel que chez la personne souffrant de schizophrénie, le « moi-peau » était perméable, transparent et pouvait métaphoriquement être comparé à une passoire.

Sa fonction de « contenance » étant altérée, il pouvait y avoir une « confusion » entre le « dedans et le dehors », entre l'enveloppe corporelle et l'environnement de la personne donc.

Or nous avons également vu que deux des infirmiers interrogés relataient que pour pallier à cette absence de limite, de « contenance », certaines personnes s'habillaient de multiples couches de vêtements ou encore se lavaient peu. Nous avons vu que les soins d'hygiène peuvent créer une angoisse chez la personne et nous avons vu que c'est parce que ces soins étaient directement liés au corps. Mais face aux propos de ces deux infirmiers, nous pourrions nous questionner. En effet, si les soins d'hygiène « touchent » directement le corps, ils touchent également à une néo-contenance créée par la personne par le biais de vêtements et d'une hygiène moindre. Durant un soin d'hygiène, l'infirmier va toucher à cette contenance créée par la personne pour pallier à un « moi-peau » transparent. Il va ôter les vêtements qui servent de « seconde peau » comme le stipule l'infirmier interrogé. Il va, à l'aide du gant de toilette, débarrasser la personne de cette limite qu'elle a instauré pour « combler un vide ». Ce soin d'hygiène revient à détruire, à nier cette contenance. La personne pourra alors se sentir angoissée avant et durant ce soin puisque l'infirmier va la priver de toute contenance. Mais si, pendant le soin, l'infirmier ôte cette contenance que sont les vêtements et l'hygiène moindre, il va faire prendre conscience à la personne de la présence de son enveloppe corporelle. En passant le gant de toilette sur la peau de la personne atteinte de schizophrénie, il va lui montrer que cette peau est sienne et est la frontière entre son « moi psychique » et son « moi physique ». Alors, si les soins d'hygiène peuvent créer de l'angoisse chez la personne, ils peuvent également être un bon moyen de travailler sur la dimension corporelle de celle-ci. Ce point apparaît important et pourrait faire l'objet d'une recherche complémentaire à ce travail. Cela pourrait, de plus, expliquer pourquoi certaines personnes éprouvent un sentiment de « bien-être » après un soin d'hygiène: parce qu'elle a pu prendre conscience de son corps, de la limite entre le « dedans » et le « dehors » de celui-ci.

Nous avons, dans notre cadre conceptuel, fait un lien entre le soin d'hygiène qui est directement lié au corps « vécu » différemment et l'angoisse ressentie mais nous n'avons pas évoqué l'incurie qui peut faire figure de contenance d'un « moi-peau » perméable chez la personne.

Si l' « angoisse » a été citée par deux des infirmiers interrogés, le troisième infirmier relate la « colère » qui peut être ressentie chez la personne atteinte de schizophrénie face à un soin d'hygiène. Nous avons cité la colère dans notre cadre conceptuel pour définir ce qu'est une émotion.

Nous avons précédemment vu que la personne atteinte de schizophrénie ressent des angoisses de morcellement, de vidage en rapport au syndrome dissociatif qui caractérise la pathologie. Ces sentiments et émotions ressenties vont être majorées durant un soin d'hygiène puisque ce dernier a un lien direct avec le corps de la personne, vécu comme « désarticulé ». Le toucher fait partie intégrante du soin d'hygiène. Or, une des fonctions du toucher et de générer des sentiments, qui comme nous l'avons vu, vont se muer en émotions. Une émotion telle que la « colère », relatée par l'infirmier. De plus, ce dernier relate également d'un « refus », accompagné de « somatisations » alors que l'infirmière interrogée, elle, relate d'un « repli sur soi ». Ces termes semblent décrire les conséquences des émotions ressenties par la personne face à un soin d'hygiène. En effet, l'émotion qu'est la colère, décrite précédemment, peut entraîner chez la personne atteinte de schizophrénie un « repli sur soi » ou un « refus ». Puisque ce soin touche directement son corps qui est vécu singulièrement. Au regard des dires des infirmiers interrogés, nous pouvons en conclure qu'une émotion va avoir des conséquences sur le comportement de la personne. Ce qui rejoint notre cadre conceptuel. En effet, nous avons cité le psychologue Ilios Kotsou qui stipule qu'une des fonctions d'une émotion est de générer un comportement et que la « colère », comme la citait l'infirmier, va générer un comportement chez la personne. Ces comportements sont en effet relatés par les infirmiers lors des entretiens. La troisième infirmière interrogée relate que l'angoisse ressentie par la personne lors d'un soin d'hygiène va se manifester par des « cris », une « agitation » ou encore de l' « agressivité ». Nous retrouvons ici l'agressivité que nous avons traitée au sein de notre cadre conceptuel. Nous avons vu que l'agressivité est un comportement qui va être généré par une émotion ressentie par la personne, lors d'un soin d'hygiène par exemple.

Cependant, nous avons vu dans notre cadre conceptuel ainsi que lors de nos pré-enquêtes menées auprès de professionnelles, que l'agressivité apparaissait « subjective » et que, de ce fait, il était difficile de définir un comportement agressif. Or, les manifestations de ce comportement, elles, sont bien définies.

Nous les avons étudiées au sein de la problématisation de notre travail et nous les retrouvons lors des entretiens menés auprès des infirmiers. En effet, la troisième infirmière interrogée définit les manifestations d'un comportement agressif en relatant les termes d' « insultes verbales », de « cris », de « violence physique » ou encore d' « hétéro-agressivité ». Lors de la problématisation de notre écrit, nous avons vu que les manifestations telles que des mimiques, des regards, des coups font partie de ce qu'on appelle l'agressivité physique. La « violence physique » évoquée par l'infirmière est bien une manifestation physique de l'agressivité puisqu'elle fait partie des « coups » évoqués dans notre problématisation.

D'autres attitudes telles que des paroles, des insultes, des menaces définissent une agressivité verbale. Les « insultes verbales » évoquées par l'infirmière font également partie des manifestations d'un comportement agressif et peuvent être qualifiées d'agressivité verbale, tout comme les « cris » eux aussi relatés par l'infirmière. Précédemment, nous avons vu que l'infirmière relatait le fait qu'une angoisse ressentie durant un soin d'hygiène par la personne atteinte de schizophrénie va se manifester entre autres par des « cris » ou encore une « agitation ». Comme nous l'avons vu, les cris peuvent être une manifestation d'un comportement agressif. Or, nous n'avons pas mentionné, au cours de notre travail, l'agitation comme étant liée à un comportement agressif.

Toujours concernant le comportement que peut provoquer une émotion ressentie par la personne atteinte de schizophrénie pendant un soin d'hygiène, les deux autres infirmiers interrogés relatent également d'un comportement agressif, mais sans en donner de manifestations, contrairement à l'infirmière comme nous avons pu le voir. En effet, le premier infirmier décrit un comportement agressif de la personne lorsque cette dernière est interrompue durant ce qu'il appelle « le remplissage ». Rappelons-nous, dans la seconde question, ce même infirmier décrivait certaines tendances qu'ont les personnes atteintes de schizophrénie, d'ingurgiter des aliments en grande quantité par exemple, pour « combler un vide » lié à un « moi-peau » perméable avec une inversion du « dehors » et du « dedans ». Or nous avons vu précédemment qu'une personne peut ressentir des émotions comme la colère ou l'angoisse lorsque l'on touche à la « néo contenance » qu'elle a créé pour pallier à son « moi-peau » perméable et transparent.

Ici, la nourriture comme le sont les vêtements sont un moyen de « combler un vide » et donc de se créer une « seconde peau », plus imperméable.

Il est donc logique que si on interrompt ce « remplissage » chez la personne, comme lorsqu'on ôte ses vêtements lors du soin d'hygiène, elle va ressentir une émotion qui va se muer en comportement. Un comportement agressif.

L'autre infirmier, lui aussi décrit un comportement agressif de la part de la personne durant les soins d'hygiène mais relate le fait qu'il n'y ait que peu confronté puisque son rôle en tant qu'infirmier est de prévenir ledit comportement. Ce qui peut nous ramener aux propos de l'infirmière interrogée qui décrit des « rituels » qui peuvent être mis en place durant un soin d'hygiène. Ce rituel a pour objectif de contrer les émotions ressenties par la personne et donc d'amorcer tout comportement qui pourrait être agressif. Nous en concluons que nous pouvons agir directement sur les émotions de la personne pour éviter tout comportement que l'on pourrait qualifier d'agressif.

Pour chacun des infirmiers interrogés, l'émotion ressentie durant les soins d'hygiène peut donc générer un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie.

Nous avons donc comparé l'analyse des entretiens menés auprès des trois infirmiers avec notre cadre conceptuel. Nous allons en faire une synthèse dans le but d'affirmer ou d'infirmier notre hypothèse de départ.

#### 4. Synthèse :

Notre hypothèse de travail était que la personne atteinte de schizophrénie, parce qu'elle « vit » de manière singulière son corps, propre au syndrome dissociatif qui la caractérise, adoptera un comportement agressif face aux soins de bien-être et de confort. Afin d'affirmer ou d'infirmier cette hypothèse, nous avons traité différents concepts au sein de notre cadre conceptuel, en nous appuyant sur des recherches bibliographiques. Nous avons ensuite mené trois entretiens auprès d'infirmiers travaillant au quotidien auprès de personne souffrant de schizophrénie, dans le but d'avoir des apports plus « pratiques ». Nous avons ensuite procédé à l'analyse de ces différents entretiens pour en faire une comparaison avec notre cadre conceptuel.

Voyons à présent si, au regard de la comparaison de notre cadre conceptuel avec les entretiens menés auprès d'infirmiers, notre hypothèse de recherche se trouve affirmée ou infirmée.

Nous avons vu que la schizophrénie est une psychose, comme le relate le premier infirmier interrogé.

Tous les professionnels interrogés ont assimilé la personne atteinte de schizophrénie à un champ lexical proche de la clinique, à des symptômes si l'on peut dire. Clinique que nous n'avons pas évoquée dans notre travail de manière délibérée puisque nous voulions nous centrer uniquement sur la dissociation d'un point de vue corporelle de la personne. Cette dissociation, certains infirmiers interrogés la définissent comme autrement appelée « morcellement ». Nous nous y sommes intéressés dans notre cadre conceptuel et l'avons défini selon la psychiatre Gisela Pankow comme « conflits de la spatialité du corps vécu ». Nous avons vu que la personne atteinte de schizophrénie, de par cette dissociation, se trouve dans l'incapacité d'établir un lien entre la totalité et les parties de son corps. Si ce terme de dissociation a également été introduit par les infirmiers interrogés, une seule infirmière rejoint notre cadre conceptuel en évoquant chez la personne atteinte de schizophrénie une « altération du schéma corporel ». Le syndrome dissociatif est bien présent chez la personne atteinte de schizophrénie et semble avoir un rapport avec le schéma corporel de la personne. Ce qui nous permet de faire le lien avec la manière dont la personne souffrant de schizophrénie « vit » son corps, en lien avec cette dissociation. Cette dernière se traduit de différentes manières chez la personne comme nous avons pu l'observer en nous intéressant aux ouvrages de Gisela Pankow. Lors de l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels, nous avons vu que ces derniers évoquent cette manière singulière qu'a la personne atteinte de schizophrénie de « vivre » son corps. Alors qu'un infirmier relatait des hallucinations que peuvent provoquer le syndrome dissociatif, comme nous l'avons vu avec Gisela Pankow, une autre infirmière évoquait les termes de « désarticulé » ou « éparpillé » afin de décrire comment la personne se vivait corporellement. Nous avons fait le lien entre ces termes et ceux de la psychiatre Gisela Pankow, puisque cette dernière stipule qu'il y a une « confusion de l'intérieur et de l'extérieur ». Les infirmiers interrogés soulignent tous pour la plupart ce rapport « complexe » que la personne entretient avec son propre corps.

Afin de comprendre le syndrome dissociatif de la personne et la manière dont elle vivait son corps, nous nous sommes intéressés au concept de « Moi-peau » de Didier Anzieu. Nous avons vu que l'infirmière interrogée évoque ce concept pour introduire la notion d'altération de ce « moi-peau » chez la personne atteinte de schizophrénie.

Elle relate en effet une « altération du schéma corporel ». Cette altération du « moi-peau » est évoquée par tous les infirmiers interrogés. En effet, ils relatent des termes en lien avec notre cadre conceptuel tels qu'une confusion entre « l'extérieur et l'intérieur » en soulignant le rapport qu'entretien la personne avec son environnement. Ils relatent également des termes de « contenance », de « seconde peau » et d'une peau perméable. Nous pouvons alors dire que les infirmiers interrogés font le lien entre le syndrome dissociatif de la personne et sa manière de « vivre » son corps avec une altération du « moi-peau », bien que le concept-même n'ait été évoqué dans aucun entretien. Nous nous sommes intéressés dans notre cadre conceptuel au toucher au sens contact physique durant les soins infirmiers de confort et de bien-être car c'est le sens qui « touche » directement au corps de la personne. Corps qui requiert une signification bien particulière pour cette dernière dû au syndrome dissociatif comme nous avons pu le voir durant les entretiens menés auprès des infirmiers et appuyant notre travail. Le toucher ferait donc ressortir cette dissociation chez la personne comme l'évoque une infirmière en relatant que c'est le toucher durant les soins infirmiers qui fait ressortir cette dissociation. Ce qui nous permettait de faire le lien avec le point suivant puisque nous cherchions à savoir quels soins du rôle propre infirmier faisait ressortir ce syndrome dissociatif chez la personne. Durant l'analyse et la comparaison des entretiens menés auprès des infirmiers, nous nous sommes aperçus que la notion de « toucher » était évoquée plus tard dans la question. En effet, les professionnels ont, dans un premier temps, contrairement à notre cadre conceptuel, évoqués les soins qui selon, eux, faisant ressortir le syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie. Ainsi, ils introduisent le fait que ce sont les soins ayant un rapport avec le corps qui font ressortir le syndrome dissociatif chez la personne atteinte de schizophrénie. Ainsi, deux infirmiers évoquent les soins dits « techniques » avant d'introduire les soins d'hygiène, puisque selon un infirmier interrogé, le corps est au « cœur » de ces soins. Nous avons vu que les dires des infirmiers correspondent à notre cadre conceptuel puisque nous nous étions intéressés aux soins de confort et de bien-être. Or les soins d'hygiène en font partie comme nous l'avions vu dans la problématisation de notre travail.

Ainsi, de l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels en ressort que ce sont les soins d'hygiène qui font ressortir le syndrome dissociatif de la personne atteinte de schizophrénie. La notion de « toucher » apparaît alors lors de deux entretiens.

Ce qui en ressort est que la personne souffrant de schizophrénie entretient un rapport « compliqué » au toucher, mais que ce rapport complexe peut s'appliquer à toute autre personne, ne souffrant pas forcément de schizophrénie.

En effet, les infirmiers rejoignent ici notre cadre conceptuel et relatent le fait qu'il est difficile pour certaines personnes d'être en contact physique avec les autres. Nous verrons lors de notre discussion en quoi ce point apparaît important dans notre travail. De plus, alors que deux infirmiers qualifient les soins d'hygiène d' « invasifs » et d' « envahissants », la troisième infirmière, elle, relate le fait que le toucher durant ces soins peut être « invasif ». Ainsi, comme dans notre cadre conceptuel, nous voyons que le toucher provoque des sentiments et donc des émotions puisqu'une émotion provient d'un sentiment. Ce que les infirmiers soulignent en relatant le fait que la personne pouvait ressentir de l'angoisse et de la colère face à un soin d'hygiène. Ce qui nous permet de faire le lien avec le comportement de la personne atteinte de schizophrénie face à un soin d'hygiène.

En effet, nous avons vu au sein de notre cadre conceptuel qu'une émotion se traduit par un comportement. Les infirmiers interrogés font également ce lien entre émotion et comportement et tous relatent d'un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie, face à un soin d'hygiène. Ce qui se rapporte à notre travail puisque nous avons vu que la personne, face à une émotion, pourra adopter un comportement agressif. Un infirmier relate également que le rôle du soignant est de prévenir ce comportement agressif chez la personne alors qu'une autre infirmière, elle, décrit les manifestations de ce comportement. Manifestations qui rejoignent celles décrites dans notre problématisation.

##### 5. Confrontation de résultats de l'exploitation avec l'hypothèse, confirmation ou infirmation de celle-ci :

Ainsi, la personne atteinte de schizophrénie, de par le syndrome dissociatif qui la caractérise, va « vivre » son corps de manière singulière, « désarticulée » comme le mentionne l'infirmière interrogée.

Le toucher est présent dans chaque soin infirmier, donc dans les soins de confort et de bien-être et plus précisément dans les soins d'hygiène. Or lesdits soins d'hygiène sont en rapport direct avec le corps de la personne. Cette dernière éprouvera des sentiments liés au toucher et venant accroître ceux ressentis qui sont propres au syndrome dissociatif.

Un sentiment entraînant une émotion, la personne pourra ressentir de la colère durant ce soin. Une émotion entraînant elle-même un comportement, la personne pourra alors adopter un comportement agressif face au toucher durant les soins d'hygiène.

Au regard de la comparaison de notre travail aux entretiens menés auprès d'infirmiers alors nous pouvons dire que notre hypothèse de départ se trouve affirmée puisqu'en effet, la personne « vit » bien son corps de manière singulière, du fait de sa pathologie. Mais nous pouvons dire que notre hypothèse de recherche se trouve affirmée seulement en partie puisque le toucher durant les soins infirmiers peut provoquer un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie mais pas seulement. Comme le relatent les infirmiers interrogés, il peut également provoquer une sensation de bien-être, de satisfaction. Ainsi, il serait intéressant de partir de ce constat pour s'orienter vers une autre recherche, qui permettrait de démontrer en quoi le toucher s'avère être bénéfique chez la personne atteinte de schizophrénie.

Si notre hypothèse de départ se trouve donc en partie affirmée, il faut toutefois nuancer nos propos et prendre en compte les dires des infirmiers interrogés qui relatent le fait qu'une personne, qu'elle soit ou non atteinte de schizophrénie, peut avoir un rapport « compliqué » au toucher. Jean-Paul Toulet<sup>64</sup>, écrivain et poète français déclarait : « Il y a des gens qui ont la susceptibilité de l'huître. On ne peut y toucher sans qu'ils se contractent ». Nous pensons alors aux personnes ayant été abusées sexuellement ou battues dans leur enfance, à celles qui se trouvent « carencées » d'un point de vue affectif. Ce point-ci paraît important à prendre en compte et pourrait faire l'objet d'une étude concernant la prise en soin d'une personne ayant un rapport complexe au toucher : « En quoi le toucher peut-il être compliqué chez les personnes souffrant de carences affectives ? »

Ce travail m'a permis de m'ouvrir à des concepts qui me tenaient à cœur depuis le début de mes études d'infirmières.

---

<sup>64</sup> TOULET, Jean-Paul. Les citations [en ligne] disponible sur : <http://www.les-citations.com/citation/il-y-des-gens-qui-ont-la-susceptibilit%C3%A9-de-lhu%C3%A9tre-ne-peut-y-toucher-sans-quils-se-contractent/paul-jean-toulet>

Parmi ces derniers, celui que j'ai le plus aimé traité, et qui n'en est pas pour autant le moins difficile, est le concept de la personne atteinte de schizophrénie.

Dans mon introduction déjà, je mettais en avant mon attrait pour, non pas cette pathologie mais pour les personnes souffrant de cette pathologie. Car une pathologie toute seule, énumérée comme un nom savant ne signifie pas grand-chose.

Il faut la regarder avec un regard panoramique, prendre conscience de tout ce qu'elle englobe. Ce travail m'a permis d'acquérir cette vision globale de la personne souffrant de schizophrénie.

Chaque ouvrage me permettait d'en apprendre plus et de faire des liens avec les autres concepts comme le toucher ou encore l'agressivité que j'ai également traités dans mon travail. J'ai aimé la manière dont les professionnels interrogés décrivaient la personne atteinte de schizophrénie, avec une douceur dans la voix, un respect palpable. Cela m'a énormément touché et après ces entretiens, je me suis surprise à me dire : « Voilà, c'est comme cela que je veux être plus tard. C'est aux côtés de ces personnes que je veux exercer ma future profession d'infirmière ». Je suis heureuse d'avoir choisi de travailler sur le concept de la personne atteinte de schizophrénie car il n'a fait que renforcer mon souhait qui est celui de travailler en structure de santé mentale. Je partage également le point de vue des professionnels interrogés sur le fait que la personne qui souffre de schizophrénie entretient une relation « complexe » avec son propre corps et que les soins ayant un rapport avec ce dernier peuvent s'avérer compliqués.

Cet écrit m'a permis également de découvrir ce qu'était le toucher au-delà de la manière dont je me le figurais. En effet, pour moi, le toucher était un sens parmi les quatre autres. Et quand bien même j'avais identifié en amont son rôle d'interface avec la personne en soin, je ne m'étais pas rendu compte de sa dimension émotionnelle. Aujourd'hui et après avoir réalisé cet écart, je pratique le toucher, au quotidien comme pendant mes stages d'une toute autre manière. Je pratique le toucher en y faisant du lien avec les émotions. Je remarque d'ailleurs, après avoir réalisé ce travail, à quel point toucher et émotions entretiennent un étroit lien.

Je partage ainsi les dires de l'infirmière interrogée qui relate le fait que le toucher peut être source d'émotions et donc de comportement.

A titre d'exemple, j'aimerais vous parler de Mr L. Je suis actuellement en stage en service de chirurgie. Mr L est un patient atteint de schizophrénie qui vient de se faire opérer d'une tumeur.

Un matin, il vient me trouver dans le couloir et m'explique qu'il se sent « à bout de nerf », « triste » et a envie de « tout casser ». Je lui propose alors un massage des mains et lui explique que cela pourrait l'apaiser en créant des sensations de bien-être. Mr L accepte et semble satisfait de cette proposition.

Après le premier massage exercé auprès de ce patient, l'équipe soignante a constaté un changement dans l'attitude de Mr L. Plus calme, souriant et plus apaisé, il m'a remercié et m'a expliqué à quel point le toucher l'apaisait.

Cette remarque m'a beaucoup marqué et a généré en moi une réflexion : Et si le toucher pouvait apaiser la personne atteinte de schizophrénie ?

Cette question semble prendre en contre-pied mon hypothèse de recherche mais je pense que le toucher peut avoir plusieurs fonctions et plusieurs conséquences sur la personne atteinte de schizophrénie. Il me tarde d'engager de nouvelles recherches afin d'apprécier les fonctions salvatrices du toucher chez la personne souffrant de schizophrénie.

## Conclusion

---

Plus qu'un simple écrit « scolaire », ce travail a été pour moi une réelle remise en question, tant d'un point de vue personnel que professionnel. Je me destine en effet à devenir infirmière en psychiatrie depuis maintenant cinq ans et si j'ai choisi de centrer mon travail sur la personne atteinte de schizophrénie, c'est parce que cette dernière exerce un réel attrait sur moi depuis de nombreuses années.

Mon regard sur elle a évolué durant mes trois années de formation mais c'est grâce à ce travail que j'ai pu prendre conscience de ce que peut ressentir la personne souffrant de schizophrénie pendant les soins de bien-être et de confort. Il a affiné ma position en tant que future professionnelle de santé.

Je pense que cet écrit, ce cheminement fait durant des mois me servira dans mon futur exercice professionnel et a provoqué en moi l'envie de faire d'autres recherches dans le but d'adapter ma prise en soin à la personne en tant qu'être humain, être unique.

## Bibliographie

---

- Ouvrages:

### A

---

ANZIEU, Didier. *Moi-peau*. Paris: Dunod. 1995. 291 pages. (Psychismes)

ARRIVE, Jean-Yves. *Savoir vivre ses émotions*. France: Retz Eds. 2001. 200 pages (Savoirs pratiques)

### B

---

BAIN, Alexander. *Les émotions et la volonté, traité de psychologie II*. France: Éditions Harmattan. 2006. 603 pages (Encyclopédie psychologique)

BIOY, Antoine. *Communication soignant-soigné, repères et pratiques*. 2<sup>e</sup> édition. France : Bréal. 2009. 158 pages. Page 49. (Etudiants en IFSI, Formations paramédicales)

BIOY, A. ; BOURGEOIS, F ; et al. *La communication entre soignant et soigné: repères et pratiques*. France: Bréal. 2003. 143 pages.

BIOY, A ; FOUQUES, D. *Manuel de psychologie du soin*. France : Bréal. 2002. 317 pages. Page 45 (IFSI, formations paramédicales)

BLANCHON, Carine. *Le toucher relationnel au cœur des soins*. France: Elsevier Masson. 2011. 123 pages.

BOISSIERES-DUBOURG, Françoise. *De la maltraitance à la bientraitance*. France: Lamarre. 2011. 252 pages. (Soigner et accompagner)

BONNETON-TABARIES, France, LAMBERT-LIBERT, Anne. *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. 2e édition actualisée. France: Med-Line. 2006. 151 pages. (IFSI)

BOTTERO, Alain. *Un autre regard sur la schizophrénie*. France: Odile Jacob. 2008. 396 pages.

BOURDIN, Dominique. *La psychanalyse de Freud à aujourd'hui: histoire, concepts, pratiques*. France: Bréal. 2007. 317 pages (Série: Théorie)

## C

---

CALLAHAN, Stacey, CHABROL, Henri. *Mécanismes de défense et coping*. France : Dunod. 2004. 178 pages. (Sociale)

## D

---

DEVERS, Gilles. *Déontologie infirmière universelle : De la Déclaration universelle de droits de l'homme au Code déontologique du Conseil international des infirmières*. France: Lamarre, 2005, 76 pages, page 10. (Droit et pratique du soin)

## E

---

E-GBEZO, Bernard. *Les soignants face à la violence*. 2<sup>e</sup> édition. France: Lamarre. 2011. 227 pages. (Soigner et Accompagner)

## F

---

FREUD, Sigmund. *Névrose, psychose et perversion*. 13<sup>e</sup> édition. France: Puf. 2010. 320 pages. (Bibliothèque de psychanalyse)

## G

---

GRANGER, B ; NAUDIN, J. *La schizophrénie*. France : Le cavalier bleu. 2006. 127 pages. Page 15 (Idées reçues)

GENTIS, Roger. *Les schizophrènes*. France: Scarabée . 1969. 91 pages (Bibliothèque de psychiatrie pratique)

## H

---

HAOUZIR, S ; BERNOUSSI, A. *Les schizophrénies*. France : Armand Colin. 2007. 123 pages. (Collection 128)

HELLER Michel. *Les psychothérapies corporelles, fondement et méthode*. France: De Boeck. 2008. 689 pages (Série: carrefour des psychothérapies)

## I

---

ILIOS, K. ; MIKOLAJCZAK M. ; et al. *Les compétences émotionnelles*. France: Dunod. 2009. Chapitre II : Les émotions. L'émotion comme facilitateur de l'action, 336 pages (Série: Psycho Sup)

## J

---

JANET, Pierre. *La pensée intérieure et ses troubles : Leçons au Collège de France 1926-1927*. France : L'Harmattan. 2007. 490 pages. Page 375. (Encyclopédie psychologique)

## K

---

KARLI, Pierre. *L'homme agressif*. Paris: Odile Jacob. 1987. 392 pages

KEDIA, M ; VANDERLINDEN, J ; et al. *Dissociation et mémoire traumatique*. France: Dunod. 2012. 256 pages (Psychothérapies pratiques)

## L

---

LAGACHE, Daniel. *L'unité de la psychologie*. Geopsy : Psychologie interculturelle et psychothérapie. [format Pdf]. Page 1.  
Disponible sur:[http://psychanalyse.com/pdf/unite\\_de\\_la\\_psychologie\\_lagache.pdf](http://psychanalyse.com/pdf/unite_de_la_psychologie_lagache.pdf)

## M

---

MAGNON, René. *Les infirmières: identité, spécificité et soins infirmiers, le bilan d'un siècle*. France: Masson. 2003. 208 pages.

MAGNON, R ; DECHANOZ, G ; et al. (collectif AMIEC Recherche). *Dictionnaire des soins*

*infirmiers et de la profession infirmière*. 3<sup>e</sup> édition. France: Elsevier Masson. 2005. 333 pages.

## P

---

PANKOW, Gisela. *L'homme et sa psychose*. 2<sup>e</sup> édition. France: Aubier Montaigne. 1977. 292 pages (La chair et l'esprit)

PARMENTIER, Sabine. *Comprendre Mélanie Klein*. France : Armand Colin. 2009. 232 pages. (Lire et comprendre)

PEDINIELLI, Jean-Louis, GIMENEZ, Guy. *La psychose de l'adulte*. 2<sup>e</sup> édition. France: Armand Colin. 2009. 126 pages (Psychologie 128)

## R

---

RENARD, Jules. Journal du 24 Janvier 1890

RIBOT, Théodule. *La logique des sentiments*. France: L'Harmattan. 2000. 304 pages. (Série: Psychanalyse et civilisations)

RODENBACH Georges. *Bruges-la-morte*. France : Flammarion. 1998. 192 pages. (Gf, numéro 11)

## S

---

SAVATOFSKI, Joël, PRAYEZ, Pascal. *Le toucher apprivoisé*. 3<sup>e</sup> édition. France: Lamarre. 2009. 213 pages (Soigner et accompagner)

SAVINAUD, Claude. *Fondations subjectives de la Pensée*. France: L'harmattan. 2004. 359 pages.

SHAHIDI, Mazda, TRIBOLET, Serge. *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*. France : Heurs de France. 2011. 456 pages. (Guide professionnels de santé mentale).

## T

---

TOULET, Jean-Paul. Les citations [en ligne] disponible sur : <http://www.les-citations.com/citation/il-y-des-gens-qui-ont-la-susceptibilit%C3%A9-de-lhu%C3%A9tre-ne-peut-y-toucher-sans-quils-se-contractent/paul-jean-toulet>

## V

---

VAN RILLAER, Jacques. *L'agressivité humaine*. France: Mardaga. 1995. 268 pages (Psychologie Et Sciences humaines, numéro 59)

## W

---

WESTEN, Drew. *Psychologie: pensée, cerveau et culture*. France: De Boeck Supérieur. 2000. 1250 pages (Ouvertures psychologiques)

*Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'état et à l'exercice de la profession. Profession infirmier*. France: Berger Levrault. 2010. 208 pages. (Formations des professions de santé)

### - Sites internet :

Article L4311-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 –art.52. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Dicodunet [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.dicodunet.com/definitions/sciences/psychologie-clinique.htm>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. *La schizophrénie* [En ligne] [Consulté le 5 Octobre 2013] Disponible: <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>

DE LUCA-BERNIER, Catherine. Le travail avec des patients psychotiques: La formation en question. *INRP, 8e Biennale de l'éducation et de la formation*. Numéro 438 [format Pdf]. 2006. Page 1. Disponible sur: <http://www.inrp.fr/biennale/8biennale/contrib/longue/438.pdf>

HENTZ, F ; MULLIEZ, A ; et al. Évaluation de l'impact du toucher dans les soins infirmiers. *PHRC Régional en soins infirmiers* [format Pdf]. 2013. Page 1. Disponible sur: [http://www.soiliance.com/wp-content/uploads/2013/02/Evaluation\\_impact\\_Toucher\\_PHRC\\_2013](http://www.soiliance.com/wp-content/uploads/2013/02/Evaluation_impact_Toucher_PHRC_2013)

JUIGNET, Patrick. Les trois pôles : névrotique, psychotique, intermédiaire (une méthode souple de diagnostic), *Psychisme* [en ligne]. 2011. Disponible sur: <http://www.psychisme.org/Juignet.html>

LENAY, Charles. C'est très touchant, la valeur émotionnelle du contact. *Intellectica* [format Pdf]. 2010. numéro 53-54. Page 3.

Disponible sur : [Http://www.utc.fr/costech/v2/\\_upload/fichiers/.../lenay\\_v4-ch-dif.doc?](http://www.utc.fr/costech/v2/_upload/fichiers/.../lenay_v4-ch-dif.doc?)

TENZIN, Dorje. Moi-peau et matière psychique, introduction au concept de Moi-peau. *Psychologie du trouble de stress post-traumatique* [en ligne]. Septembre 2008. Disponible sur : <http://miettes-litteraires.blogspot.fr/2008/09/moi-peau-et-traumatique-psychique.htm>

WIENER, Paul. Un destin nommé psychose. La quête psychotique du bonheur. [En ligne] [Consulté le 10 Octobre 2013]. Disponible : <http://psychopatho.fr/un-destin-nomme-psychose.htm>

## **Annexe I : Guide de pré-enquête**

Entretien de pré-enquête auprès de professionnels en vue de la rédaction du TFE sur le sujet de l'agressivité des soignés face aux soins infirmiers:  
MARY Élise, ESI IFSI CHGR RENNES

---

*Bien entendu, le contenu de cet entretien restera strictement confidentiel, anonyme et sera uniquement exploité en vue de la rédaction de mon TFE. Acceptez-vous que je fasse un enregistrement vocal de cet entretien?*

*Entretien n°...*

*Question 1 (objectif: présentation du professionnel): Pourriez-vous vous présenter? Votre année de diplôme, votre parcours professionnel, dans quel structure/service travaillez-vous et depuis combien de temps?*

*Question 2:* Au centre de mon mémoire, nous retrouvons le sujet de la personne soignée. Pourriez-vous me dire ce qu'est pour vous une personne soignée? Quelle définition pouvez-vous m'en donner?

*Question 3:* Une partie de mon mémoire étant de définir ce qu'est l'agressivité. A quoi pensez-vous lorsque je vous dis « agressivité »?

*Question 4:* L'objectif étant de connaître les manifestations d'un comportement agressif, pourriez-vous me dire si, au cours de votre parcours professionnel, vous avez déjà eu à faire à un patient au comportement agressif? Si oui, quelles ont été les manifestations de l'agressivité chez ce patient?

*Question 5:* Afin de définir ce qu'est un soin et plus particulièrement un soin infirmier, pourriez-vous me donner votre définition du soin infirmier grâce à vos diverses expériences?

*Question 6.1:* Dans le but de comprendre quelles peuvent être les causes de l'agressivité chez la personne en soins, pourriez-vous m'indiquer si ce comportement agressif s'est manifesté lors d'un soin infirmier? Si oui, lequel? Si non, à quel moment s'est-il manifesté?

*Question 6.2:* (Si réponse positive à la précédente question), Dans le but de connaître les causes de l'agressivité d'une personne soignée face à un soin infirmier, pourriez-vous me dire pourquoi, selon vous, ce soin a-t-il été source d'agressivité chez la personne?

*Question 7:* Concernant la prise en charge de l'agressivité, comment avez-vous réagi face à cette agressivité? Quelles ont été vos émotions, votre ressenti?

---

*Question 8: Si nous nous intéressons aux conséquences de l'agressivité sur la prise en soin de manière technique et relationnelle du soigné, pourriez-vous me dire si selon vous, un comportement agressif peut-il modifier la prise en charge d'une personne soignée? Si oui, pourquoi?*

*En vous remerciant pour votre attention et votre disponibilité!*

## **Annexe II : Guide d'entretiens auprès de professionnels de santé**

**Question numéro 1- Quelle est votre année de diplôme? Depuis quand exercez-vous le métier d'infirmier en psychiatrie? (Objectif: Voir si l'expérience professionnelle de la personne a un impact sur la vision de la personne atteinte de schizophrénie et donc sur les différentes questions de cet entretien )**

**Question numéro 2- Si je vous dis « Personne atteinte de schizophrénie », qu'est-ce-qui vous vient à l'esprit? (Objectif: Voir si la personne a des connaissances concernant la dissociation corporelle de la personne atteinte de schizophrénie )**

**Question de relance- Quel rapport la personne atteinte de schizophrénie entretient-elle avec son corps? (Obectif : Voir si les professionnels interrogés font un lien entre la personne atteinte de schizophrénie et le vécu dissociatif du corps)**

**Question numéro 3- Il y a-t-il des soins infirmiers qui font ressortir ce morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie? (Objectif: voir si il y a un lien entre les soins de confort et de bien-être et le vécu dissociatif du corps de la personne atteinte de schizophrénie)**

**Question numéro 4- Quel comportement, quelle émotion ces soins ont-ils provoqué chez la personne?** (*Objectif: voir si les soins de confort et de bien-être génèrent un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie*)

**Annexe III** : Restitution orale des enquêtes exploratoires menées auprès de professionnels infirmiers diplômés d'état

Questionnaire I :

Entretien exploratoire auprès de professionnels de santé en psychiatrie.

Sujet du TFE: « *En quoi le toucher durant les soins de confort et de bien-être est source d'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie?* »

Guide d'entretien validé par la directrice de mémoire, le: 14/02/2014

MARY Élise, ESI IFSI CHGR RENNES

---

*Bien entendu, le contenu de cet entretien restera strictement confidentiel, anonyme et sera uniquement exploité en vue de la rédaction de mon TFE. Acceptez-vous que je fasse un enregistrement vocal de cet entretien?*

*Entretien n° 1/3 le 19/02/2014*

*Infirmier travaillant en service « chronique » de psychiatrie*

*Durée de l'entretien: 20 minutes (enregistrement vocal)*

*Conditions : nous n'avons pas été interrompus ni dérangés durant l'entretien qui s'est déroulé dans un bureau isolé du service.*

**Question numéro 1- Quelle est votre année de diplôme? Depuis quand exercez-vous le métier d'infirmier en psychiatrie? (Objectif: Voir si l'expérience professionnelle de la personne a un impact sur la vision de la personne atteinte de schizophrénie et donc sur les différentes questions de cet entretien )**

Alors moi je rentré en 1980 à l'école d'infirmiers, j'ai fais 33 mois d'études, de 1980 à 1983. Je suis diplômé depuis Juin 1983. Mais je suis diplômé d'une formation en psychiatrie. Cela fait longtemps que je travaille ici. Depuis... (il hésite), eh bien depuis 1983 donc tu calculera! (Il rit). Non ducoup, cela fait 31 ans que je travaille là, dis donc 31 ans tu te rends compte? Ça ne me rajeunit pas!

**Question numéro 2- Si je vous dis « Personne atteinte de schizophrénie », qu'est-ce-qui vous vient à l'esprit? (Objectif: Voir si la personne a des connaissances concernant la dissociation corporelle de la personne atteinte de schizophrénie )**

Alors, « schizophrénie », je dirai psychotique, c'est ce qui me vient à l'esprit. Je dirai quand même une forme d'autisme qui entraîne une dissociation par rapport au corps, et des délires souvent aussi. C'est une pathologie lourde. En plus je travaille ici dans une unité de long cours donc on a beaucoup de schizophrènes. (Il soupire) Mais tu vois « schizophrène », on met un peu de tout là-dedans maintenant donc c'est embêtant... Moi j'associe la schizophrénie à la psychose! Une forme d'autisme, l'isolement aussi...Écris bien « forme » entre guillemets parce que tu vois c'est pareil on met plein de choses dans l'autisme. Sans forcément parler d'autisme, je dirai surtout un isolement, un retrait dans son délire, dans son monde pour employer des mots simples. Je dirai aussi des difficultés à prendre certains patients en charge par rapport à ce délire justement. Ah oui! Je dirai aussi coupure avec la réalité. Mais surtout la dissociation bien entendu. Voilà je crois que c'est tout ce qui me vient à l'esprit!

**Question de relance- Quel rapport la personne atteinte de schizophrénie entretient-elle avec son corps? (Obectif : Voir si les professionnels interrogés font un lien entre la personne atteinte de schizophrénie et le vécu dissociatif du corps)**

Au quotidien on remarque plein de choses! Quand tu es jeune diplômé par exemple, tu veux serrer la main à un schizophrène pour lui dire bonjour tout simplement et on remarque qu'énormément de schizophrènes ne serrent pas la main. C'est parce que justement il y a toute une problématique chez la personne par rapport au corps. Au début de ta carrière, ce sont des comportements qui peuvent amener à te surprendre, tu te dis « mais pourquoi est-ce-qu'il ne me dit pas bonjour? ». Mais l'expérience amène à comprendre cette pathologie. Et puis quelque chose me vient à l'esprit là: par rapport à la toilette, il y a quand même des difficultés... (il s'interrompt) non, on va reformuler ça autrement! Déjà, il y a chez la personne une hygiène douteuse, voire déplorable. Souvent, le schizophrène porte des couches et des couches de vêtements, entassées les unes sur les autres, à savoir deux tee-shirts, deux pyjamas, des pulls...Ce qui reflète en fait toute leur pathologie! Et puis, il y a toute une difficulté à les

toucher, c'est un rapport spécial qu'on entretient avec la personne. Et puis tu as aussi le remplissage, je n'aime pas ce mot là mais bon (il sourit), toujours par rapport au corps, il y a des schizophrènes qui boivent énormément, c'est la potomanie, ou qui vont manger énormément, qui ont des problèmes par rapport à leur oralité, tu vois ce que je veux dire? Ici, nous avons plusieurs personnes comme cela et à tous les repas ils ont ce besoin de manger et manger, de se remplir. Ce n'est même plus s'alimenter pour combattre la fin c'est se remplir pour combler un manque, un vide. Par exemple lorsque les personnes reçoivent des visites, le temps de la visite dure en général le temps que le schizophrène mange tout ce que sa famille lui avait amené. Et quand les innombrables friandises, chocolats, bonbons sont mangés, le schizophrène fait comprendre à la personne que la visite est terminée, de façon relativement agressive desfois, par la parole et tout...  
Donc voilà (il réfléchit), je trouve que la principale difficulté est quand même liée à l'hygiène.

**Question numéro 3- Il y a-t-il des soins infirmiers qui font ressortir ce morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie? (Objectif: voir si il y a un lien entre les soins de confort et de bien-être et le vécu dissociatif du corps de la personne atteinte de schizophrénie)**

Eh bien les tous soins de nursing je dirai, les soins d'hygiène... (Il réfléchit) ça va aussi passer par les prises de sang, les injections, les soins plus techniques quoi, ceux qui sont prescrits par le médecin. Enfait, tous les soins qui ont un rapport au corps font ressortir comme tu dis cette dissociation. Ou morcellement, de toute manière c'est la même chose! Tous ces soins peuvent être source d'angoisse. Oui l'angoisse. Bon après tu vois ici, c'est du long cours donc les personnes nous connaissent bien et je pense que ça les rassure tout de même. Ils connaissent le personnel, les locaux donc cela diminue leur angoisse. Et puis les soignants comprennent les difficultés de ces personnes par rapport à l'hygiène tu vois, il les comprend. Ils connaissent leur dissociation. Bon j'en reviens à ta question, je divague un peu là (il sourit), enfait tous les soins en rapport avec le corps peuvent être vécus comme angoissants, comme la toilette, la douche. (Il s'interrompt) Oui, je dirais quand même qu'entre la réalité et leur monde, leur ressenti, il y a un fossé.

**Question numéro 4- Quel comportement, quelle émotion ces soins ont-ils provoqué chez la personne? (Objectif: voir si les soins de confort et de bien-être génèrent un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie)**

Ah oui j'ai répondu à la question-la avant! (Il rit) Eh bien, je maintiens l'angoisse. Mais il y a aussi la réassurance... Tu vois, c'est une pathologie tellement compliquée et tellement lourde que cela peut être une chose et son inverse. On a des exemples de psychotiques, pour leur faire prendre une douche c'est très compliqué mais parfois, une fois qu'ils ont pris la douche, ils en sont satisfaits. Donc tu vois, il y a l'angoisse et j'insiste dessus, qui est un peu l'angoisse de l'inconnu, de quitter des vêtements qui sont pour eux une seconde peau tu vois ce que je veux dire? On atteint leur monde qui est complètement différent du nôtre. Mais il peut y avoir après comme je te l'ai dis une satisfaction, comme tout individu, quand tu es propre et bien habillé.  
Ici on travaille beaucoup sur les activités, quelles qu'elles soient comme l'équithérapie, la culinothérapie, le modelage, le bricolage, la balnéothérapie ect... Donc là, la personne va à son rythme, on la valorise. Une valorisation de la personne dans sa globalité.

Questionnaire II :

Entretien exploratoire auprès de professionnels de santé en psychiatrie.

Sujet du TFE: « *En quoi le toucher durant les soins de confort et de bien-être est source d'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie?* »

Guide d'entretien validé par la directrice de mémoire, le: 14/02/2014

MARY Élise, ESI IFSI CHGR RENNES

---

*Bien entendu, le contenu de cet entretien restera strictement confidentiel, anonyme et sera uniquement exploité en vue de la rédaction de mon TFE. Acceptez-vous que je fasse un enregistrement vocal de cet entretien?*

*Entretien n° 2/3 le 21/02/2014*

*Infirmier travaillant en service « chronique » en psychiatrie*

*Durée de l'entretien: 20 minutes (enregistrement vocal)*

*Conditions: dérangés deux fois alors que nous nous trouvions dans un endroit calme et que nous avons stipulés ne pas vouloir être dérangés*

**Question numéro 1- Quelle est votre année de diplôme? Depuis quand exercez-vous le métier d'infirmier en psychiatrie? (Objectif: Voir si l'expérience professionnelle de la personne a un impact sur la vision de la personne atteinte de schizophrénie et donc sur les différentes questions de cet entretien )**

Alors, je suis diplômé depuis fin 2011 et j'exerce en psychiatrie, dans ce service, depuis l'obtention de mon diplôme en 2011 donc. On peut dire que c'est mon premier poste.

**Question numéro 2- Si je vous dis « Personne atteinte de schizophrénie », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit? (Objectif: Voir si la personne a des connaissances concernant la dissociation corporelle de la personne atteinte de schizophrénie )**

Je dirai que c'est une personne atteinte d'une dissociation, plus marquée d'un point de vue corporel. Il y a aussi une altération de la réalité, des délires. (marque une pause) Oui, je dirai aussi des troubles de la concentration, l'aboulie, l'apragmatisme mais ça, c'est plus, je pense, des conséquences de la pathologie. Je dirais pas ça pour décrire directement la schizophrénie mais pour décrire ce qu'elle génère chez la personne. Principalement, la première chose qui me vient à l'esprit quand même, c'est que la personne est dans une autre réalité mais ça je te l'ai déjà dit avec l'altération de la réalité. La personne atteinte de schizophrénie nécessite un accompagnement spécifique et il faut toujours envisager de différer les soins avec ces gens-là car certains soins peuvent leur paraître trop invasif.

**Question de relance- Quel rapport la personne atteinte de schizophrénie entretient-elle avec son corps? (Objectif : Voir si les professionnels interrogés font un lien entre la personne atteinte de schizophrénie et le vécu dissociatif du corps)**

Déjà, je pense que c'est propre à chaque personne. On ne peut pas classer les personnes schizophrènes en disant qu'elles ont toutes le même rapport à leur corps, c'est tout à chacun. On peut dire que le rapport au corps chez la personne atteinte de schizophrénie est variable. Cela va dépendre de si la personne est atteinte d'un trouble dissociatif et d'hallucinations que provoque la dissociation. Ça va dépendre de comment se sent la personne à ce moment-là. Ici, le rapport au corps, on le remarque, mais c'est surtout le rapport à l'environnement qui est présent je trouve. A tout ce qui entoure la personne: les soignants, les lieux.... Par exemple, ici, on a des patients schizophrènes, qui, quand ils regardent la télévision, nous disent se voir dedans. Ils font des liens spéciaux avec leur environnement. Je pense que le rôle du soignant c'est de comprendre ces hallucinations qui sont dues à la dissociation. Comprendre pourquoi elles se manifestent sur tel ou tel sujet et comment on en arrive là. C'est vrai qu'en y réfléchissant bien, j'ai plein d'exemples de morcellement qui me viennent en tête (il réfléchit). On a un patient qui fait régulièrement preuve de morcellement pendant les soins, mais plus axé sur le sexe. Par exemple, il nous dit qu'il est une femme et qu'il va enfanter. (il s'interrompt). Je pense que ça rentre en lien avec tout ça, le psychique et le physique sont liés dans ces situations.

**Question numéro 3- Il y a-t-il des soins infirmiers qui font ressortir ce morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie? (Objectif: voir si il y a un lien entre les soins de confort et de bien-être et le vécu dissociatif du corps de la personne atteinte de schizophrénie)**

J'aurai envie de dire les soins d'hygiène, qui, pour la personne vont être invasifs par rapport au morcellement dont on parlait. Mais, ça ne va pas forcément se manifester sur le coup. Tu vois, il y a parfois un cheminement et le morcellement peut parfois ressortir dans la journée qui suit le soin. Le morcellement peut aussi avoir lieu pendant les soins plus techniques. Tous les soins qui attrait au sang peuvent aussi être vus comme invasif. Parce que le sang, c'est ce que nous avons à l'intérieur du corps... tu comprends ce que je veux dire? Je ne sais pas si je suis assez clair. Par exemple, ici, nous avons un patient, depuis que je suis arrivé dans le service, donc ça fait 3 ans, on a jamais pu lui faire une prise de sang. Il ne verbalise pas pourquoi mais à chaque fois c'est un « non » catégorique. Il y a un autre patient pour qui les soins d'hygiène sont compliqués. Il faut une bonne préparation, lui expliquer que ça va bien se passer et tout.

Mais c'est vrai qu'il y a toujours cette appréhension, surtout des soins d'hygiène parce qu'ils sont directement liés au corps de la personne. Tu vois, pendant ce soins, on s'intéresse uniquement au corps. Déjà, pour une personne non-atteinte de schizophrénie, je pense que c'est compliqué d'être touché comme ça, alors imagine pour la personne schizophrène qui elle, souffre de dissociation et autres symptômes.

Enfait, tu vois, je dirai tous les actes de la vie quotidiennes qui ont attrait au corps de la personne.

**Question numéro 4- Quel comportement, quelle émotion ces soins ont-ils provoqué chez la personne?** *(Objectif: voir si les soins de confort et de bien-être génèrent un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie)*

Cela peut être variable, souvent, c'est du refus. On a un patient comme ça, les soins d'hygiène, c'est lui qui les gère, enfait c'est selon sa demande. Il vient nous voir quand il a besoin d'une douche mais souvent il nous la réclame une fois par mois. Ducoup le refus s'accompagne souvent de somatisations. Il nous dit qu'il peut pas faire sa douche aujourd'hui parce qu'il se sent pas bien, il a mal quelque part. D'autres personnes peuvent éprouver de la colère pendant le soin. Tu vois, ici, beaucoup de patients schizophrènes sont incuriques parce que l'accompagnement pour les soins d'hygiène est compliqué. Même si on les stimulent, le soin risque d'être trop invasif corporelement et on risque de créer des émotions comme la colère. Mais nous, on fait au mieux pour éviter les comportements agressifs et violents. C'est pour ça, on diffère. On propose mais on insiste pas. Ce serait pas « soignant ».

Questionnaire III :

Entretien exploratoire auprès de professionnels de santé en psychiatrie.

Sujet du TFE: « *En quoi le toucher durant les soins de confort et de bien-être est source d'agressivité chez la personne atteinte de schizophrénie?* »

Guide d'entretien validé par la directrice de mémoire, le: 14/02/2014

MARY Élise, ESI IFSI CHGR RENNES

---

*Bien entendu, le contenu de cet entretien restera strictement confidentiel, anonyme et sera uniquement exploité en vue de la rédaction de mon TFE. Acceptez-vous que je fasse un enregistrement vocal de cet entretien?*

*Entretien n° 3/3 le 25/02/2014*

*Infirmière travaillant en service « chronique » en psychiatrie*

*Durée de l'entretien: 20 minutes (enregistrement vocal)*

*Conditions: juste avant les transmissions à l'équipe d'après-midi. L'entretien a eu lieu dans un bureau, au calme, et nous avons demandé à ne pas être dérangées.*

**Question numéro 1- Quelle est votre année de diplôme? Depuis quand exercez-vous le métier d'infirmier en psychiatrie? (Objectif: Voir si l'expérience professionnelle de la personne a un impact sur la vision de la personne atteinte de schizophrénie et donc sur les différentes questions de cet entretien )**

Je suis diplômée depuis fin 2004. Et j'exerce en psychiatrie depuis fin 2004 également. Donc ça fait 10 ans que je suis infirmière en psychiatrie. Juste après mon diplôme j'ai travaillé en unité d'admission puis sur le pôle addicto et je suis arrivée dans ce service il y a 2 ans.

**Question numéro 2- Si je vous dis « Personne atteinte de schizophrénie », qu'est-ce qui vous vient à l'esprit? (Objectif: Voir si la personne a des connaissances concernant la dissociation corporelle de la personne atteinte de schizophrénie )**

Je dirai délire, troubles du contact, isolement, barrage... Il y a le morcellement, qui est vraiment axé sur le corps de la personne et qui est très présent ici à .....(nom du service). Il y en beaucoup d'autres parce que la schizophrénie est une pathologie complexe mais ce que je viens de te dire, c'est ce à quoi je pense directement.

**Question de relance- Quel rapport la personne atteinte de schizophrénie entretient-elle avec son corps? (Objectif : Voir si les professionnels interrogés font un lien entre la personne atteinte de schizophrénie et le vécu dissociatif du corps)**

Le rapport de la personne schizophrène avec son corps? Je dirai en premier lieu que c'est un rapport TRES compliqué (elle insiste sur le « très »). Je dirai qu'il y a un dysfonctionnement du schéma corporel. Ce sont des patients qui n'ont pas forcément notion que leur bras c'est bien leur bras par exemple. D'ailleurs, ils peuvent se montrer complètement « éparpillés », d'un point de vue corporel j'entends. Ils peuvent se ressentir comme désarticulés liés à des délires liés au corps, donc cénesthésiques. L'enveloppe corporelle en elle-même peut être moins présente chez eux. Par exemple, nous on a conscience que notre peau, c'est la limite entre l'intérieur et l'extérieur. Les personnes qui souffrent de schizophrénie peuvent avoir l'impression que tout ce qui se trouve à l'intérieur de leur corps peut sortir et tout ce qui est à l'intérieur peut rentrer. D'où les difficultés pour la douche qui peut leur paraître angoissante parce qu'ils ont l'impression que l'eau peut pénétrer dans leur corps. D'où l'épaisseur de vêtements et de crasse qui ont une fonction de contenance et d'une peau beaucoup plus imperméable.

**Question numéro 3- Il y a-t-il des soins infirmiers qui font ressortir ce morcellement chez la personne atteinte de schizophrénie? (Objectif: voir si il y a un lien entre le toucher durant les soins de confort et de bien-être et le vécu dissociatif du corps de la personne atteinte de schizophrénie)**

La douche! Dans ce service en tout cas, c'est durant la douche qu'on remarque le plus le morcellement chez la personne qui souffre de schizophrénie. Inévitablement, par rapport à tout ce dont on a parlé avant, la douche reste un soin très envahissant pour la personne. Autant certains patients vont s'y résigner parce qu'ils ont une personnalité moins sur la défensive. Mais pour la plupart, ça va être tellement anxiogène et tellement vécu comme intrusif qu'il peut y avoir des troubles du comportement à type d'agressivité. Donc dans les soins qui provoquent le morcellement chez la personne schizophrène, il y a le soin d'hygiène et le toucher, même si le toucher, pour moi, à une place très présente dans ces soins d'hygiène et de confort aussi. Comment je pourrais dire pour faire simple? En fait, je dirai que c'est le toucher pendant les soins d'hygiène comme la douche où le morcellement est le plus présent. Je sais que si il y a un patient que moi je ne connais pas ou un patient qui est dit « en état de crise », donc qui est moins bien, je vais éviter de le toucher, je ne vais pas rentrer dans son enveloppe, dans sa petite bulle. C'est-à-dire que je met une distance et je m'approcherai de lui petit à petit en fonction de sa tolérance. Je ne vais pas le toucher sans son autorisation ou si je vois que la personne se montre trop réfractaire. Le toucher, ça peut être vécu comme quelque chose de très intrusif donc on est toujours sur la retenue quand on connaît pas. Même dans la vie de tous les jours c'est pareil! Quand tu ne connais pas quelqu'un, tu vas pas la prendre dans tes bras! Après, ici, sur des

patients au long cours que je connais plus parce que ça fait 2 ans que je travaille sur cette aile, je peux me servir du toucher comme « test » si je puis dire. Ça va me permettre de me faire une idée sur l'état dans lequel ils se trouvent. Tu vois, il y a des patients ici que je connais bien, ils ont l'habitude quand j'arrive, que je leur touche l'épaule lorsque je m'adresse à eux. Si je vois qu'un jour, ils me font part du fait que ça les gêne -parce que certains le disent bien: « ne me touche pas »-, ça va me donner une idée sur l'état actuel dans lequel se trouve la personne. Sur son état psychologique en tout cas. D'ailleurs, on pourrait dire que le psychique de la personne est lié à son physique. Si psychiquement, elle ne va pas bien, elle ne se laissera pas toucher.

**Question numéro 4- Quel comportement, quelle émotion ces soins ont-ils provoqué chez la personne?** *(Objectif: voir si les soins de confort et de bien-être génèrent un comportement agressif chez la personne atteinte de schizophrénie)*

Par exemple pendant la douche comme je te disais, on peut avoir le repli sur soi. Pour les personnalités qui vont être plutôt passives par rapport à ce soin là, ils vont se laisser faire mais c'est complètement envahissant et angoissant pour eux. L'angoisse peut être vécue d'une autre façon, ça peut se traduire par des cris, l'agressivité, l'agitation. Nous, on a un patient qui hurle quand on le touche pendant les soins d'hygiène.

Il y a des rituels de protection qui peuvent se mettre en place, c'est même quasi systématique. Certains vont mettre un gant de toilette sur les yeux pour essayer de faire en sorte que l'eau ne rentre pas dans le corps. D'autres personnes, ça va être de mettre les mains sur les oreilles parce qu'ils ont l'impression que l'eau va rentrer dans leur cerveau. Ils peuvent avoir le rituel de toujours utiliser la même douche, les mêmes produits ou choisir le soignant qui va les accompagner. Les jours de douche sont institutionnalisés de façon ritualisée dans la semaine pour ne pas les surprendre et ne pas rendre le soin encore plus angoissant. Et globalement, on remarque qu'ils éprouvent toujours une angoisse à l'idée de prendre la douche. On voit bien, ça commence à l'annonce de la douche et ça monte crescendo, ils se montrent très tendus jusqu'au soin. Pendant la douche, ça peut être compliqué, très douloureux pour eux parce que c'est vraiment vécu comme intrusif. Et après la douche, ils se sentent quand même bien, ils sont plus détendus, plus accessibles. C'est pas pour autant qu'il n'appréhendent plus le soin, ils appréhendent toujours la douche à venir mais ils sont contents de se sentir propre. Après, par rapport au comportement pendant la douche, on a quand même à faire face à de l'agressivité. Ça se manifeste par des insultes verbales, des cris, de la violence physique avec un passage à l'acte physique. Ça peut être sur le matériel quand le patient essaye de se contrôler vis-à-vis du soignant mais ça peut aussi être un passage hétéro-agressif sur les soignants présents.



*Mary Barnes - peinture*

*Ouvrage de Mary Barnes: "Un voyage à travers la folie" de Mary Barnes et Joseph Berke;  
éditions Points Essais*

« C'est une très belle histoire sur la pulsion anale de la peinture. Une femme schizophrène est hospitalisée, en traitement, dans la clinique anglaise de Kingsley Hall. Ronald Laing est l'un des psychiatres particulièrement inventif qui y exerce ses compétences. »

« Mary Barnes était dans un état épouvantable (pour l'entourage). Elle maculait les murs de ses excréments. Un jour, Laing assiste à cette gestuelle anale sur les murs de la pièce. Un trait de génie le traverse et, s'adressant à Mary Barnes, il lui parle ainsi: C'est beau, mais ça manque de couleurs. Interprétation géniale aux conséquences heureuses. Mary Barnes se met à peindre et transforme ainsi l'enfer de son état en vie possible. »<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Le Blog de M'Ores. Dela peinture et de la pulsion anale. 2008. [En ligne].  
Disponible : <http://wizzz.telerama.fr/wharf/blog/91367142>