



M^{elle} DOHM Carole
Promotion 2005-2008
IFSI de Briey

Sommaire

Introduction	Page 4
Cheminement	Page 5
Cadre conceptuel et législatif	Page 6
Analyse	Page 9
• Choix de l’outil, des établissements et de la population	Page 10
• Déroulement de l’enquête	Page 12
• Analyse des réponses	Page 13
○ Population enquêtée	Page 13
○ Représentations des psychotiques	Page 16
○ Accueil des psychotiques	Page 22
○ Souhaits des soignants	Page 27
Conclusion	Page 30

Annexes :

1. Bibliographie
2. Questionnaire
3. Réponses obtenues au dépouillement
4. Questions croisées
5. Décret 2002-194 du 11 février 2002
6. Décret 2004-802 du 29 juillet 2004
7. Loi du 4 mars 2002

« L'homme malade a de tout temps été secouru, mais la bienveillante attention qu'on pouvait lui porter différait selon la catégorie sociale à laquelle il appartenait. »
Jean-Marie Clément

Introduction

Mon choix de sujet s'est avéré assez simple : à plusieurs reprises dans différents services de soins généraux, j'ai été confrontée à des patients psychotiques qui ne présentaient pas les signes majeurs de leur pathologie comme elle a pu être abordée en cours.

Pendant les différents modules de psychiatrie, l'hospitalisation des patients a souvent été évoquée, mais il s'agissait uniquement des hospitalisations en services de psychiatrie.

N'ayant eu aucun cours, aucune théorie sur ce type de prise en charge, je me suis sentie démunie. J'ai supposé que les infirmiers ou aides soignants devaient être confrontés aux mêmes difficultés.

Ce n'est que par la suite que j'ai voulu travailler sur les représentations de la psychose chez ces soignants, j'ai voulu savoir si l'image du « fou agressif » encore bien présente dans la population générale se retrouvait chez les professionnels.

Pour cela, j'ai décidé de travailler tout d'abord les représentations de la psychose présentes chez les soignants, puis de voir les conséquences de ces dernières sur les soins et la relation au patient. Dans une dernière partie, j'ai identifié les souhaits des soignants pour optimiser la prise en charge des psychotiques.

« Oh, non ! Ce n'est pas possible ! C'est encore Mme T. qui sonne ! J'en ai assez, je vais lui enlever la sonnette ! »

« Mais qu'est ce qu'elle a à crier comme ça, on dirait qu'elle se fait agresser ! »

Au cours de mon premier stage de première année, ces phrases je les ai entendues à plusieurs reprises. N'ayant aucune expérience hospitalière antérieure, ni aucun cours de psychiatrie à ma disposition, je ne comprenais pas pourquoi cette patiente demandait autant d'attention. Dans son dossier, il était écrit schizophrénie sur fond d'alcoolisme. Ne sachant pas ce que recouvrait le terme de schizophrénie, j'ai posé la question à plusieurs infirmières. J'ai obtenu des réponses aussi similaires que succinctes : « elle est folle, elle voit des choses qui n'existent pas ».

Lors des soins, les infirmières allaient très vite, ne discutaient pas avec la patiente et la toilette de cette patiente était en permanence dévolue aux étudiants.

Au cours de la deuxième année, nous avons abordé le module 2 de psychiatrie, traitant des psychoses. J'ai ainsi eu une vision plus précise de ce que pouvait être la schizophrénie. Mais ces apports théoriques m'ont surtout apporté des pistes pour prendre en charge de manière optimale un patient délirant.

Par l'intermédiaire de ce module, nous avons également abordé les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de ce type de patient en service de psychiatrie.

Lors d'un des cours, un psychiatre venu pour une intervention a dit que 1% de la population française était schizophrène. Ce chiffre m'a fait réfléchir : Si 1% de la population française est effectivement schizophrène, un hôpital avec 100 lits doit logiquement héberger un schizophrène. Le cas de Mme T. qui était hospitalisée en médecine, ne devait donc pas être un cas isolé.

Cette conclusion s'est vérifiée en début de 3^{ème} année au cours d'un stage dans un service de rééducation fonctionnelle. Un jeune homme de 23 ans, autiste déficitaire, était hospitalisé afin de récupérer de l'autonomie suite à une défenestration qui l'avait rendue paraplégique.

J'ai tout de suite été amenée par l'équipe à prendre en charge ce patient, ce qui compte tenu de mes premières idées pour mon travail personnel de fin d'étude me convenait très bien. Au fil des jours, des membres de l'équipe m'ont confié qu'ils étaient contents que je prenne en charge Mr V., qui leur faisait peur, qu'il avait déjà giflé une aide soignante.

Après deux expériences similaires, dans deux services différents, j'en suis arrivée à la conclusion que la prise en charge de patients psychotiques en services généraux n'était pas rare.

J'ai alors commencé à réfléchir aux raisons qui poussaient les soignants de ces services à modifier leur prise en soins de ces patients. Plusieurs pistes s'ouvraient, j'ai donc décidé de rencontrer des soignants de services généraux pour savoir ce qu'ils pensaient des psychotiques. Au cours des deux entretiens que j'ai réalisés, deux thèmes revenaient régulièrement la violence des psychotiques et la peur qu'ils engendrent.

J'en suis arrivée à me demander pourquoi les psychotiques étaient automatiquement associés à une notion d'agressivité ? C'est l'image que la société en a. Or les soignants de par leur formation et leur connaissance des pathologies sont susceptibles d'avoir des représentations de la psychose et des psychotiques différentes.

D'où ma question de recherche : ***En quoi les représentations de la psychose influencent-elles la prise en charge d'un patient psychotique en service de soins généraux ?***

Cadre législatif et conceptuel

« Les psychoses sont un ensemble de psychopathologies caractérisées par l'existence d'épisodes psychotiques. Au niveau des manifestations, l'épisode psychotique se traduit par une altération du sens de la réalité : idées délirantes, hallucinations. Celui-ci de durée variable, peut être transitoire (...) ou prolongé. »¹

Le point commun entre tous les patients psychotiques est effectivement la perte de contact avec la réalité, omniprésente en phase aiguë, plus ou moins perceptible en phase chronique.

On retrouve 2 types de patients psychotiques :

- Les patients avec une personnalité schizoïde : Ils sont plutôt froids de contact, distants, repliés sur eux même, mais aussi ambivalents (c'est-à-dire présentant des tendances ou sentiment opposés au même moment). Ils présentent souvent un physique particulier (longiligne avec un regard vide).
- Les patients avec une personnalité paranoïaque : Ils sont plus orgueilleux, plus méfiants. Ils ont tendance à faire de fausses interprétations. Ce sont des personnes difficiles à vivre au quotidien²

La représentation que la société a de ces patients est encore aujourd'hui très négative.

On entend par représentation *« une idée, image qu'une personne ou une société peut se faire d'un objet donné. »³*

Dans « Les représentations sociales de la schizophrénie », Frantz Samy KOHL explique et détaille les différentes représentations encore perceptibles au sein de différentes cultures.

Les pays occidentaux perçoivent encore à l'heure actuelle les psychotiques comme des patients incurables, ayant un dédoublement de la personnalité, et restant plus dangereux que des patients dépressifs.

Les causes citées sont psychosociales ou héréditaires. Les populations orientales attribuent plus volontiers la psychose à une intervention divine.

Encore trop souvent, les psychotiques sont considérés par les populations occidentales comme des simulateurs des malades imaginaires par la population (« La schizophrénie est une maladie imaginaire pour 11% des enquêtés »⁴).

1 : ENCYCLOPÉDIE LIBRE « Psychose » [en ligne] Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychose> (consulté le 28 mai 2008)

2 : O GALES, et al, « Troubles de la personnalité » [en ligne] Disponible sur <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Q286%20tbls%20perso.pdf> (consulté le 02 juin 2008)

3 : Le petit Larousse 1999, PARIS, LAROUSSE, 1870 pages.

4 : KOHL Frantz-Samy, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*, PARIS, MASSON, p69

Les patients psychotiques sont amenés, comme j'ai pu le constater, à être hospitalisés en services généraux (médecine, chirurgie). Les infirmières de ces services doivent donc prendre en charge les psychotiques, patients atypiques pour elle. La prise en charge consiste à « s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités. »⁵

Dans le cas présent, cela oblige l'infirmière à prendre en charge le patient sur le plan physique (puisque une défaillance ou une lésion organique a justifié son hospitalisation) mais aussi sur le plan psychologique (la psychose connue de ce patient occasionnant une souffrance morale et éventuellement des incapacités).

Cette obligation pour l'infirmière de prendre en charge son patient sur le plan psychologique est d'ailleurs détaillée dans deux articles du *décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier* :

- Article 2 : « Les soins infirmiers (...) intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. (...) Ils ont pour but (...) de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes (...).

- Article 5 : Dans le cadre de son rôle propre l'infirmier accomplit ou dispense les soins suivants (...) :

- Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire.
- Aide et soutien psychologique
- Observation et surveillance des troubles du comportement

Ces deux derniers articles mettent en avant le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la souffrance psychique, et l'importance de la qualité du relationnel dans les soins.

L'infirmière comme toute personne a ses propres représentations de la psychose, et des psychotiques.

Ses représentations personnelles lui permettent de s'intégrer dans un groupe, de s'identifier comme appartenant à ce groupe et d'adopter les pratiques communément admises par le groupe. C'est ainsi que l'individu aura tendance à adopter des pratiques qui seront déterminées par ses représentations mais aussi qui seront justifiées après coup par ces représentations.⁶

En revanche, elle ne peut pas les laisser s'exprimer pendant son travail. En effet l'infirmière est soumise à une série de loi et de règles qui lui interdit de laisser transparaître ses opinions et l'oblige à prendre en charge tous les patients sans distinction. C'est le principe de non discrimination :

- *Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières (annexe 6) :*

- Titre I, chapitre 1, article R. 4312-2 : « L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité (...) du patient (...). »

5 : BLOUIN Maurice, BERGERON Caroline, 1997, Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, p.60

6 : DORTIER Jean François, 2002, L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille, Sciences Humaines, N°128, p 24-30

- Titre I, chapitre 2, article R. 4312- 25 : « L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, (...), sa maladie ou son handicap et sa réputation. »
- Titre I, chapitre 2, article R. 4312-26 : « L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. »

- *Loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé (annexe 7) :*
 - Article L.1110-1 : « Les professionnels (...) contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »
 - Article L. 1110-3 : « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. »
 - Article L 1110-5 : « Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés »

- *Code pénal : qui prévoit une peine de 3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende en cas de discrimination*
 - Article 225-1 : « Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, de leur grossesse, de leur apparence physique, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur handicap, de leurs caractéristiques génétiques... »

Ce principe est très important dans la prise en charge des patients, il est abordé dans 2 textes régissant la profession infirmière mais aussi dans le code pénal auquel sont soumis tous les français. Cela démontre bien une volonté gouvernemental d'abolir les discriminations, si cela est nécessaire par la répression (les peines prévues à l'encontre des contrevenants étant plutôt lourdes).

ANALYSE

Choix de l'outil

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser un questionnaire (présent en annexe 2). Ce choix a été délicat, mon enquête porte sur des représentations, des ressentis de soignants, je savais donc que j'allais recueillir des données qualitatives. Il aurait été donc plus logique d'utiliser une base d'entretien pour explorer mon thème.

Toutefois, au cours des deux entretiens que j'avais effectués avant de choisir mon outil, j'ai rencontré une surveillante d'un service de médecine qui m'a dit ne jamais accueillir de psychotiques. En utilisant les entretiens, je me serai limitée en nombre de personnes enquêtées. Je risquais donc de ne rencontrer que des personnes n'ayant jamais eu de contact avec des psychotiques en réalisant des entretiens au hasard dans des services de médecine ou de chirurgie. En ciblant les personnes interrogées, je pouvais fausser les résultats de mon analyse.

Le questionnaire me permettait de toucher des personnes, qui n'auraient peut être pas été suffisamment intéressées par mon thème pour accepter un entretien.

Enfin cette enquête réalisée à plus grande échelle permet d'avoir une meilleure représentativité des infirmières et aide soignantes.

Mon questionnaire a été élaboré en plusieurs parties :

- Caractérisation de la personne enquêtée
- Connaissance sur les psychoses : *Cette partie avait pour but de recenser les sources de connaissances sur les pathologies psychotiques, mais aussi savoir si les personnes interrogées se sentaient suffisamment informées sur les pathologies et sur la prise en charge des patients psychotiques.*
- Représentations de la psychose : *Dans cette partie, j'ai posé une question sur les caractéristiques les plus marquées chez les psychotiques (question 12 du questionnaire, Annexe 2). Pour aider aux réponses j'avais mis entre parenthèses « comportement, physique... ». Je pensais ainsi obtenir des caractéristiques physiques, ou des types de comportement que les soignants rencontraient classiquement auprès des psychotiques. Or, 13 personnes n'ont pas répondu à cette question, et 17 ont rendu une réponse non exploitable du type « comportement » voulant dire que ce qui était le plus marqué chez les psychotiques était leur comportement en général. Souhaitant des réponses plus précises, j'ai classé les réponses de ce type en non exploitables. Ma question n'aurait pas dû comporter d'exemples entre parenthèse. Je n'aurais ainsi pas induit de réponse non exploitable.*
- Comportement au cours des soins chez les psychotiques : *Ces quatre questions (16, 17, 18, 20) m'ont permis d'évaluer les réactions des soignants face aux psychotiques. A la question portant sur le premier ressenti à la découverte de la psychose d'un patient (question 16), j'avais indiqué qu'une seule réponse était possible. Les soignants ont eu des difficultés à répondre à cette question. En effet, près de 13% ont hésité et ont coché puis rayé une première réponse.*
- Présence et appel de la psychiatrie de liaison : *Cette partie me permet de savoir si cette instance existe dans l'établissement, si elle est régulièrement sollicitée. Ces questions avaient pour but d'ajouter une variable supplémentaire :*

apprécier l'influence de la psychiatrie de liaison sur les soins le comportement des soignants ou leur représentations sachant qu'un professionnel spécialisé peut intervenir à tout moment.

○ Proposition d'action à mettre en place pour aider à la prise en charge des psychotiques.

Choix des établissements

J'ai choisi de baser mon analyse sur quatre hôpitaux différents, que pour des raisons d'anonymat j'appellerai A, B, C, D.

- L'établissement A : ne comportant ni service de psychiatrie ni service de psychiatrie de liaison, 133 lits, situé dans une ville de 15000 habitants
- L'établissement B : comportant un service de psychiatrie de liaison, 500 lits environ, et est situé en milieu rural dans une ville de 4500 habitants
- L'établissement C : ne comportant ni service de psychiatrie ni service de psychiatrie de liaison, 426 lits, situé dans une ville de 20000 habitants
- L'établissement D : comportant un service de psychiatrie et un service de psychiatrie de liaison, 450 lits, situé dans une ville de 15000 habitants

J'ai choisi ces quatre hôpitaux pour avoir différentes variables dans mon étude : hôpitaux de tailles différentes, avec ou sans services de psychiatrie de liaison, situés en milieu rural ou urbain.

Choix des populations

Au moment du choix de mon thème, je pensais réaliser mon enquête uniquement auprès des infirmières. En effet, les expériences, que j'avais vécues et qui m'avaient amenées à choisir pour thème la prise en charge des psychotiques en services généraux, s'étaient déroulées auprès d'infirmières.

Après réflexion et plusieurs lectures, j'ai décidé d'inclure les aides-soignantes dans mon étude. Elles passent plus de temps auprès des patients pendant la toilette, ont l'opportunité d'avoir une relation basée sur des gestes simples et non douloureux (contrairement aux infirmières qui réalisent plus fréquemment des soins douloureux). De plus, leur formation, qui par définition est moins poussée en matière de pathologie psychiatrique que la formation infirmière, constitue une nouvelle variable à exploiter dans l'enquête. Cela permettra de voir si une formation moins approfondie a une influence sur les représentations des psychotiques auprès des soignants.

Déroulement de l'enquête

J'ai envoyé mes demandes de diffusions entre le 13 février et le 15 mars 2008. Les établissements A, B, C, m'ont envoyé une réponse positive.

Toutefois l'établissement A. ne m'autorisait à diffuser mon questionnaire que dans leur service de soins continus. Ce service ne correspondant pas à mes critères de recherche, j'ai repris contact avec la directrice des soins qui m'a autorisée à diffuser dans un nouveau service de chirurgie.

Les établissements B. et C. m'ont autorisé à diffuser mes questionnaires dans l'ensemble de leurs services de médecine et chirurgie.

L'établissement D. m'a fait parvenir une réponse négative, ils avaient trop de questionnaires déjà en cours de diffusion sur l'établissement.

Au total, j'ai donc déposé 176 questionnaires au sein des 3 établissements, je les ai laissé 15 jours dans chaque service.

J'ai collecté 89 questionnaires remplis, tous exploitables, soit un taux de réponses de 52,35 %.

	Questionnaires envoyés	Questionnaires reçus	Pourcentage
Etablissement A	20	11	55 %
Etablissement B	90	30	33,33 %
Etablissement C	60	48	80 %
Total	170	89	52,35 %

Le taux de réponses de l'établissement A est plutôt bon (55%). *Cet hôpital attribue à chaque étudiant un service dans lequel il est autorisé à diffuser. Cette politique d'établissement montre un engagement des professionnels à limiter le nombre de questionnaires circulant afin d'optimiser l'adéquation entre les thèmes des travaux de fin d'études et les situations rencontrées en service. La surveillante incite les professionnels du service à remplir les questionnaires.*

Le taux de réponse de l'établissement C est très bon (80%). *En effet, cet établissement reçoit très peu de questionnaires. L'IFSI qui dépend de l'hôpital C demande à ses étudiant(e)s de baser leur travail de fin d'études sur des entretiens. Une cadre supérieure du pôle de chirurgie m'a dit que mon questionnaire était seulement le troisième qui leur parvenait pour cette année.*

En revanche, le taux de réponse de l'établissement B est faible (31,25 %). *Ce taux peut s'expliquer par le fait que chaque service de cet hôpital avait en moyenne 5 questionnaires différents en attente de réponses pendant la période où j'ai diffusé le mien. Mon questionnaire compte 5 pages, ce qui peut paraître long pour quelqu'un qui a déjà répondu à plusieurs questionnaires avant. Je ne pense pas que le thème de mon enquête ait été un frein aux réponses dans la mesure où j'ai obtenu de bon taux dans les autres établissements.*

Ayant choisi un thème qui n'est pas classique, je redoutais une certaine défection du personnel. Au vu des résultats globaux, on peut dire que le taux de réponse est bon (52,35%). La médiatisation récente des événements de Pau a certainement contribué à susciter de l'intérêt de la part des soignants pour mon thème.

Analyse des réponses

I. Population enquêtée :

A. Sexe :

J'ai obtenu des réponses provenant de 83 femmes, et 6 hommes, soit 93% de femmes et 7% d'hommes.

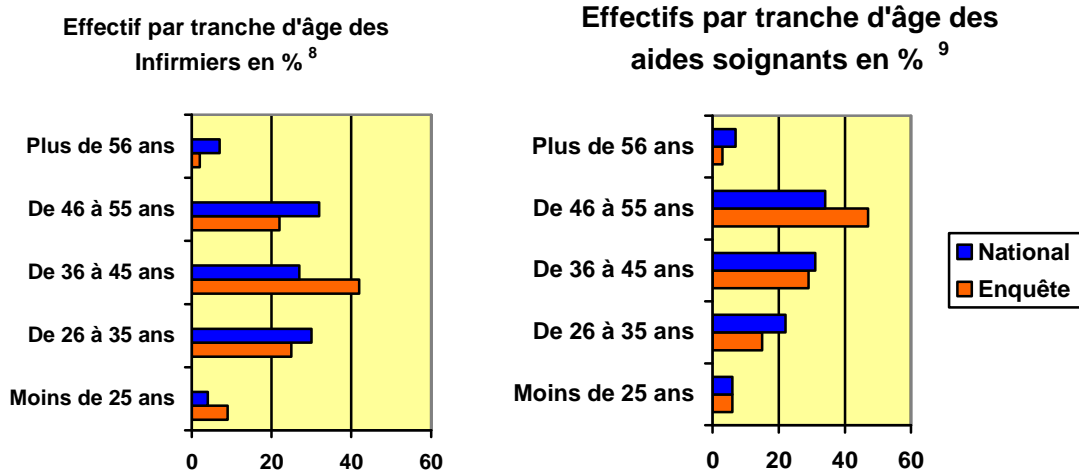
Par comparaison, en 2007, les femmes représentaient 86,2 % des infirmiers travaillant dans le domaine hospitalier⁷. *On peut donc dire que la représentation homme/femme de la profession est pratiquement respectée dans mon enquête.*

B. Fonction et âge

Mon questionnaire s'adressait aux infirmiers et aux aides soignants. Les infirmiers représentent 62 % des personnes interrogées. *Mon choix n'était pas de favoriser les réponses des infirmières. Mon souhait aurait été d'obtenir un taux de réponse de 50 % de la part des infirmiers, et 50 % de la part des aides soignants.*

Il est possible que les infirmiers se soient sentis plus concernés par mon thème, dans la mesure où ils sont généralement confrontés à des patients psychotiques au décours de soins techniques et/ou douloureux.

Toutes les tranches d'âge sont représentées. On voit sur les deux graphiques que les plus de 56 ans sont moins représentées dans mon enquête que dans la population



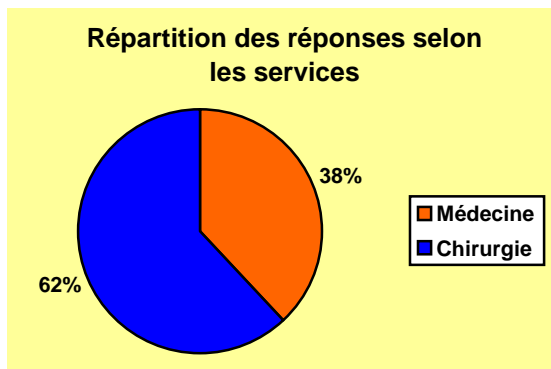
7 : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, ET DE L'EVALUATION DES STATISTIQUES « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007 » [en ligne] Disponible sur <http://www.infirmiers.com/doss/telecharger/dress-infirmier.pdf> (consulté le 17 mai 2008)

8 et 9 : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, ET DE L'EVALUATION DES STATISTIQUES « Conditions et Organisation du travail dans les établissements de santé en 2003 », [en ligne], Disponible à la page 3 sur http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06ys.PDF (consulté le 18 mai 2008)

hospitalière générale. On peut supposer que les 56 ans et plus sont proches de la retraite et se sentent moins impliqués dans les travaux de fin d'études des étudiants. Par opposition, on peut supposer que la récente obtention du diplôme d'état influe sur le taux de réponses des jeunes infirmières (moins de 25 ans). Ayant elle-même eu à créer un outil de recherche pour l'obtention de leur diplôme, elles se sentent probablement plus proches des difficultés que peuvent rencontrer les étudiants dans la collecte des réponses.

Je n'ai pas d'explication en ce qui concerne la prédominance des infirmiers de 36 à 45 ans, ni des aides soignants de 46 à 55 ans dans l'enquête.

C. Services

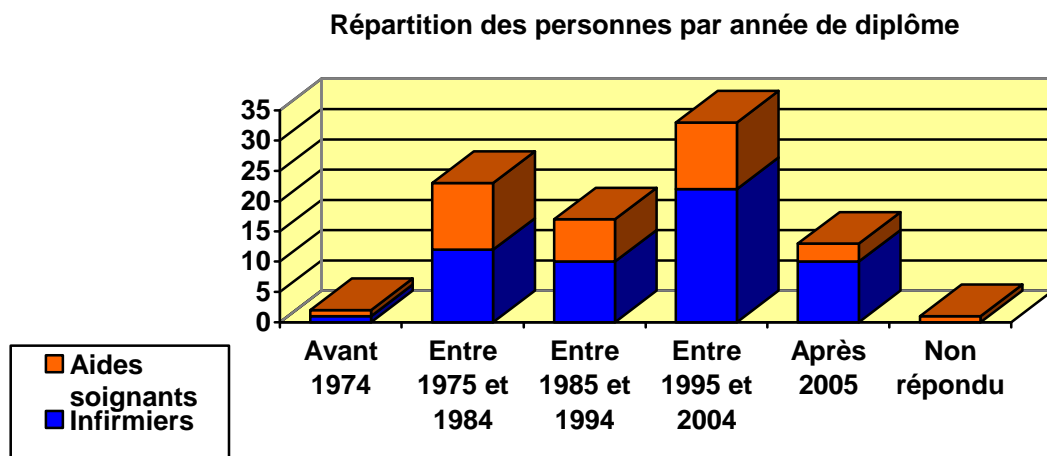


J'ai obtenu 34 questionnaires provenant de médecine, et 55 provenant de chirurgie.

Pour l'enquête, j'avais distribué 70 questionnaires en services de médecine et 100 en services de chirurgie. Les questionnaires de médecine représentent donc 41 % des questionnaires distribués et 38 % des questionnaires récupérés et analysés.

Ce taux tend à démontrer que les services de médecine et de chirurgie se sont sentis globalement autant impliqués par le thème de la prise en charge des psychotiques.

D. Année du diplôme



Au sein de cette enquête, on retrouve des infirmiers et des aides soignants d'ancienneté variée. Toutes les tranches sont globalement bien représentées.

On remarque que le nombre d'infirmiers récemment diplômés est plus important que le nombre d'aides soignants. *On peut supposer qu'ils répondent plus facilement aux questionnaires car ils connaissent les difficultés de réalisation du travail de fin d'études.*

E. Travail en psychiatrie

Parmi les 89 personnes interrogées, 11 ont déjà travaillé en secteur de psychiatrie, mais seulement 5 d'entre eux avaient choisi d'aller en psychiatrie.

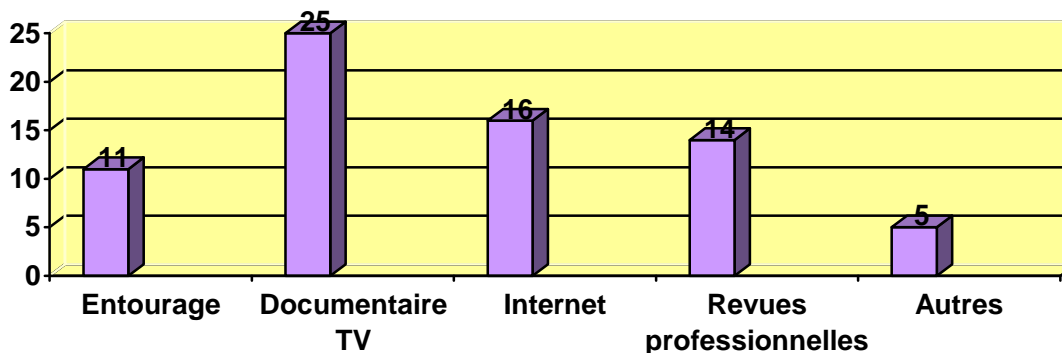
Les 6 personnes qui n'avaient pas demandé la psychiatrie sont les 6 personnes dont l'ancienneté en psychiatrie est inférieure à 2 ans (question 7b de l'annexe 3). *Ne se destinant pas à la psychiatrie, on peut présumer que ces personnes ont changé de service dès qu'elles en ont eu l'opportunité.*

F. Les connaissances et formations sur les psychoses

Il n'y a qu'une seule personne sur les 89 interrogées qui dit avoir reçu une formation complémentaire sur les psychoses en dehors de sa formation initiale diplômante (Annexe 3, question 9). *Je suppose que cette personne n'a pas saisi ma question puisqu'elle répond à la question suivante qu'elle a reçu une formation de « cours théorique ». De plus, ce genre de formation est généralement instauré pour tout un service, or elle est la seule de ce service à avoir répondu positivement à la question.*

Il y a 40 % des soignants qui ont d'autres sources de connaissances sur les psychoses :

Sources de connaissances sur les psychoses



Dans la catégorie « autres », les soignants ont cité les cours de l'IFSI, les journaux, les livres et les expériences antérieures de contact avec les psychotiques.

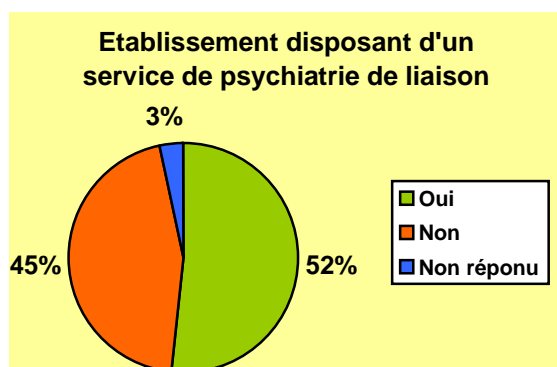
Les sources d'informations sont variées, toutefois les revues professionnelles sont les seules sources dont la véracité des informations délivrées est assurée. Les documentaires télévisuels et Internet peuvent parfois fournir des informations non vérifiées, et sont à manipuler avec plus de prudence.

Malgré ces sources d'information, il ressort à la question 11(annexe 3) que :

- **90%** des soignants ne se sentent pas suffisamment informés sur les pathologies psychotiques en général.
- **98%** des soignants ne se sentent pas suffisamment informés sur la prise en charge des patients psychotiques.

On peut dire qu'à l'exception de 2 soignants (dont 1 qui possède une expérience en psychiatrie), aucune des 89 personnes interrogées ne se sent suffisamment informée pour prendre en charge ce type de patient. Or aucun de ces soignants n'a bénéficié d'une formation pour les aider dans cette prise en charge.

G. Psychiatrie de liaison



Comme le montre le graphique, on peut dire qu'il y a globalement un équilibre entre les réponses provenant d'établissements disposant ou non d'un service et de psychiatrie de liaison.

II. Les représentations de la psychose

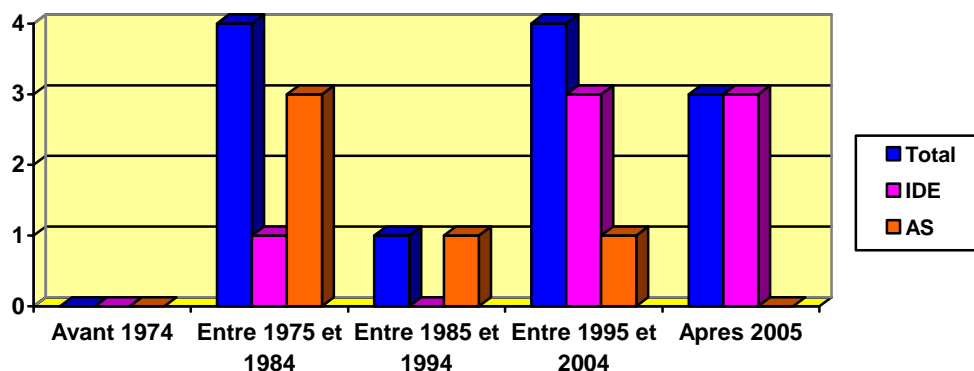
A. La perte de contact avec la réalité

Une des premières caractéristiques de la psychose qui ressort de mon enquête, est la perte de contact avec la réalité. En effet la question 8, j'ai obtenu 47 fois la notion de perte de contact avec la réalité. Puisque 5 personnes ont éludé la question, on peut dire que 56 % des personnes qui ont répondu associent la psychose au délire et aux hallucinations. Cette notion ressort également à la question 12 avec près de 35 % des réponses exploitables. *C'est une réponse que l'on peut qualifier de logique dans la mesure où la caractéristique première des psychoses est cette scission avec la réalité.*

Le terme de folie a été retrouvé à 12 reprises dans la question 8, c'est-à-dire que 14% des soignants associent la psychose à la folie. Ce terme n'a été employé que par des femmes, se sentant insuffisamment informées sur les psychoses, n'ayant à une exception près aucune expérience en psychiatrie.

La folie caractérise la psychose pour 7 infirmières et 5 aides soignants, 6 de médecine et 6 de chirurgie. *C'est une répartition relativement homogène au sein de l'enquête.*

Toutefois il ressort que les soignants de plus de 36 ans représentent les deux tiers des personnes associant la psychose à la folie (annexe 4, page 12). *Cela pourrait s'expliquer par l'ancienneté de leur diplôme, or comme le montre le graphique ci-dessous ce sont généralement les jeunes diplômés qui amalgament la psychose et la folie.*



Comme le montre le graphique 6 des 7 infirmières qui associent psychose et folie ont obtenu leur diplôme après 1995, c'est-à-dire après la mise en place de la réforme incluant les cours de psychiatrie en IFSI. Ces apports théoriques supplémentaires n'empêchent pas l'association folie/psychose.

Par comparaison, voici les résultats d'un sondage que j'ai diffusé sur Internet et disponible sur http://www.123votiez.com/sondages/sondage-gratuit-14495_26460.php. 42% des 35 personnes qui ont répondu à la question « Est-ce que les schizophrènes sont fous ? » ont répondu oui. *Ce taux est plus important que le taux de soignant associant psychose et folie. Cela peut laisser supposer que les soignants font moins l'amalgame entre psychose et folie, mais les résultats sont biaisés. La question aux soignants était une question ouverte avec évocation spontanée de la folie, alors que le sondage Internet était basé sur une question fermée.*

En revanche, cela montre bien que les schizophrènes ont toujours une image négative dans la société.

B. La psychose est une maladie

La psychose est perçue comme une maladie au même titre que les pathologies somatiques par plus de 65 % des personnes interrogées (question 14 de l'annexe 3). On retrouve cette notion de maladie mentale à la question 8 (32 réponses) avec un listing des différentes psychoses existantes. *La question 14 démontre que la majorité des soignants conçoit la psychose comme une maladie ordinaire.*

Toutefois une notion d'incurabilité et de difficultés de traitement ressort de l'enquête. Pour 44 soignants interrogés, la psychose est une maladie incurable (question 14).

La complexité des traitements est également abordée tout au long du questionnaire :

- A la question 12, 4 soignants décrivent les problèmes de coopération pour la prise des traitements
- A la question 13, les difficultés d'observance des traitements sont perçues par 45 % des professionnels
- A la question 8 où 14 personnes évoquent la spécificité des traitements, les hospitalisations à répétition.

« Le malade a eu affaire à la médecine, le bénéfice subjectif des traitements qui lui ont été administrés, parfois dans une situation de contrainte, ne lui est pas toujours paru évident, c'est pourquoi il entretient souvent avec elle un rapport de défiance. »¹⁰

10 : JENOUDÉ Louis Pierre, 2004, « Les psychotiques n'ont pas de cancer », Santé mentale, N° 90, p 22-28

A travers cette phrase, le Dr Jenoudet évoque toute la complexité du rapport des psychotiques avec les soins et les hospitalisations. Plus loin dans son article, il explique qu'il ne faut pas donner au psychotique l'impression que l'on veut le garder de force dans le service, pour ne pas lui rappeler ses hospitalisations sous contraintes passées.

C. Les psychotiques sont agressifs et font peur

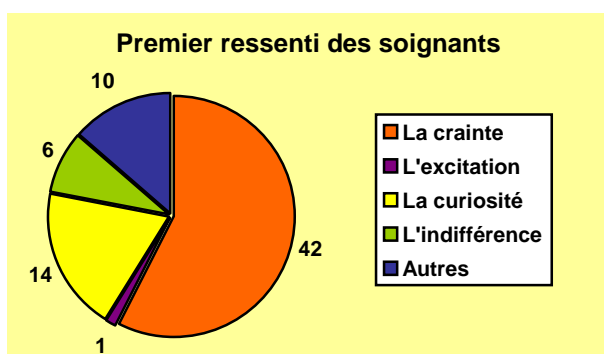
La troisième notion qui ressort de mon analyse, est la notion d'agressivité, de violence. En effet, à la question 14, on peut voir que 39 soignants estiment que les psychotiques sont agressifs.

Cette idée est associée à la peur et à l'angoisse qu'ils engendrent chez les soignants. Pour 30 personnes interrogées la psychose (question 8) est associée à une notion de peur ou d'angoisse. *C'est-à-dire que pour 35 % des personnes qui ont répondu à ce questionnaire, la psychose est une maladie qui fait peur. Ceci peut s'expliquer notamment par la médiatisation de l'agression des infirmiers de Pau, et le récent débat sur la notion responsabilité pénale des personnes non conscientes de leur acte.*

L'image des schizophrènes au cinéma est souvent associée aux tueurs en série comme dans les films « Le silence des agneaux » ou « C'est arrivé près de chez vous ». ¹¹ *Les schizophrènes sont décrits dans ces films comme violents ou manipulateurs, cela ne contribue pas à l'amélioration de l'image de ces derniers au sein de la population.*

« Fightclub » met en scène deux acteurs différents pour symboliser la dissociation des deux personnalités du personnage principal. *Ce genre de film tend à conforter la population générale (et aussi éventuellement certains soignants mal informés) dans l'idée que la psychose entraîne un dédoublement de la personnalité (« Autres », question 8, Annexe 3).*

De plus, on remarque que les psychotiques focalisent l'attention des soignants pendant leur hospitalisation. En effet, à la question 13, 52% des professionnels interrogés déclaraient focaliser leur attention sur les patients psychotiques. Cela s'explique par le fait que les soignants redoutent une crise du patient ou des actes violents.



La question 16 illustre bien cette idée : Le premier ressenti des soignants à la découverte de la psychose d'un patient est la crainte pour 47 % d'entre eux, ce taux monte à plus de 57% si l'on exclut les « non répondus » du calcul.

11 : VEYRAT J.G., 1994, La représentation du malade mental au cinéma, Annales médico-psychologiques, N° 9, p 623-627

Le fait d'être ou non en poste avec un homme n'influence pas le premier ressenti. On pourrait supposer que le fait de travailler avec un homme rassurerait une infirmière ou une aide soignante. Ce n'est pas le cas :

1 ^{er} ressenti En poste avec 1 homme	Crainte	Excitation	Curiosité	Indifférence	Autre	Non répondus	Total
Toujours	2	0	0	0	0	0	2
Souvent	9	1	3	1	3	0	17
Parfois	20	0	9	3	4	0	36
Jamais	10	0	2	2	2	1	17
Non répondus	1	0	0	0	1	0	2
Total	42	1	14	6	10	1	74

Dans ce tableau qui croise les questions 6 et 16, on voit que la totalité des soignants qui travaillent toujours avec un homme éprouvent de la crainte à l'annonce de la maladie du patient.

Or, seulement 10 professionnels sur les 17 n'exerçant jamais avec homme ressentent cette même crainte (soit 59%).

La notion d'agressivité ne se retrouve pas de la même manière au sein de la population enquêtée :

- *Les personnes ayant une expérience antérieure en psychiatrie ne perçoivent pas l'agressivité dans les mêmes proportions :*

A la question 14, 39 soignants sur 87 ayant répondu à la question ont qualifié les psychotiques d'agressifs, soit près de 45%. Ce taux descend à 27% si l'on ne s'intéresse qu'au personnel ayant déjà travaillé en secteur de psychiatrie. *Cette baisse du taux peut s'expliquer par la meilleure connaissance des patients. En effet, les soignants de services généraux sont moins souvent en contact avec des patients psychotiques, ils sont moins habitués à leur réaction, et comme ils le disent eux même ils ne se sentent pas suffisamment formés pour les prendre en charge.*

De plus, ces soignants gardent en tête le drame de Pau, qui a conforté beaucoup de personnes dans l'idée d'agressivité des psychotiques (d'autant plus que ce drame s'est déroulé dans un centre psychiatrique avec des locaux adaptés).

- *Les hommes perçoivent moins l'agressivité des psychotiques :* En effet, seulement 17% des hommes interrogés qualifient les psychotiques d'agressifs, contre 47% des femmes. *Les hommes étant physiquement plus apte à faire face à l'agressivité des patients sont peut être moins marqués par cette caractéristique. Il est également possible que les patients psychotiques agressifs le soient plus volontiers avec une femme, possédant une stature moins impressionnante qu'un homme.*

- *Le fait d'avoir à disposition un service de psychiatrie de liaison ne semble pas améliorer la perception de l'agressivité des psychotiques. Au contraire : 50% des soignants qui dispose d'un service de psychiatrie de liaison qualifient les psychotiques d'agressifs à la question 14. Alors qu'à cette même question, les soignants des établissements ne possédant pas de service de psychiatrie de liaison ne sont que 37 %. (annexe 4, page 3, tableau 1). On peut éventuellement supposer que certains soignants expliquent la mise en place de la psychiatrie de liaison par la nécessité de canaliser l'agressivité de ces patients.*

D. Souffrance psychique

Parallèlement à la violence ou l'agressivité, les soignants perçoivent le mal-être et la souffrance psychologique de ces patients. A la question 8, cet item est évoqué à 21 reprises, et à 7 reprises dans la question 12. *Ces 2 questions sont des questions ouvertes, je n'ai donc pas influencé les réponses avec des propositions (type question cafétéria). La souffrance de ces patients est réellement ressentie par les soignants malgré la peur qu'ils peuvent leurs inspirer.*

Les personnes souffrant de maladie mentale ont en général un vécu ponctué de nombreuses hospitalisations, parfois contre leur gré. A leur arrivée, dans le service, ces patients qui ont en général une vision déformée de leur corps, se retrouvent confrontés à l'angoisse d'une nouvelle hospitalisation.

Les maladies somatiques occasionnent le plus souvent chez les psychotiques un stress majeur, d'après le Dr Jenoudet¹².

La douleur psychique est une douleur tout à fait normale, fluctuante au gré de nos expériences. La difficulté est de percevoir la frontière entre la souffrance normale et la souffrance pathologique¹³. Dans le cas des pathologies mentales, l'objectif est de juguler la souffrance psychique pathologique à l'aide de traitements médicamenteux, psychothérapeutiques... Avec du recul, on peut donc dire qu'il est donc cohérent que les soignants évoquent cette souffrance psychique.

E. Contact difficile

Les psychotiques sont également perçus comme des patients avec lesquels il est difficile d'entrer en contact. A la question 12, 16 soignants évoquent les difficultés d'échange, le caractère renfermé et associable de ces patients.

A la question 8, on retrouve une notion similaire : pour 7 soignants les psychotiques s'isolent ce qui occasionne des difficultés de communication. Ils sont également considérés comme des personnes méfiantes par 13 soignants. *Le contact avec un patient psychotique est différent de celui avec un patient ne présentant pas ces troubles. Cela oblige les soignants de services généraux à s'adapter. « Un patient psychotique (...) ne verbalise pas ses symptômes ou le fait avec ses propres mots, mêlés à l'expression de son délire »¹⁴*

A la question 13, on voit également que pour 59 professionnels les psychotiques expriment leur douleur différemment. *L'article « Comorbidités somatiques en psychiatrie » confirme que pour le médecin somaticien, le corps du psychotique s'exprime de façon " médicalement incorrecte ", présentant des signes atypiques, ou passant inaperçus parmi diverses plaintes somatiques.¹⁵*

12 : JENOUDET Louis Pierre, 2004, « Les psychotiques n'ont pas de cancer », *Santé mentale*, N° 90, p 22-28

13 : CHATIEL Patrick, 2004, « Corps signalant et corps parlant », *Santé mentale*, N°90, p 41-44

14 : CABARET-SZCZEPANIK Wanda, 2004, « Je ne suis pas malade, vous êtes des menteurs ! », *Santé mentale*, N°90, p 48-51

15 : FEVRIER Ronan, BRYSSINE Sylvie, VALON David, 2004, « Comorbidités somatiques en psychiatrie », *santé mentale*, N°90, p 29-34

F. Représentation du comportement

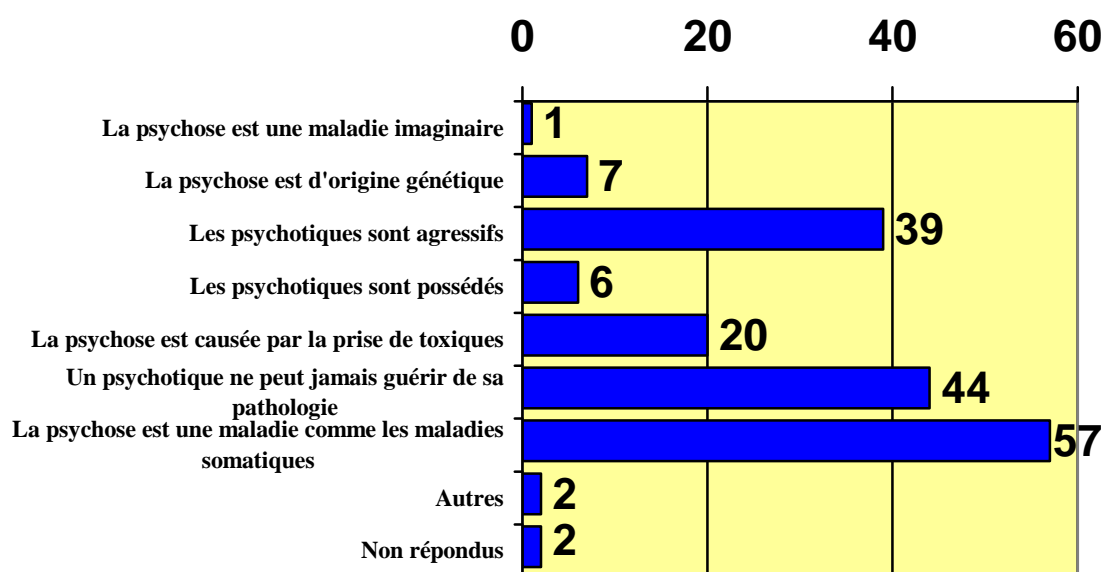
Du point de vue du comportement à la question 12, il y a deux extrêmes qui sont décrit :

- Les patients agités avec un regard perçant, manipulateur... A la question 13, 33 soignants sur les 89 interrogés ont répondu que les psychotiques agitaient le service soit 37%.
- Les patients présentant un ralentissement psychomoteur, un regard hagard, une atonie... (question 12, annexe 3)

Ces deux types de comportement décrit mettent bien en avant l'ambivalence des patients psychotiques. Cette perception de l'ambivalence est confortée par le croisement des questions 12 et 13: 8 des 12 soignants ayant décrit les psychotiques comme ralentis, ont répondu qu'ils agitaient le service.

On peut également penser que les 2 types de comportements décrits correspondent au 2 types de personnalités psychotiques existantes : le premier serait proche des personnalités paranoïaques, et le second des personnalités schizoïdes.

A la question concernant les croyances populaires (question 14), j'ai obtenu des réponses variées (tableau ci-dessous) :



Certaines de ces réponses sont surprenantes pour des professionnels de santé. Plus de 9% des soignants ayant répondu à la question 14 pensent que la psychose est une maladie imaginaire ou que les psychotiques sont possédés ! Ces propos ont été tenus par des femmes de plus de 36 ans sans expérience en psychiatrie. Les aides soignantes et infirmières sont également représentées, mais proviennent toutes de services de chirurgie (annexe 3, croyances populaires).

Parmi elles, on remarque que 3 des 4 diplômées après 1995 sont des infirmières. C'est-à-dire qu'elles ont obtenu leur diplôme après la réforme de l'examen et après l'introduction des cours de psychiatrie dans la formation initiale. Le complément d'information sur les pathologies pendant les cours n'a apparemment pas servi à leur donner une image plus « soignante » de la maladie psychotique.

22% des soignants pensent que c'est la consommation de toxiques qui est à l'origine de la psychose. *Il est certain que beaucoup de psychotiques consomment des toxiques, mais sauf cas particulier, la consommation de toxiques n'a pas induit la pathologie. Elle peut déclencher des épisodes psychotiques chez certaines personnes, qui n'auraient peut être pas présenter de signes de la maladie dans des conditions habituelles de stress.*

III. Accueil et soins des psychotiques

A. Accueil des psychotiques

Comme je le pensais, les psychotiques ne sont pas une population rare en services généraux. En effet, 83% des soignants interrogés ont déjà accueilli des psychotiques au sein de leur service (question 15 annexe 3).

Comme le montre le tableau ci-dessous, les psychotiques sont accueillis aussi bien en médecine qu'en chirurgie.

Accueil des psychotiques	Oui	Non	TOTAL
Service			
En médecine	32	2	34
En chirurgie	42	13	55
TOTAL	74	15	89

Toutefois, on remarque que la fréquence d'accueil des psychotiques est plus importante en médecine : 94 % des soignants des services de médecine ont pris en charge des psychotiques, contre 76 % des soignants de chirurgie.

Dans les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les psychotiques, on retrouve les maladies cardiovasculaires, les néoplasies, les maladies endocriniennes avec le diabète, mais aussi des pathologies neurologiques (épilepsie, sclérose en plaque), et enfin les infections sexuellement transmissibles (HIV, hépatite)¹⁶. Ces pathologies justifient plus volontiers des hospitalisations en services de médecine plutôt qu'en chirurgie.

B. Conséquences de la pathologie sur les soins

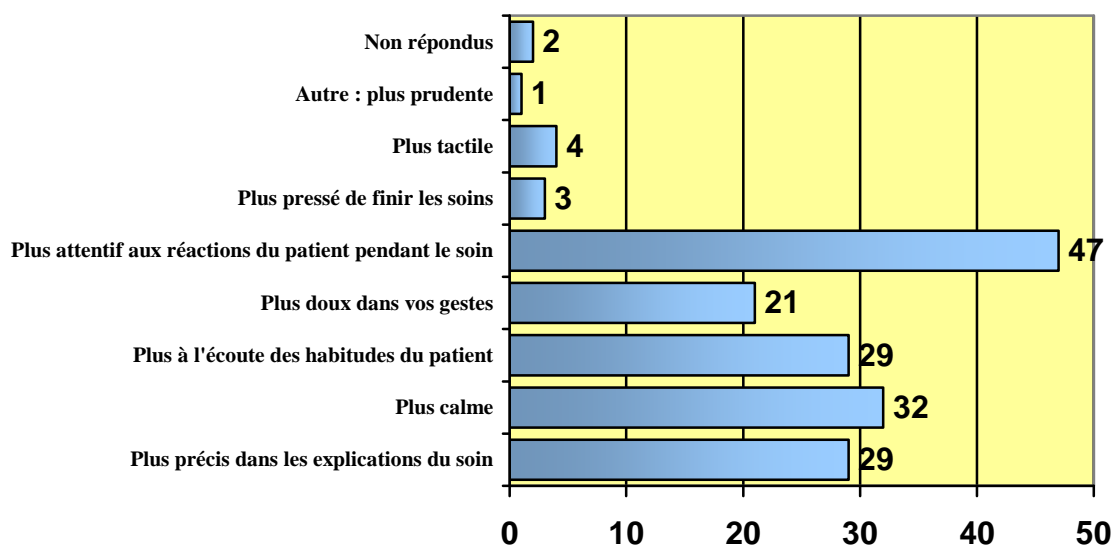
Face à un patient psychotique, 77% des professionnels interrogés déclarent avoir un comportement différent pendant les soins réalisés auprès de patients psychotiques (question 17a, annexe 3).

Théoriquement 57 soignants devaient répondre à la question 17b, j'ai obtenu 55 réponses. Sur ces 55 réponses, on voit que le surcroît d'attention pendant les soins a été cité à 47 reprises. *Cela signifie que plus de 85% des soignants ayant répondu à cette question prêtent d'avantage d'attention aux réactions des patients psychotiques, qu'à celles des patients « classiques ».*

16 : FEVRIER Ronan, BRYSSINE Sylvie, VALON David, 2004, « Comorbidités somatiques en psychiatrie », santé mentale, N°90, p 29-34

Parmi eux, 28 avaient déclaré ressentir de la crainte à la découverte de la pathologie, et 9 avaient déclaré ressentir une autre sensation (vigilance, appréhension, attention, ou méfiance). *Il est logique que les soignants éprouvant de la crainte soient plus attentifs aux réactions du patient de peur d'une réaction violente ou imprévisible.*

Les différences de comportement pendant les soins :



Sur le graphique, on remarque que les soignants sont plus calmes, plus précis dans les explications du soin, plus à l'écoute des habitudes du patient. *Cette manière de réagir et de s'adapter a pour but de ne pas stresser le patient. Les soignants essaient ainsi d'éviter une source d'angoisse supplémentaire au patient : s'il sait exactement qu'est ce qui va être fait et pourquoi, il adhérera mieux au soin.* Généralement en médecine somatique, la personne se soumet spontanément aux décisions thérapeutiques et recherche l'alliance¹⁷.

Les soignants de services généraux ne sont pas habitués à devoir construire une relation de confiance avant tout soin. Cette relation s'installe de manière tacite et spontanée avec les patients qu'ils accueillent généralement.

De même, le stress est communicatif. Le patient ressent si un soignant n'est pas à l'aise pour un soin.

Tous ces processus d'adaptation plus ou moins consciemment mis en place par le soignant ont pour but d'éviter une décompensation du patient, ou tout au moins une anxiété superflue.

Parmi ces soignants, on retrouve essentiellement des infirmiers, à l'exception de l'item « plus à l'écoute des habitudes du patients ». *C'est assez logique dans la mesure où l'aide soignant aura moins tendance à expliquer une toilette, mais à plus prendre en compte les habitudes du patient à domicile. Les soins techniques infirmiers nécessitent plus d'explication, sont généralement plus douloureux, et risquent de faire stresser le patient c'est pourquoi les infirmiers sont plus calmes et plus longs dans les explications du soin.*

On retrouve également des professionnels qui qualifient les psychotiques d'agressifs et qui ressentent de la crainte, malgré cela ils arrivent à aller au-delà de leurs représentations pour aboutir à une prise en soin optimale du patient.

17 : CHATIEL Patrick, 2004, « Corps signalant et corps parlant », Santé mentale, N°90, p 41-44

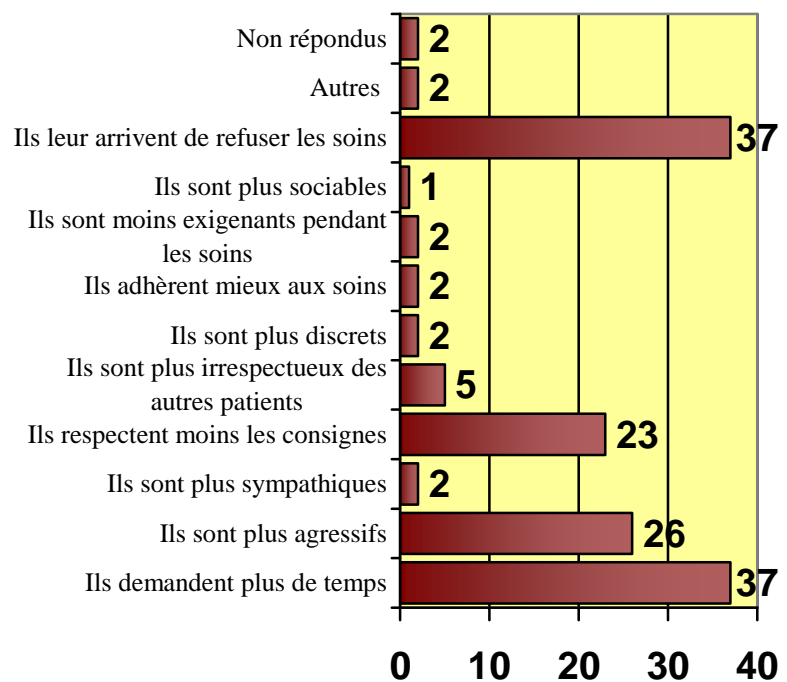
En revanche, 4 professionnels se disent plus tactiles pendant les soins. *Les psychotiques ayant une image déformée, morcelée du corps, risquent de mal vivre cette intrusion.*

Ces soignants plus tactiles sont des femmes, sans expérience antérieure en psychiatrie, ressentant toutes de la crainte à la découverte de la pathologie du patient. Il y a 3 infirmières diplômées après 1995 et une aide soignante diplômée entre 1975 et 1984. 75% d'entre elles déclaraient ne pas avoir d'autre source de connaissance sur les psychoses que les cours dispensés pendant leur formation initiale. *Le fait de ne pas avoir d'expérience en psychiatrie et de manquer de connaissances sur la maladie peut expliquer qu'elles commettent l'erreur d'être tactile avec le patient.*

En revanche, les 3 infirmières qui ont obtenu leur diplôme après 1995, ont reçu une formation initiale plus complète. Elles devraient avoir les bases théoriques des soins chez les psychotiques.

Toutes ces femmes déclarent ressentir de la crainte. En ayant un contact physique avec le patient, elles pensent certainement l'apaiser, et se rassurent elle-même par la même occasion.

Les soignants pressés de finir les soins sont assez marginaux dans l'enquête, puisqu'ils ne représentent que 5% des personnes ayant répondu à la question 17b. Ces 3 soignants pressés de finir les soins sont des aides soignantes de médecine, sans expérience en psychiatrie et sans autre connaissance que les cours de l'IFAS. Elles perçoivent les psychotiques comme agressifs (question 14), et ressentent de la crainte à la découverte de la pathologie (question 16). *Le fait qu'elles ne se sentent pas en sécurité auprès de ces patients peut expliquer qu'elles se dépêchent de finir les soins, même si ce n'est pas une attitude soignante.*



On voit sur ce graphique tiré de la question 20b, que les psychotiques demandent plus de temps que les patients habituellement accueillis dans les services généraux (item choisi par 50% des personnes interrogées puisqu'ils ne sont que 74 à avoir déjà accueilli des psychotiques dans leur service). *C'est un résultat cohérent puisque ce sont des*

patients à qui il faut mieux expliquer les soins, auprès desquels il faut faire preuve d'empathie.

Ces mêmes soignants évoquent le refus de soins, qui peut être associé aux refus de traitement évoqués précédemment (question 12). *Le fait de devoir mieux expliquer les traitements afin que le patient les accepte peut demander du temps. C'est pourquoi les soignants ont dans 90% des cas associé ces 2 propositions (« ils demandent plus de temps » et « ils leur arrivent de refuser les soins »).*

On retrouve à nouveau la notion d'agressivité, perçue par les soignants pendant l'hospitalisation des psychotiques. *Cette question centrée sur le vécu des soignants pendant l'hospitalisation permet de voir que l'agressivité des patients n'est pas seulement une représentation dans l'esprit des soignants mais qu'elle est réellement perçue.*

La difficulté dans ce cas est de savoir dans quelle mesure l'agressivité est réelle ? Et dans quelle mesure elle est accentuée par les représentations encrées dans l'esprit du soignant ?

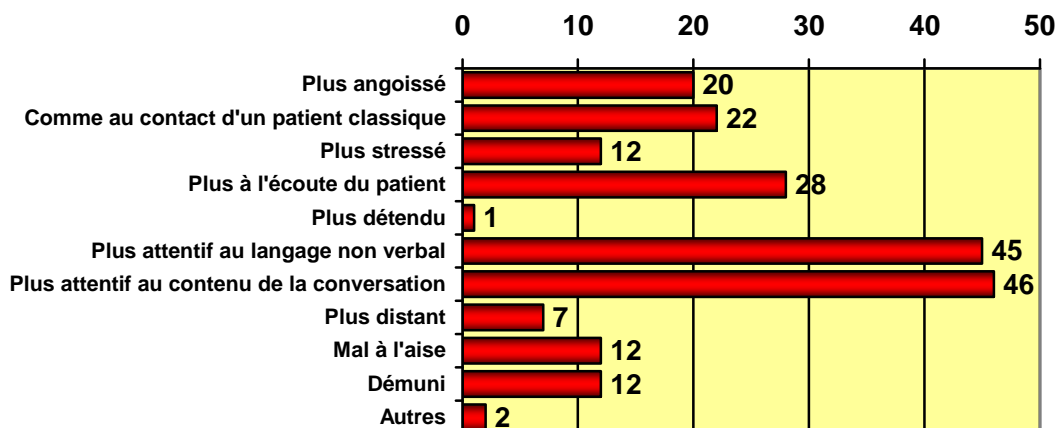
Les soignants évoquent le non respect des consignes dans 31% des questionnaires reçus. *Les psychotiques ne perçoivent pas toujours bien les raisons de leur hospitalisation, ou les contraintes liées à cette dernière. Il est donc régulièrement nécessaire de ré expliquer les consignes, les règles du service. Ceci demande du temps supplémentaire ce qui peut expliquer que 50% des professionnels interrogés l'ont évoqué dans cette même question.*

Il faut surtout que les règles soient clairement établies dès le départ, qu'elles soient les mêmes pour tous les soignants. Le psychotique, déjà angoissé par son hospitalisation, ne comprendra pas que les horaires de visites, les consignes du médecin... fluctuent en fonction du personnel en poste. Ceci doit être évoqué en équipe afin que tous les membres du personnel tiennent le même discours.

C. Conséquences de la pathologie sur le relationnel

A la question 18, j'ai obtenu un taux de réponse de 100%. Une des propositions de réponse était « comme au contact d'un autre patient ». Dans mon esprit, cette réponse si elle était cochée laissait supposer qu'il n'y avait pas de distinction entre un patient psychotique et un autre patient.

Or, de nombreux soignants ont coché cette réponse ainsi que d'autre de la liste. *Avec le recul, je pense que j'aurais du procéder comme pour la question 17, avec une première partie afin de savoir s'il y avait des différences, et une deuxième pour cibler ces éventuelles différences.*



Comme le montre le graphique, les soignants sont très attentifs à leur langage non verbal et au contenu de leur conversation. *Ces deux notions se retrouvent de manière équivalente quelque soit, le sexe, l'âge, la fonction (infirmier ou aide soignant), les connaissances, ou les expériences éventuelles en psychiatrie. Le fait de maîtriser le langage non verbal équivaut à maîtriser ses émotions, ou tout au moins à ne pas les laisser transparaître (annexe 4, page 9).*

La maîtrise du contenu de la conversation doit plutôt relever de la protection de la vie privée. Les soignants sont certainement plus attentifs à ne pas dévoiler de chose sur leur vie, leur lieu de résidence par peur des représailles. Lors de mon premier jour en psychiatrie, c'est ce que l'équipe nous explique : les patients peuvent vouloir vous trouver, il ne faut leur dire qu'un minimum de choses sur vos vies.

On voit que les soignants sont généralement plus à l'écoute du patient. Ces soignants sont des infirmières ou des aides soignantes plus âgées (annexe 4, page 9) travaillant essentiellement en chirurgie. *On peut supposer que l'expérience aide les soignants à être plus à l'écoute du patient, même s'ils ressentent de la crainte vis-à-vis de ce patient.*

Plus de 60% des soignants plus à l'écoute déclarent avoir d'autres sources de connaissance sur les psychoses. *Ainsi informés sur la pathologie, les soignants perçoivent mieux le besoin d'écoute et d'attention que peut présenter le psychotique.*

L'item « plus détendu » n'a été coché qu'à une seule reprise. *Cela permet seulement de dire que la présence d'un psychotique n'occasionne pas une approche plus sereine ou plus relâchée du patient.*

Toutefois, on remarque, qu'à 64 reprises, des soignants ont signifié avoir une approche relationnelle négative des patients psychotiques (distant, mal à l'aise, démuni, angoissé, stressé, autres).

On peut les regrouper en 2 catégories :

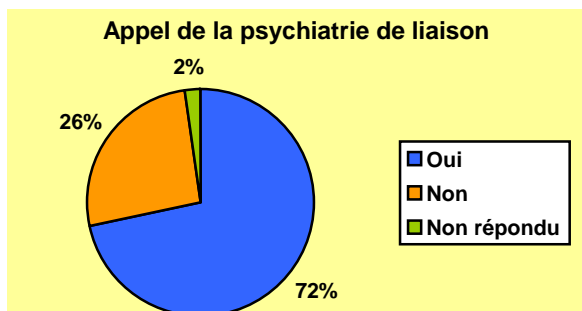
- Les soignants stressés ou angoissés : Globalement on peut dire que ce sont des femmes aides soignantes ou infirmières, plus âgées, sans expérience en psychiatrie. Elles sont 68% sans connaissance sur la maladie et ressentant généralement de la crainte.

- Les soignants démunis, distants ou mal à l'aise : Ce sont exclusivement des femmes, plutôt les aides soignantes, plus âgées et sans expérience en psychiatrie. Elles sont 64 % sans source de connaissance et ressentant généralement de la crainte.

Ces soignants globalement plus âgés (36 ans et plus) ont une approche négative du patient psychotique.

Si l'on compare ces soignants avec les soignants « plus à l'écoute du patient », on remarque que la grande différence réside dans l'absence de connaissance sur la maladie. On peut donc conclure que le fait d'avoir une meilleure connaissance de la pathologie psychotique permet d'avoir une approche plus soignante des patients.

D. Appel de la psychiatrie de liaison



Les soignants qui en ont la possibilité font généralement appel au service de psychiatrie de liaison.

On peut supposer que le personnel de la psychiatrie de liaison apporte un complément d'information sur la maladie et sur les spécificités de la prise en charge d'un patient donné.

Les services de médecine ou de chirurgie font appel de manière équivalente à la psychiatrie de liaison. *En effet, les services de médecine représentent 62% de l'enquête (question 4 annexe 3) et ils représentent près de 61% des services faisant appel à la psychiatrie de liaison (annexe 4, page 11, tableau 1). Cela tend à prouver que les soignants, quelque soit le service où ils travaillent, rencontrent les mêmes difficultés pendant l'hospitalisation des psychotiques.*

Le taux de soignants dans l'enquête qui éprouvent un sentiment de crainte est de 57% (annexe 3, question 16). On remarque que 64% des soignants qui font appel à la psychiatrie de liaison ressentent de la crainte (annexe 4, page 11, tableau 4). *Ce taux plus élevé que celui dans la population globale conforte bien l'idée que la psychiatrie de liaison rassure les soignants qui ressentent de la crainte. Elle est là pour faire face aux crises et conseille les soignants sur les modalités de prise en charge spécifique pour chaque patient.*

E. Evolution des représentations au contact des psychotiques

Au contact des psychotiques, 15% des soignants déclarent avoir constaté une évolution de leurs représentations. Aucun de ces changements n'est négatif : ils évoquent leur manque de connaissance antérieure, la crainte des réactions des patients qu'ils ressentaient auparavant, les idées reçues sur l'agressivité qui ont évolué... (question 19b, annexe 3).

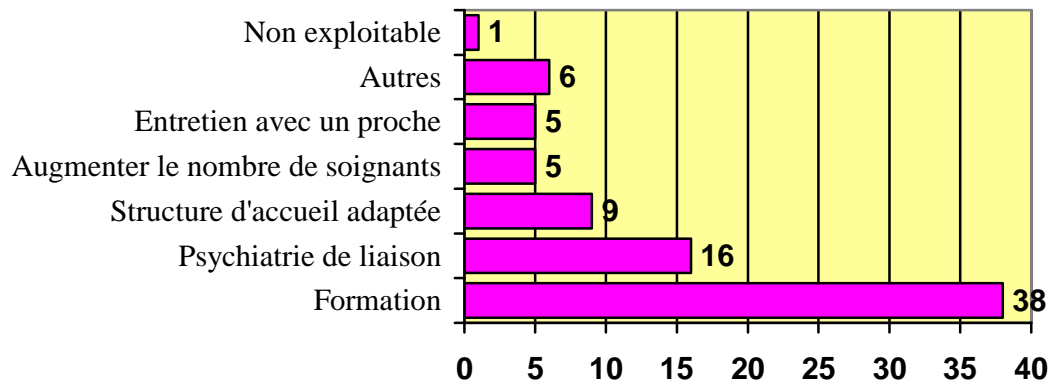
Ces 11 soignants pour qui les représentations ont changé dans un sens positif tendent à prouver que l'image du psychotique, encore très sombre, n'est pas justifiée. Au contact de ces patients, ils prennent conscience de la fausse image qu'ils en avaient.

IV. Souhaites des soignants :

A la question 22, j'ai obtenu un taux de réponse de 75%. *Je suppose que le questionnaire est apparu long aux soignants et voyant que la dernière question était une question ouverte, ils ont préféré ne pas répondre.*

Toutefois lorsque j'ai pré-testé mes questionnaires, les soignants ne m'ont pas fait part de ce problème.

Que faudrait-il mettre en place pour aider à la prise en charge des psychotiques?



Les formations sont l’item le plus fréquemment évoqué : 56% des soignants qui ont répondu à cette question, ont fait part de ce désir de formation, que ce soit des formations sur les traitements ou sur les pathologies. *Il est plutôt logique que cette item soit le plus souvent évoqué : 98% des soignants ne se sentent pas suffisamment informés sur la prise en charge des psychotiques.*

En attendant que les hôpitaux mettent en place des formations pour l’ensemble du personnel (ce qui compte tenu des résultats et des demandes formulées seraient souhaitable), il existe un diplôme universitaire de « soins somatiques en santé mentale ». Il est proposé à la faculté de médecine de Paris-sud sur un an. Ce diplôme est accessible aux médecins généralistes, internes, chefs de clinique, paramédicaux (infirmiers, rééducateurs...) Le coût de cette formation pour un infirmier était de 500€ en 2004.

La mise en place d’un service de psychiatrie de liaison a été demandée à 16 reprises. *Il n’est pas surprenant que cette demande n’ait été formulée que par des soignants travaillant dans des établissements ne disposant pas de ce type de service. Parmi les 40 soignants ne disposant pas d’un service de psychiatrie de liaison, 9 n’ont pas répondu à la question 22. Si l’on ne considère que les soignants qui ont répondu à la question 22, on obtient un taux de demande d’instauration de service de psychiatrie de liaison.*

Une proposition a été faite pour instaurer dans chaque service un référent, basé sur le même principe que les référents en hygiène. *Cette idée peut être intéressante notamment pour les établissements qui ne disposent pas de service de psychiatrie de liaison. Cela permet d’avoir à disposition du service une personne formée, qui pourra répondre aux questions des soignants en tenant compte des spécificités du service. Ce système des référents nettement moins coûteux (que la mobilisation de personnel ou l’embauche de personnel affecté uniquement à la psychiatrie de liaison...) peut aisément être mis en place dans les établissements. Pour cela, il faut que la prise en charge des psychotiques soit une volonté commune des soignants et de la direction de l’établissement.*

9 soignants souhaiteraient des mises en place de structures adaptées. *Ce type de structures existe déjà dans le Rhône. Il s’agit d’un service de médecine implanté dans un milieu psychiatrique. Le service est organisé pour accueillir les patients avec du personnel formé en plus grand nombre qu’en service de médecine classique.*

Des demandes ont été faites par certains professionnels pour augmenter le nombre de soignants en poste quand un psychotique est hospitalisé dans le service. *Ces demandes proviennent de soignants qui considèrent que le patient psychotique demande plus de temps qu'un autre patient. Ce ne sont pas des soignants qui considèrent ces patients comme agressifs et qui demanderaient plus de personnel pour être en position « de force » et se sentir rassuré.*

A cette question, j'ai classé « non exploitable » une réponse dont voici le contenu « Rien, ce sont des tarés, il faut les laisser dans leur coin ». *Cette phrase qui n'apportait aucun élément de réponse à ma question n'a pas été exploitée. Mais je voulais tout de même la citer pour démontrer que les psychotiques ont chez certains soignants encore aujourd'hui une image très négative...*

Conclusion

On retrouve deux grandes tendances dans les représentations :

- La première que l'on peut qualifier de soignante. Elle englobe les notions de maladie mentale, de perte de contact avec la réalité, de souffrance psychique et de contact difficile.

- La seconde est plus négative. Elle regroupe les concepts d'agressivité, de crainte, mais aussi des croyances déconcertantes de certains soignants (maladie imaginaire, ou possession des psychotiques).

Ceci démontre bien que la représentation du psychotique, bien que meilleure que dans la population générale, n'est pas encore totalement exempte de certains aspects négatifs.

Les nombreuses représentations des soignants sont certainement dues à l'importante carence en informations. On voit par exemple, que le sentiment de crainte décroît avec l'expérience en psychiatrie ou avec l'habitude de prise en charge des patients psychotiques (question 20).

Une donnée surprenante ressort toutefois, les infirmières diplômées après 1995 (c'est-à-dire après l'introduction des cours de psychiatrie dans la formation initiale) ont des représentations similaires à celles des soignants n'ayant reçu aucun cours de psychiatrie.

Ces représentations influent sur la prise en charge des psychotiques. Les soignants sont globalement plus attentifs au patient, à ses habitudes, à ses réactions... Ils passent plus de temps à expliquer les soins. Tout est mis en place pour éviter une majoration du stress chez le psychotique pendant le soin.

« *L'objectif est d'avoir une relation bienveillante et authentique, adaptée au patient tout en acceptant le patient tel qu'il est avec sa pathologie.* »¹⁸ Toutefois, on retrouve toujours des professionnels qui se sentent angoissés, mal à l'aise ou distants face à un patient psychotique. Ce sont des soignants ayant peu de connaissance sur la pathologie psychotique et qui ressentent de la crainte.

Il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour faire évoluer ces représentations, et aboutir à une prise en charge optimale des patients psychotiques. Cela doit passer par des formations et des informations des soignants sur la pathologie psychotique et les spécificités des soins chez les psychotiques. Ceci relève de la politique de chaque établissement. La psychiatrie de liaison est qualifiée d'utile et de bons conseils par les personnes qui y font appel.

L'idée de mettre en place un référent en psychose par service peut s'avérer intéressante. En effet, les soignants de services ne disposant pas de psychiatrie de liaison peuvent ainsi poser leurs questions à un collègue. Ce dernier connaît parfaitement l'organisation du service. Ceci nécessite un investissement du personnel ; compte tenu du nombre de demande de formations le personnel devrait globalement être intéressé par l'idée. Cette idée serait une bonne alternative à la psychiatrie de liaison, dont la mise en place est plutôt coûteuse pour un établissement.

18 : DIGONNET Emmanuel, et al, 2004, *Schizophrénie et soins infirmiers : Une approche clinique du traitement et des soins*, PARIS, MASSON, page 199

N'ayant pas encore eu l'opportunité de revoir les surveillants ou les cadres supérieurs des services enquêtés, je n'ai pas pu leur soumettre les résultats de mon enquête.

Pendant cet été, je pense essayer de revoir les responsables des services afin que les soignants qui ont consacré du temps à répondre à mon questionnaire puissent avoir un retour. Je souhaite aussi que les surveillants perçoivent le désir de formation des professionnels qui travaillent avec eux.

Ce travail m'a permis d'élargir mes connaissances et m'a obligé à pousser ma réflexion beaucoup plus loin que je ne l'aurais probablement fait si je n'y avais pas été contrainte. Je suis maintenant décidée à compléter mes connaissances en psychiatrie, même si je ne me destine pas à travailler dans ce secteur.

A plusieurs reprises, des personnes m'ont signifié que mon sujet était glissant, que je trouverais peu de documentation... Je suis satisfaite d'avoir réussi à mener ce travail à terme.

J'espère que ce travail permettra également de faire évoluer les représentations des soignants car ils sont 57% à ressentir de la crainte à la découverte de la psychose d'un patient (question 14). Je conclurai donc sur cette phrase de Ralph Waldo Emerson :

« Celui qui veut tirer des enseignements de ses erreurs doit chaque jour apprendre à surmonter ses craintes »

ANNEXES

Bibliographie

❖ LIVRES

- KOHL Frantz-Samy, 2006, *Les représentations sociales de la schizophrénie*, PARIS, MASSON, 146 pages.
- DIGONNET Emmanuel, et al, 2004, *Schizophrénie et soins infirmiers : Une approche clinique du traitement et des soins*, PARIS, MASSON, 296 pages.
- BLOUIN Maurice, BERGERON Caroline, 1997, *Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques*. Québec : Les Publications du Québec, 164 pages.

❖ MAGAZINES

- DORTIER Jean François, 2002, L'univers des représentations ou l'imaginaire de la grenouille, *Sciences Humaines*, N°128, p 24-30
- Dossier, 2004, Folie et soins somatiques, *Santé mentale*, N°90, p 22-67
- DESCHAMPS Dominique, 2003, Le fou, l'illusion des droits et le droit, *Droit déontologie et soin*, volume 3, p 399-420
- VEYRAT J.G., 1994, La représentation du malade mental au cinéma, *Annales médico-psychologiques*, N° 9, p 623-627

❖ SITES INTERNET

- ENCYCLOPEDIE LIBRE « Psychose » [en ligne] Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychose> (consulté le 28 mai 2008)
- ENCYCLOPEDIE LIBRE « Schizophrénie » [en ligne] Disponible sur <http://fr.wikipedia.org/wiki/Schizophrénie> (consulté le 28 mai 2008)
- LYCOS, « Qu'est que la prise en charge ? » [en ligne] Disponible sur <http://iq.lycos.fr/qa/show/56185/quell+est+la+definition+de+%22la+prise+en+charge%3F/> (consulté le 31 mai 2008)
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, ET DE L'EVALUATION DES STATISTIQUES « Les professions de santé au 1^{er} janvier 2007 » [en ligne] Disponible sur <http://www.infirmiers.com/doss/telecharger/dress-infirmier.pdf> (consulté le 17 mai 2008)
- GALES O., et al, « Troubles de la personnalité » [en ligne] Disponible sur <http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Q286%20tbles%20perso.pdf> (consulté le 02 juin 2008)

❖ DOCUMENTAIRES TV

- COMPLEMENT D'ENQUETE « que faire des fous dangereux ? » diffusé le 24 septembre 2007 sur France 2

Questionnaire

Actuellement étudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Briey, je réalise mon travail de fin d'études sur les représentations de la psychose chez les soignants de services généraux au sein de différents établissements hospitaliers.

Ce questionnaire anonyme servira de base à mon analyse, je vous remercie d'avance du temps que vous lui consacrerez. Ce questionnaire est à remettre dans l'enveloppe portant mon nom avant le XX/XX/2008.

Bonne lecture !!

Carole Dohm

Définitions utiles :

- Représentations : Idées, images qu'une société ou une personne peut se faire d'un objet donné
- Psychose : Maladie mentale caractérisée par la perte du contact avec la réalité. Il existe les psychoses schizophréniques et les non schizophréniques (Psychose maniaco-dépressive, Paranoïa, Paraphrénie, Psychose hallucinatoire chronique...). Ce questionnaire porte sur les patients hors période de crise aiguë.

1) Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2) Vous êtes :

- Infirmier(e)
- Aide soignant(e)

3) Quel âge avez-vous ?

- Moins de 25 ans
- De 26 à 35 ans
- De 36 à 45 ans
- De 46 à 55 ans
- Plus de 56 ans

4) Vous travaillez ?

- En médecine
- En chirurgie

5) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

.....

6) Est-ce qu'il vous arrive d'être en poste avec un homme (IDE ou AS) ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

7) a) Avez-vous déjà travaillé dans un service de psychiatrie ?
 Oui
 Non (*Si non, rendez-vous directement à la question 8*)

b) Combien d'années avez-vous exercé dans ce secteur ?

c) Aviez-vous choisi d'aller travailler en psychiatrie ?
 Oui
 Non

8) Citez trois mots que vous associez spontanément à la psychose ?

9) a) Avez-vous eu une formation sur les patients psychotiques (autre que celle que vous avez reçu pendant vos études à l'IFSI/IFAS)
 Oui
 Non

b) Si oui, quelle(s) formation(s) avez-vous reçu ?

10) a) Avez-vous d'autres sources de connaissances sur les psychoses ?
 Oui
 Non

b) Si oui lesquelles ?
 Votre entourage
 Les documentaires TV
 Internet
 Revue(s) professionnelle(s)
 Autres :

11) Vous sentez-vous suffisamment informé(e) sur :

- a) Les pathologies psychotiques Oui
Non
- b) La prise en charge de patients psychotiques Oui
Non

12) Selon vous, quelles sont les caractéristiques les plus marquées chez ces patients (caractère, comportement, physique...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13) Dans la pratique, comment percevez-vous les psychotiques ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Ils agitent le service
- Ils focalisent votre attention
- Ils expriment leur douleur différemment
- Ils vivent dans des situations plus précaires
- Ils ont des difficultés pour observer les traitements
- Autres :

.....

14) Parmi toutes ces croyances populaires cochez celle(s) qui se rapproche(nt) de ce que vous pensez ? (*plusieurs réponses possibles*)

- La psychose est une maladie imaginaire
- La psychose est une maladie d'origine génétique
- Les psychotiques sont agressifs
- Les psychotiques sont possédés ou porteurs d'un message divin
- La psychose est causée par la consommation de toxiques (drogues, alcool...)
- Un psychotique ne peut jamais guérir de sa pathologie
- La psychose est une maladie au même titre que les pathologies somatiques
- Autre :

.....

15) Dans votre service, avez-vous déjà accueilli des patients psychotiques ?

- Oui
- Non (*si non, rendez vous directement à la question 21*)

16) Quel est votre premier ressenti vis-à-vis du patient, lorsque vous découvrez qu'il est psychotique ? (*Une seule réponse possible*)

- De la crainte
- De l'excitation
- De la curiosité

- De l'indifférence
 - Autres :
-

17) a) Votre comportement est-il différent au cours des soins chez un patient psychotique ?

- Oui
- Non

b) Si oui, vous êtes ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Plus précise dans les explications du soin
- Plus calme
- Plus à l'écoute des habitudes du patient, notamment pour la toilette
- Plus doux/douce dans vos gestes
- Plus attentif/attentive aux réactions du patient pendant le soin
- Plus pressé(e) de finir les soins
- Plus tactile
- Autres :

18) Sur le plan relationnel, comment vous sentez-vous au contact d'un patient psychotique ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Plus angoissé(e)
- Comme au contact d'un patient non psychotique
- Plus stressé(e)
- Plus à l'écoute du patient
- Plus détendu(e)
- Plus attentif/attentive à votre langage non verbal (position, visage...)
- Plus attentif/attentive au contenu de votre conversation
- Plus distant(e)
- Mal à l'aise
- Démuni(e)
- Autres :

19) a) Est-ce que vos représentations étaient différentes avant que vous n'ayez effectué des soins chez ces patients ?

- Oui
- Non

b) Si oui, en quoi vos représentations étaient différentes ?

.....

.....

.....

.....

.....
.....
20) a) Vivez-vous l'hospitalisation des patients psychotiques comme celle des autres patients ?

- Oui
- Non

b) Si non, quelle(s) différence(s) y a-t-il ? (*plusieurs réponses possibles*)

- Ils demandent plus de temps
- Ils sont plus agressifs
- Ils sont plus sympathiques
- Ils respectent moins les consignes
- Ils sont plus irrespectueux des autres patients
- Ils sont plus discrets
- Ils adhèrent mieux aux soins
- Ils sont moins exigeants pendant les soins
- Ils sont plus sociables
- Ils leur arrivent de refuser les soins
- Autres :

.....
21) a) Dans votre établissement, y-a-t'il du personnel affecté à la psychiatrie de liaison ?

- Oui
- Non

b) Si oui, l'avez-vous déjà sollicité pour vous aider dans la prise en charge des psychotiques ?

- Oui
- Non

22) D'après vous, que faudrait il mettre en place pour vous aider dans la prise en charge des psychotiques ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Réponses

Question 1 : Vous êtes ?

	Nombre	Pourcentage
Homme	6	7 %
Femme	83	93 %
Total	89	100 %

Question 2 : Vous êtes ?

	Nombre	Pourcentage
Infirmier(e)	55	62 %
Aide soignant(e)	34	38 %
Total	89	100 %

Question 3 : Quel âge avez-vous ?

	Nombre	Pourcentage
Moins de 25 ans	7	8 %
De 26 à 35 ans	19	21 %
De 36 à 45 ans	23	37 %
De 46 à 55 ans	38	31 %
56 ans et plus	2	2 %
Total	89	100 %

Question 4 : Vous travaillez ?

	Nombre	Pourcentage
En médecine	34	38 %
En chirurgie	55	62 %
Total	89	100 %

Question 5 : En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?

	Nombre	Pourcentage
Avant 1974	2	2 %
Entre 1975 et 1984	23	26 %
Entre 1985 et 1994	17	19 %
Entre 1995 et 2004	33	37 %
Après 2004	13	15 %
Non répondu	1	1 %
Total	89	100 %

Question 6 : Est-ce qu'il vous arrive d'être en poste avec un homme (IDE ou AS) ?

	Nombre	Pourcentage
Toujours	3	3 %
Souvent	18	20 %
Parfois	39	44 %
Jamais	27	30 %
Non répondus	2	2 %
Total	89	100 %

Question 7 :

a. Avez-vous déjà travaillé en service de psychiatrie ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	11	12 %
Non	75	84 %
Non répondus	3	3 %
Total	89	100 %

b. Combien d'année avez-vous travaillé dans ce secteur ?

	Nombre	Pourcentage
Moins de 2 ans	6	55 %
Entre 2 et 4 ans	1	9 %
Plus de 4 ans	4	36 %
Total	11	100 %

c. Aviez-vous choisi d'aller travailler en psychiatrie ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	5	45 %
Non	6	55 %
Total	11	100 %

Question 8 : Citez trois mots que vous associez spontanément à la psychose ?

	Nombre
Angoisse/Peur	30
Violence/Agressivité	17
Délire/Perte de contact avec la réalité/Hallucination	47
Maladie mentale/Schizophrénie/Psychose maniacodépressive	32
Personne méfiante/Sentiment de persécution	13
Traitement spécifique/Psychiatrie/Hospitalisation	14
Folie	12
Problème de communication/isolement	7
Souffrance/mal être/Dépression	21
Trouble du comportement : irritabilité, instabilité, agitation, irrationnel, confusion, ralentissement psychomoteur	13
Anosognosie	3
Autres :	21
• Surveillance	2
• Dépendance	1
• Phobie	1
• Dédoublé de la personnalité	1
• Désorientation	2
• Irréversible	1
• Cri	2
• Perte de confiance	1
• Incompris	2
• Démesure	1
• Névrose	2
• Prudence	2
Non répondus	5

Question 9 :

a. Avez-vous eu une formation sur les patients psychotiques (autre que celle que vous avez reçu pendant vos études à l'IFSI/IFAS) ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	1	1 %
Non	87	98 %
Non répondu	1	1 %
Total	89	100 %

b. Si oui, quelles formations avez-vous reçu ?

« Cours théorique »

Question 10 :

a. Avez-vous d'autres sources de connaissances sur les psychoses ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	36	40 %
Non	52	58 %
Non répondu	1	1 %
Total	89	100 %

b. Si oui, lesquelles ?

	Nombre
Entourage	11
Documentaire TV	25
Internet	16
Revue professionnelle	14
Autres :	5
• Cours IFSI	2
• Journaux	1
• Livres	1
• Expérience antérieure d'hospitalisation de patients psychotiques	1
• Cas concret	1
Total	71

Question 11 : Vous sentez-vous suffisamment informé(e) sur :

a. Les pathologies psychotiques :

	Nombre	Pourcentage
Oui	9	10 %
Non	80	90 %
Total	89	100 %

b. La prise en charge des patients psychotiques :

	Nombre	Pourcentage
Oui	2	2 %
Non	87	98 %
Total	89	100 %

Question 12 : Selon vous, quelles sont les caractéristiques les plus marquées chez ces patients (caractère, comportement, physique...)

	Nombre
Agressivité/violence/colérique	27
Dans leur monde/hallucinations	24
Caractère changeant	18
Ralentissement psychomoteur/Atonie	12
Sentiment de persécution/méfiance	6
Agitation	9
Difficulté d'échange, renfermé, associable	16
Anxiété/souffrance psychique	7
Regard hagard	4
Regard perçant	2
Manipulateur/exagération/somatisation	4
Problème de coopération pour la prise des traitements	4
Autres :	12
• Dépressif	1
• Sensible	1
• Susceptible	1
• Obnubilation	3
• Désorientation	2
• Non reconnaissance du corps	1
• Auto mutilation	1
• Trouble du sommeil	1
• Bave	1
Non répondus	13
Non exploitables	17

Question 13 : Dans la pratique, comment percevez-vous les psychotiques ?

	Nombre
Ils agitent le service	33
Ils focalisent votre attention	46
Ils expriment leur douleur différemment	59
Ils vivent dans des situations plus précaires	13
Ils ont des difficultés à observer les traitements	38
Autres :	4
• Leurs réactions font peur	2
• Il faut s'adapter en fonction de la situation	1
• La communication paraît difficile	1
Non répondus	5

Question 14 : Parmi toutes ces croyances populaires, cochez celle(s) qui se rapprochent le plus de ce que vous pensez ?

	Nombre
La psychose est une maladie imaginaire	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	7
Les psychotiques sont agressifs	39
Les psychotiques sont possédés ou porteurs d'un message divin	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	20
Un psychotique ne peut jamais guérir de sa pathologie	44
La psychose est une maladie au même titre que les pathologies somatiques	57
Autres :	2
<ul style="list-style-type: none"> • La psychose est une pathologie hors de la réalité • Les psychoses sont mal connues (part de mystère) ce qui fait peur 	
Non répondus	2

Question 15 : Dans votre service, avez-vous déjà accueilli des patients psychotiques ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	74	83 %
Non	15	17 %
Total	89	100 %

Question 16 : Quel est votre premier ressenti vis-à-vis du patient, lorsque vous découvrez qu'il est psychotique ?

	Nombre	Pourcentage
De la crainte	42	57 %
De l'excitation	1	1 %
De la curiosité	14	19 %
De l'indifférence	6	8 %
Autres :	10	14 %
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilance • Attention supplémentaire • Appréhension • Méfiance • Interrogation par rapport à la maladie • Prudence • Rien de particulier 	3 2 1 1 1 1 1	
Non répondus	1	1 %
Total	74	100 %

Question 17 :

a. Votre comportement est-il différent au cours des soins chez un patient psychotique ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	57	77 %
Non	17	23 %
Total	89	100 %

b. Si oui, vous êtes ?

	Nombre
Plus précis(e) dans les explications du soin	29
Plus calme	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	29
Plus doux/douce dans vos gestes	21
Plus attentif/attentive aux réactions du patient pendant le soin	47
Plus pressé(e) de finir les soins	3
Plus tactile	4
Autre : Plus prudente	1
Non répondu	2

Question 18 : Sur le plan relationnel, comment vous sentez-vous au contact d'un patient psychotique ?

	Nombre
Plus angoissé(e)	20
Comme au contact d'un patient classique	22
Plus stressé(e)	12
Plus à l'écoute du patient	28
Plus détendu(e)	1
Plus attentif/attentive à votre langage non verbal	45
Plus attentif/attentive au contenu de votre conversation	46
Plus distant(e)	7
Mal à l'aise	12
Démuni(e)	12
Autres :	2
• Plus attentif à ses gestes	1
• Décontenancé vis-à-vis du comportement et du langage de ces patients	1

Question 19 :

a. Est-ce que vos représentations étaient différentes avant que vous n'ayez effectué des soins chez ces patients ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	11	15 %
Non	58	78 %
Non répondus	5	7 %
Total	74	100 %

b. Si oui, en quoi vos représentations étaient différentes ?

	Nombre
Idées reçues sur l'agressivité qui ont évolué	3
Manque de connaissance antérieure, notamment pendant les études	5
Crainte des réactions des patients	4
Meilleure formation	1
Non exploitable	1

Question 20 :

a. Vivez-vous l'hospitalisation des patients psychotiques comme celles des autres patients ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	21	28 %
Non	52	70 %
Non répondus	1	2 %
Total	74	100 %

b. Si non, quelle(s) différence(s) y a-t-il ?

	Nombre
Ils demandent plus de temps	37
Ils sont plus agressifs	26
Ils sont plus sympathiques	2
Ils respectent moins les consignes	23
Ils sont plus irrespectueux des autres patients	5
Ils sont plus discrets	2
Ils adhèrent mieux aux soins	2
Ils sont moins exigeants pendant les soins	2
Ils sont plus sociables	1
Ils leur arrivent de refuser les soins	37
Autres :	2
• Ils sont plus suspicieux	1
• Il faut adapter le personnel et les locaux à leur pathologie	1
Non répondus	2

Question 21 :

a. Dans l'hôpital où vous travaillez, est ce qu'il y a un service de psychiatrie de liaison ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	46	52 %
Non	40	45 %
Non répondus	3	3 %
Total	89	100 %

b. Si oui, l'avez-vous déjà sollicité pour vous aider dans la prise en charge des patients psychotiques ?

	Nombre	Pourcentage
Oui	33	72 %
Non	12	26 %
Non répondu	1	2 %
Total	46	100 %

Question 22 : D'après vous, que faudrait-il mettre en place pour aider dans la prise en charge des psychotiques ?

	Nombre
Formation : sur la prise en charge, sur les traitements spécifiques,	38
Mise en place de psychiatrie de liaison ou psychiatrie de garde	16
Mise en place de structures d'accueil adaptées : pour la sécurité, pour les occuper pendant la journée, mise en place de pôle de psychiatrie au sein du service de soin	9
Augmenter le personnel	5
Discuter avec un proche pour connaître les habitudes du patient	5
Autres :	6
• Visite systématique d'un psychologue à l'admission	1
• Assister à un entretien avec le psychologue	1
• Prise en charge pluridisciplinaire	1
• Rien	1
• Mise en place d'un référent par service comme les référents en hygiène	1
• Stage en psychiatrie intra hospitalière obligatoire pendant la formation initiale	1
Non exploitable	1
Non répondus	22

Questions croisées

Population enquêtée :

Variables Age/Sexe (questions 1 et 3) :

	Infirmier	Aide soignant	Total
Homme	4	2	6
Femme	51	32	83
Total	55	34	89

Variables Fonction/Age (questions 2 et 3) :

	Moins de 25 ans	De 26 à 35 ans	De 36 à 45 ans	De 46 à 55 ans	Plus de 56 ans	Total
Infirmiers	5	14	23	12	1	55
Aides soignants	2	5	10	16	1	34
Total	7	19	33	28	2	89

Variables Fonction/Année de diplôme (questions 2 et 5) :

	Avant 1974	1975/1984	1985/1994	1995/2004	Après 2005	Non répondus	Total
Infirmier	1	12	10	22	10	0	55
Aides soignants	1	11	7	11	3	1	34
Total	2	23	17	33	13	1	89

Variables Expérience en psychiatrie/Information sur les pathologies psychotiques (question 7a et 11a) :

	Expérience en psychiatrie	Pas d'expérience en psychiatrie	Non répondu	Total
Suffisamment informés	2	6	1	9
Insuffisamment informés	9	69	2	80
Total	11	75	3	89

Variables Ancienneté en psychiatrie/Choix du service de psychiatrie (question 7b et 7c):

	Moins de 2 ans	Entre 2 et 4 ans	Plus de 4ans	Total
Oui	0	1	4	5
Non	6	0	0	6
Total	6	1	4	11

Variables Expérience en psychiatrie/Information sur la prise en charge des patients psychotiques (question 7a et 11b) :

	Expérience en psychiatrie	Pas d'expérience en psychiatrie	Non répondu	Total
Suffisamment informés	1	1	0	2
Insuffisamment informés	10	74	3	87
Total	11	75	3	89

Croyances populaires :

Variables Sexe/Croyances populaires (question 1 et 14) :

	Hommes	Femmes	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	1	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	0	7	7
Les psychotiques sont agressifs	1	38	39
Les psychotiques sont possédés	0	6	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	2	18	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	2	42	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	4	53	57
Autres	0	2	2
Non répondus	0	2	2
Total	9	169	178

Variables Expérience en psychiatrie/Croyances populaires (question 7a et 14) :

	Expérience en psychiatrie	Pas d'expérience en psychiatrie	Non répondus	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	1	0	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	1	6	0	7
Les psychotiques sont agressifs	3	34	2	39
Les psychotiques sont possédés	0	6	0	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	2	18	0	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	5	37	2	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	9	47	1	57
Autres	0	2	0	2
Non répondus	0	2	0	2
Total	20	153	5	178

Variables Psychiatrie de liaison/Croyances populaires (questions 14 et 21a)

	Psychiatrie de liaison dans l'établissement	Pas de psychiatrie de liaison dans l'établissement	Non répondus	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	1	0	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	4	3	0	7
Les psychotiques sont agressifs	21	17	1	39
Les psychotiques sont possédés	4	2	0	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	9	10	1	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	26	17	1	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	29	25	3	57
Autres	0	2	0	2
Non répondus	1	1	0	2
Total	94	78	6	178

Variables Croyances populaires/Fonction :

	Infirmier	Aide soignant	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	1	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	2	5	7
Les psychotiques sont agressifs	21	18	39
Les psychotiques sont possédés	3	3	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	7	13	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	32	12	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	38	19	57
Autres	1	1	2
Non répondus	2	0	2
Total	106	72	178

Variables Croyances populaires/services (question 4 et 14) :

	Médecine	Chirurgie	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	1	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	1	6	7
Les psychotiques sont agressifs	17	22	39
Les psychotiques sont possédés	1	5	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	8	12	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	19	25	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	19	38	57
Autres	0	2	2
Non répondus	1	1	2
Total	66	112	178

Variables Croyances populaires/Age :

	Moins de 25 ans	De 26 à 35 ans	De 36 à 45 ans	De 46 à 55 ans	Plus de 55 ans	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	0	1	0	0	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	1	0	1	5	0	7
Les psychotiques sont agressifs	1	10	14	12	2	39
Les psychotiques sont possédés	0	0	1	5	0	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	1	3	6	10	0	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	3	9	22	10	0	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	7	14	20	15	1	57
Autres	0	0	1	1	0	2
Non répondus	0	0	1	1	0	2
Total	13	37	67	58	3	178

Variables Croyances populaires/année de diplôme (questions 5 et 14) :

	Avant 1974	Entre 1975 et 1984	Entre 1985 et 1994	Entre 1995 et 2004	Après 2005	Non répondus	Total
La psychose est une maladie imaginaire	0	0	0	1	0	0	1
La psychose est une maladie d'origine génétique	0	4	1	1	1	0	7
Les psychotiques sont agressifs	2	12	5	14	5	1	39
Les psychotiques sont possédés	0	2	1	2	1	0	6
La psychose est causée par la consommation de toxiques	0	5	6	4	4	1	20
Un psychotique ne peut jamais guérir	0	10	8	19	7	0	44
La psychose est une pathologie comme les maladies somatiques	0	15	10	21	11	0	57
Autres	0	0	1	1	0	0	2
Non répondus	0	1	0	0	1	0	2
Total	2	49	32	63	30	2	178

Accueil des psychotiques :

Variables services/Accueil des psychotiques (questions 4 et 15) :

	Accueil de psychotiques dans le service	Absence de psychotiques dans le service	Total
En médecine	32	2	34
En chirurgie	42	13	55
Total	74	15	89

Premier ressenti :

Variables premier ressenti/Travail avec un homme (questions 6 et 16) :

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais	Non répondu	Total
Crainte	2	9	20	10	1	42
Excitation	0	1	0	0	0	1
Curiosité	0	3	9	2	0	14
Indifférence	0	1	3	2	0	6
Autre	0	3	4	2	1	10
Non répondus	1	1	3	11	0	16
Total	2	18	39	27	2	89

Différences de comportement :

Variables Sexe/Différences de comportement (questions 1 et 17b) :

	Hommes	Femmes	Total
Plus précis dans les explications du soin	3	26	29
Plus calme	3	29	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	3	26	29
Plus doux	2	19	21
Plus attentif aux réactions du patient	2	45	47
Plus pressé de finir les soins	0	3	3
Plus tactile	0	4	4
Autres	1	0	1
Non répondus	1	1	2
Total	15	153	168

Variables Fonction/Différences de comportement (question 2 et 17b) :

	Infirmiers	Aides soignants	Total
Plus précis dans les explications du soin	17	12	29
Plus calme	21	11	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	14	15	29
Plus doux	10	11	21
Plus attentif aux réactions du patient	26	21	47
Plus pressé de finir les soins	0	3	3
Plus tactile	3	1	4
Autres	1	0	1
Non répondus	2	0	2
Total	94	74	168

Variables premier ressenti/Différences de comportement (questions 16 et 17b) :

	Crainte	Excitation	Curiosité	Indifférence	Autres	Non répondus	Total
Plus précis dans les explications du soin	20	0	2	1	6	0	29
Plus calme	22	0	4	1	5	0	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	19	0	4	1	5	0	29
Plus doux	13	0	3	2	3	0	21
Plus attentif aux réactions du patient	28	0	8	2	9	0	47
Plus pressé de finir les soins	2	1	0	0	0	0	3
Plus tactile	3	0	0	0	1	0	4
Autres	1	0	0	0	0	0	1
Non répondus	1	0	0	0	0	1	2
Total	109	1	21	7	29	1	168

Variable Différences de comportement/Service (questions 4 et 17b) :

	Médecine	Chirurgie	Total
Plus précis dans les explications du soin	11	18	29
Plus calme	13	19	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	14	15	29
Plus doux	11	10	21
Plus attentif aux réactions du patient	16	31	47
Plus pressé de finir les soins	3	0	3
Plus tactile	2	2	4
Autres	0	1	1
Non répondus	0	2	2
Total	70	98	168

Variable Différences de comportement/Âge (questions 3 et 17b) :

	Moins de 25 ans	De 26 à 35 ans	De 36 à 45 ans	De 46 à 55 ans	Plus de 56	Total
Plus précis dans les explications du soin	1	6	10	11	1	29
Plus calme	5	5	10	12	0	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	1	5	9	13	1	29
Plus doux	2	4	6	9	0	21
Plus attentif aux réactions du patient	6	6	15	19	1	47
Plus pressé de finir les soins	0	2	0	1	0	3
Plus tactile	2	1	0	0	1	4
Autres	0	0	0	1	0	1
Non répondus	1	1	1	0	0	2
Total	17	30	51	66	4	168

Variables Différences de comportement/Année de diplôme (questions 5 et 17b) :

	Avant 1974	Entre 1975 et 1984	Entre 1985 et 1994	Entre 1995 et 2004	Après 2005	Non répondus	Total
Plus précis dans les explications du soin	1	9	4	10	5	0	29
Plus calme	0	11	4	9	7	1	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	0	11	4	9	4	1	29
Plus doux	0	7	2	8	3	1	21
Plus attentif aux réactions du patient	2	14	7	15	9	0	47
Plus pressé de finir les soins	0	1	0	2	0	0	3
Plus tactile	0	1	0	1	2	0	4
Autres	0	1	0	0	0	0	1
Non répondus	0	0	1	1	0	0	2
Total	3	55	22	55	30	3	168

Variable Différences de comportement/Expérience en psychiatrie (questions 7a et 17b)

	Expérience en psychiatrie	Aucune expérience en psychiatrie	Non répondus	Total
Plus précis dans les explications du soin	3	25	1	29
Plus calme	2	28	2	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	4	24	1	29
Plus doux	2	19	0	21
Plus attentif aux réactions du patient	6	39	2	47
Plus pressé de finir les soins	0	3	0	3
Plus tactile	0	4	0	4
Autres	0	1	0	1
Non répondus	0	2	0	2
Total	17	145	6	168

Variables Différences de comportement/Sources de connaissance (questions 10a et 17b)

	Sources de connaissance	Aucune source de connaissance	Non répondus	Total
Plus précis dans les explications du soin	13	16	0	29
Plus calme	19	13	0	32
Plus à l'écoute des habitudes du patient	17	12	0	29
Plus doux	12	9	0	21
Plus attentif aux réactions du patient	23	23	1	47
Plus pressé de finir les soins	0	3	0	3
Plus tactile	1	3	0	4
Autres	0	1	0	1
Non répondus	1	1	0	2
Total	86	81	1	168

Variables Différences de comportement/Perception des psychotiques dans les services (questions 13 et 17b) :

	Agitent le service	Focalisent l'attention	Expriment la douleur différemment	Vivent dans des situations précaires	Ont des difficultés pour observer les traitements	Autres	Non répondus	Total
Plus précis dans les explications du soin	10	16	21	4	15	2	1	69
Plus calme	13	20	22	8	13	2	1	79
Plus à l'écoute des habitudes du patient	10	20	22	5	11	1	1	70
Plus doux	10	13	15	3	12	1	0	54
Plus attentif aux réactions du patient	16	25	34	6	20	1	1	103
Plus pressé de finir les soins	2	1	2	0	1	0	1	7
Plus tactile	3	0	2	3	3	0	0	11
Autres	1	1	1	1	0	0	0	4
Non répondus	11	16	19	3	14	2	3	68
Total	76	112	138	33	89	9	8	465

Différences sur le plan relationnel :

Variable Différences relationnelles/Sexe (questions 1 et 18) :

	Hommes	Femmes	Total
Plus angoissé	2	18	20
Comme au contact d'un patient classique	1	21	22
Plus stressé	0	12	12
Plus à l'écoute du patient	4	24	28
Plus détendu	1	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	5	40	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	5	41	46
Plus distant	0	7	7
Mal à l'aise	0	12	12
Démuni	0	12	12
Autres	0	2	2
Total	18	189	207

Variable Différences relationnelles/Fonction (questions 2 et 18) :

	Infirmiers	Aides soignants	Total
Plus angoissé	7	13	20
Comme au contact d'un patient classique	13	9	22
Plus stressé	6	6	12
Plus à l'écoute du patient	16	12	28
Plus détendu	1	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	27	18	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	27	19	46
Plus distant	2	5	7
Mal à l'aise	3	9	12
Démuni	4	8	12
Autres	1	1	2
Total	18	189	207

Variables Différences relationnelles/Age (questions 3 et 18) :

	Moins de 25 ans	26-35 ans	36-45 ans	46-55 ans	56 et plus	Total
Plus angoissé	2	3	6	9	0	20
Comme au contact d'un patient classique	2	6	5	8	1	22
Plus stressé	1	6	3	2	0	12
Plus à l'écoute du patient	1	6	9	12	0	28
Plus détendu	0	0	0	1	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	4	8	15	17	1	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	3	8	15	19	1	46
Plus distant	2	1	1	3	0	7
Mal à l'aise	2	2	4	4	0	12
Démuni	0	3	3	6	0	12
Autres	0	1	0	1	0	2
Total	17	44	61	82	3	207

Variables différences relationnelles/Service (questions 4 et 18) :

	Médecine	Chirurgie	Total
Plus angoissé	11	9	20
Comme au contact d'un patient classique	13	9	22
Plus stressé	5	7	12
Plus à l'écoute du patient	10	18	28
Plus détendu	0	1	1
Plus attentif à votre langage non verbal	18	27	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	18	28	46
Plus distant	4	3	7
Mal à l'aise	8	4	12
Démuni	4	8	12
Autres	0	2	2
Total	91	116	207

Variables différences relationnelles/Expérience en psychiatrie (questions 7a et 18)

	Expérience en psychiatrie	Pas d'expérience en psychiatrie	Non répondus	Total
Plus angoissé	1	18	1	20
Comme au contact d'un patient classique	4	18	0	22
Plus stressé	0	11	1	12
Plus à l'écoute du patient	6	21	1	28
Plus détendu	1	0	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	5	38	2	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	8	35	3	46
Plus distant	0	7	0	7
Mal à l'aise	1	10	1	12
Démuni	0	11	1	12
Autres	0	2	0	2
Total	26	171	10	207

Variables Différences relationnelles/sources de connaissances (questions et 18) :

	Source de connaissance	Pas de source de connaissance	Non répondus	Total
Plus angoissé	6	14	0	20
Comme au contact d'un patient classique	11	11	0	22
Plus stressé	4	8	0	12
Plus à l'écoute du patient	17	11	0	28
Plus détendu	1	0	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	24	20	1	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	22	23	1	46
Plus distant	2	5	0	7
Mal à l'aise	4	8	0	12
Démuni	5	7	0	12
Autres	0	2	0	2
Total	96	109	2	207

Variables Différences relationnelles/Premier ressenti (questions 16 et 18) :

	Crainte	Excitation	Curiosité	Indifférence	Autre	Non répondu	Total
Plus angoissé	18	1	1	0	0	0	20
Comme au contact d'un patient classique	9	0	7	3	2	1	22
Plus stressé	10	1	1	0	0	0	12
Plus à l'écoute du patient	18	0	3	2	5	0	28
Plus détendu	1	0	0	0	0	0	1
Plus attentif à votre langage non verbal	24	0	8	4	9	0	45
Plus attentif au contenu de votre conversation	26	0	8	3	9	0	46
Plus distant	5	1	1	0	0	0	7
Mal à l'aise	10	1	1	0	0	0	12
Démuni	6	1	4	0	1	0	12
Autres	2	0	0	0	0	0	2
Total	129	5	44	12	26	1	217

Psychiatrie de liaison

Variable Appel de la psychiatrie de liaison/Service (questions 4 et 21b) :

	Médecine	Chirurgie	Total
Oui	20	13	33
Non	4	8	12
Non répondus	0	1	1
Total	24	22	46

Variable Appel de la psychiatrie de liaison/Fonction (questions 2 et 21b) :

	Infirmiers	Aides soignants	Total
Oui	17	16	33
Non	7	5	12
Non répondus	1	0	1
Total	25	21	46

Variable Appel de la psychiatrie de liaison/Premier ressenti (questions 16 et 21b) :

	De la crainte	De l'excitation	De la curiosité	De l'indifférence	Autres	Non répondus	Total
Oui	21	0	9	2	0	1	33
Non	5	0	2	1	4	0	12
Non répondus	1	0	0	0	0	0	1
Total	27	0	11	3	4	1	46

Autres

Variable Mots spontanément associé à la psychose/Age (questions 8 et 3):

	Moins de 25 ans	De 26 à 35 ans	De 36 à 45 ans	De 46 à 55 ans	56 ans et plus	Total
Angoisse	2	7	3	18	0	30
Violence	1	6	4	6	0	17
Délire	1	12	8	24	2	47
Maladie mentale	1	3	15	13	0	32
Personne méfiante	0	2	4	7	0	13
Traitement spécifique	2	1	5	6	0	14
Folie	1	3	6	2	0	12
Problème de communication	0	3	2	2	0	7
Souffrance	1	3	0	16	1	21
Troubles du comportement	2	2	2	7	0	13
Anosognosie	0	2	0	1	0	3
Autres	1	3	10	5	2	21
Non répondus	1	2	1	1	0	5
Total	13	49	60	108	5	235

Annexe 5 :

Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier

Article 1 :

L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article 2 :

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1° 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 ;
- 2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- 3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article 3 :

Relèvent du rôle propre de l'infirmier les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions de l'article 5 ci-après. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article 4 :

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article 3.

Article 5 :

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; vérification de leur prise ; surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 ci-après, et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire de changement de sondes vésicales ;
- Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux visés à l'article 6 ci-après ;
- Prévention et soins d'escarres ;
- Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- Toilette périnéale ;
- Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;

Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
 Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
 Surveillance de scarifications, injections et perfusions visées aux articles 6 et 8 ci-après,
 Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
 Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
 Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
 Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
 Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
 Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article 9, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
 Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
 Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène (pH) ;
 b) Sang : glycémie, acétonémie ;
 Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
 Aide et soutien psychologique ;
 Observation et surveillance des troubles du comportement ;
 Dans le domaine de la santé mentale, l'infirmier accomplit en outre les actes ou soins suivants :
 a) Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
 b) Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
 c) Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
 d) Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.

Article 6 :

Outre les actes et activités visés aux articles 11 et 12, l'infirmier est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :
 Scarifications, injections et perfusions autres que celles visées au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après, instillations et pulvérisations ;
 Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
 Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
 Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
 Injections, et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 a) De produits autres que ceux visés au deuxième alinéa de l'article 8 ci-après ;
 b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article 10 ci-après.
 Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
 Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article 5 ci-

dessus ;
 Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
 Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
 Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
 Ablation du matériel de réparation cutanée ;
 Pose de bandages de contention ;
 Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ; renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
 Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
 Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article 9 ci-après ;
 Instillation intra-urétrale ; injection vaginale ;
 Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
 Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; soins et surveillance d'une plastie ;
 Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
 Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
 Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
 Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
 Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
 Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
 Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
 Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article 9 ci-après ;
 Mesure de la pression veineuse centrale ;
 Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
 Pose d'une sonde à oxygène ; installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
 Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
 Saignées ;
 Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
 Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
 Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
 Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
 Recueil aseptique des urines ;
 Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
 Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
 Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapeutique ;
 Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article 7 :

L'infirmier est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article 8 :

L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ;

Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;

Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;

Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;

Pose de dispositifs d'immobilisation ;

Utilisation d'un défibrillateur manuel ;

Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article 10 ci-après ;

Techniques de régulation thermique y compris en milieu psychiatrique ;

Cures de sevrage et de sommeil.

Article 9 :

L'infirmier participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :

Première injection d'une série d'allergènes ;

Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;

Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;

Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles visées à l'article 6 ci-dessus ;

Actions mises en oeuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;

Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;

Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;

Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;

Transports sanitaires :

a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;

Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article 10 :

L'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :

- 1° Anesthésie générale ;
- 2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
- 3° Réanimation peropératoire.

Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole. En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux deuxième, troisième et quatrième alinéas et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.

Les transports sanitaires visés à l'article 9 du présent décret sont réalisés en priorité par l'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

L'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article 11 :

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article 12 :

Les activités suivantes sont exercées en priorité par l'infirmier titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire et l'infirmier en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- 3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, il exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article 13 :

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article 14 :

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;

Encadrement des stagiaires en formation ;

Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;

Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;

Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;

Education à la sexualité ;

Participation à des actions de santé publique ;

Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article 15 :

Le décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier et le décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier sont abrogés.

Article 16 :

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 février 2002.

Annexe 6 :

Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux règles professionnelles

Titre 1 : Dispositions communes à tous les modes d'exercice

Chapitre 1 : Devoirs généraux

Article R. 4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R. 4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7

Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.

Article R. 4312-8

L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.

Article R. 4312-9

L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.

Article R. 4312-10

Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles. Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.

Article R. 4312-11

L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.

Article R. 4312-12

Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.

Article R. 4312-13

Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.

Article R. 4312-14

L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer. Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.

Article R. 4312-15

L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.

Article R. 4312-16

L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.

Article R. 4312-17

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité. Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient. Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière

d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.

Article R. 4312-18

Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-19

L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salubre ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

Article R. 4312-20

L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation. Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.

Article R. 4312-21

Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.

Article R. 4312-22

L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.

Article R. 4312-23

L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.

Article R. 4312-24

Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Chapitre 2 : Devoirs envers les patients

Article R. 4312-25

L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses moeurs, sa

situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.

Article R. 4312-26

L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.

Article R. 4312-27

Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.

Article R. 4312-28

L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient. L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscretion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R. 4312-29

L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés. Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise. Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution. Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé. En cas de mise en oeuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.

Article R. 4312-30

Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Article R. 4312-31

L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.

Article R. 4312-32

L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

(...)

TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

- Chapitre Ier : Droits de la personne

Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

Art L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Art L. 110-4. – Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé, ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de

la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que le famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

(...)