

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE HAUTE COTE D'OR

TRAVAIL DE FIN D'ETUDES

Promotion 2012-2015

**LES REPRESENTATIONS DE LA SCHIZOPHRENIE
CHEZ LE PERSONNEL SOIGNANT EN UNITE DE SOINS
GENERAUX**

Évaluation des Unités d'Enseignement :

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

UE 6.2.S6 : Anglais

Travail soutenu le 19 juin 2015

MIGLIORINI-TROUSSEL KARINE

Année scolaire 2014-2015



SCHIZO♥

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

SOMMAIRE

1ère Partie

Introduction

1. Situation d'appel

2. Mon ressenti

Question de départ

2ème partie

1. La schizophrénie ou les schizophrénies

1.1 Le trépied symptomatique

1.2 Une pathologie multifactorielle

1.3 Démence précoce

1.4 Une avancée médicamenteuse

2. La prise en charge de la schizophrénie

2.1 La prise en charge

2.2 La prise en charge psychiatrique de la schizophrénie

2.3 La prise en charge en unité de soins généraux

3. Peur ou mécanisme de défense

3.1 La peur

3.2 Les mécanismes de défense

Question de recherche

3ème partie

1. Les représentations

1.1 Un concept psychosociologique

1.2 L'image de la schizophrénie dans une société médiatisée

1.3 L'image de la schizophrénie dans le milieu médical

2. La formation infirmière

2.1 La formation infirmière avant 1992

2.2 La formation infirmière après 1992

2.3 La formation infirmière en psychiatrie d'hier et d'aujourd'hui

2.4 Le cadre législatif

De ma question de recherche à mes hypothèses

Hypothèses

L'outil d'enquête

Conclusion

Bibliographie

Annexes

1ère PARTIE

INTRODUCTION

Depuis toujours les maladies mentales effraient. Dans un passé pas si lointain, on isolait les « fous », par sécurité pour la population, puis pour les soigner et les protéger. Il faut dire que l'image que renvoie la psychiatrie est souvent négative, on entend les termes : bizarrerie, imprévisible, incapable, dépersonnalisation et surtout le terme récurrent est « dangereux ».

Je ne dérogeais pas à cela. Quand je lis les journaux et regarde la télévision, les violences, les meurtres commis par des « fous », m'ont toujours fait réagir. Tout le monde a en tête le drame de Pau où un schizophrène a décapité des infirmières. Donc pour moi, la schizophrénie était associée au risque d'homicides si les malades n'étaient pas enfermés.

Puis en 2012, j'ai débuté ma formation en Soins Infirmiers. Cette appréhension de la psychiatrie et de la schizophrénie en particulier me tenaillait. Je ne voulais pas aller en stage dans une unité psychiatrique fermée. J'ai été affecté en chirurgie viscérale pour mon premier stage, j'étais soulagée. Seulement je ne pensais pas me retrouver face à ma peur comme je le décris plus loin dans ma situation. Je n'imaginai pas que « ces malades » pouvaient aussi avoir besoin de soins autres que psychiatriques. Les appréhensions des infirmières et du cadre de santé ne m'ont pas réconfortée. Celles-ci ont-elles influencé mon jugement ?

J'ai donc décidé de travailler sur les représentations de la schizophrénie chez les soignants en général. Pour cela il me faut approfondir mes connaissances sur cette pathologie, savoir ce que sont les représentations et ce que cela peut impliquer pour la prise en charge de ces patients.

C'est pourquoi, je vais d'abord réaliser des recherches sur la schizophrénie, ce qui la caractérise, comment elle est traitée et prise en charge. Puis je vais aborder le thème des représentations, d'abord d'un point de vue médiatique, puis psychosociologique. Pour finir, je vais explorer la formation infirmière d'un point de vue général puis dans le domaine spécifique de la psychiatrie, en évoquant les différentes réformes.

SITUATION

J'ai effectué un stage en chirurgie viscérale en novembre 2012. A cette occasion j'ai eu à m'occuper d'un jeune homme de 29 ans diagnostiqué schizophrène depuis le mois d'août, suite à une rupture sentimentale. Ce jeune homme était en Soins Intensifs depuis plusieurs semaines pour les suites d'une stomie de décharge au niveau de l'iléon.

Son arrivée dans le service a été retardée car il fallait attendre qu'une chambre individuelle se libère pour ne pas mettre en danger un autre patient dans une chambre double. Le principe de précaution a été appliqué dans cette situation.

A son arrivée dans le service, certaines recommandations nous ont été données par le cadre de santé sur les conduites à tenir quant à sa prise en charge. En effet, ce dernier pouvait se montrer violent. Nous ne devons pas être seules avec lui et il fallait éviter de lui tourner le dos. Il ne fallait pas le contrarier pour ne pas provoquer chez lui de la colère. Cela renforçait les craintes que j'avais vis-à-vis de la psychiatrie. Mes craintes n'étaient pas fondées sur une quelconque expérience, mais sur un a priori renforcé par les médias. Et les réactions de l'équipe me confortaient dans ma peur.

A son arrivée il est vrai que ce patient était parfois opposant et agité. Le psychiatre de l'unité dont il dépendait est venu le voir avec une infirmière de liaison pour rééquilibrer son traitement.

Durant son hospitalisation j'ai eu à m'occuper de ses soins de stomie, accompagnée d'une infirmière. Il a toujours été calme, sans accès ni de colère ni de violence. J'étais parfois troublée par ses réactions. Quand on lui donnait ses médicaments, en échange de ses comprimés et de ses gouttes il s'arrachait une poignée de cheveux et nous la donnait. De peur de le contrarier, j'acceptais cet échange.

Durant son séjour, une intervention pour rétablir la continuité intestinale a été programmée et l'infirmière de service ce matin-là m'a demandé si je pouvais me charger des soins préopératoires. J'ai accepté car le patient était calme depuis que son traitement avait été adapté.

Je suis allée le voir en lui demandant s'il était d'accord pour la douche, en lui expliquant pourquoi il fallait la faire. La veille, l'infirmière lui avait déjà expliqué et il s'en souvenait.

Je l'ai donc accompagné confiante jusqu'à la douche qui se trouve à l'entrée du service. Dans la salle de bain, j'ai réglé la température de l'eau en lui demandant comment il la souhaitait et je lui ai donné la Bétadine. Il s'est bien mouillé le corps et les cheveux mais ne se savonnait que le corps. Je lui ai alors demandé s'il avait besoin d'aide pour laver ses longs cheveux. C'est alors qu'il s'est retourné violemment et m'a regardé méchamment en me disant « tu touches pas mes cheveux ». Je n'ai pas insisté et tout en gardant un calme apparent, je lui ai demandé de bien se laver au niveau du ventre, partie que j'avais épilée au préalable, ainsi qu'au niveau des plis de l'aîne. Le reste de la douche s'est très bien passé ainsi que le reste du soin.

J'ai informé l'équipe que pendant la douche, le patient avait refusé de se laver les cheveux et qu'il avait violemment refusé mon aide. Je l'ai aussi indiqué sur la feuille de liaison, pour transmission à l'équipe du bloc opératoire.

2) MON RESSENTI

Je ne pensais pas être si vite confrontée à la pathologie psychiatrique, encore moins à un patient schizophrène. Intérieurement je me suis dit « si je peux éviter de m'en occuper ». Je sais que cette remarque n'est pas professionnelle, mais je commençais ma formation, c'était mon premier stage, et comme je l'ai déjà affirmé, la psychiatrie me faisait peur. J'ai voulu malgré tout dépasser cette peur. C'est pourquoi, je me suis régulièrement occupée de ce patient. Mais le dernier soin, le dernier jour de mon stage, a fait ressurgir toutes mes craintes. Ce qui m'a amenée à me poser toutes sortes de questions, car j'avais besoin de comprendre et ne pas simplement subir cette peur.

Questionnement autour de la situation de départ.

- pourquoi ai-je eu peur, quelle en est la résonance ?
- Connait-on les risques liés à l'accueil de patients schizophrènes dans les services de soin ?
- Quelle est la représentation dans la société de la maladie schizophrène ?
- Faut-il avoir une formation particulière pour travailler en psychiatrie ?

➤ En quoi la prise en charge de patient souffrant de troubles psychiatriques peut-elle être différente ?

Pour pouvoir travailler, j'oriente mes recherches sur différents axes, notamment :

- la schizophrénie,
- les représentations sociales de la schizophrénie dans le milieu médical et dans la société,
- les soins en unité psychiatrique et en service de soins généraux,
- la formation infirmière en psychiatrie avant et après les réformes de 1992 et de 2009.

Question de départ

En quoi l'appréhension des soignants, hors psychiatrie, devant la pathologie schizophrène modifie la prise en charge de ces patients.

2ème PARTIE

1 LA SCHIZOPHRENIE OU LES SCHIZOPHRENIES

1.1 Le Trépied Symptomatique

Je vais d'abord donner la définition très personnelle, que j'avais de la schizophrénie avant ma formation, mais qui n'est pas scientifique, puis celle plus réaliste de différents milieux professionnels.

Selon mes propres représentations, le patient schizophrène était une personne malade psychiatrique, dangereuse, qui entend des voix.

Selon Le Petit Robert c'est une « *psychose caractérisée par une désagrégation psychique (ambivalence des pensées, des sentiments, conduite paradoxale), la perte de contact avec la réalité, le repli sur soi.* »¹

D'après Le Petit Larousse, c'est une « *psychose délirante chronique caractérisée par un autisme, une dissociation, un délire paranoïde et générant une perturbation du rapport au monde.* »²

Monsieur le Docteur Wallenhorst en cours de psychopathologie nous a donné la définition suivante : *c'est une maladie évolutive. Il y a une grande variété dans l'expression clinique d'un patient à un autre mais aussi pour un même patient tout au long de sa vie. Des facteurs génétiques interagissent avec d'autres facteurs, des capacités d'adaptation, des capacités affectives, des capacités de résilience et des facteurs de l'environnement. On décrit d'un côté les symptômes positifs (délires, hallucinations, trouble du cours de la pensée) de la Schizophrénie et aussi les symptômes négatifs (retrait, repli sur soi, défaillance de comportements normaux). Chez la plupart des patients cohabitent les deux symptômes.*³

¹ www.lepetitrobert.fr consulté le 17 avril 2015

² *Le petit Larousse illustré* édition 2012 p 988

³ Cours du S5 par le Docteur Wallenhorst sur la psychopathologie

Frédéric Masseix parle de Schizophrénies au pluriel, pour lui c'est un « *groupe de pathologies se caractérisant par la perte de la perception objective de la réalité et une modification de la personnalité du sujet* »⁴.

Le terme schizophrénie vient du grec schizein qui veut dire fendre, et phren qui veut dire esprit. On distingue plusieurs formes de schizophrénie, mais on retrouve un tronc commun à toutes que l'on appelle « trépied symptomatique » avec :

- La discordance ou dissociation : c'est la destruction de la sphère intellectuelle, affective et comportementale. Le sujet paraît « bizarre ». La conversation est altérée, le sens des mots est détourné, le patient invente des mots (néologisme), voire un langage c'est ce qu'on appelle la schizophasie.
- L'activité délirante et hallucinatoire : le délire est non systématisé, il est sans logique et sans construction. On retrouve des délires de grandeur, de persécution et aussi des délires mystiques. Les hallucinations sont auditives et intrapsychiques. Le sujet obéit aux ordres de ces voix, c'est ce qu'on appelle l'automatisme mental. Ces hallucinations peuvent le conduire à l'agression ou au suicide.
- Le retrait autistique : il se caractérise par une rupture avec la réalité. On trouve l'organisation d'un monde intérieur, fermé à toute communication. L'autisme participe au repli sur soi.

Ces trois composantes permettent de distinguer :

- La schizophrénie paranoïde : elle associe en plus des troubles de la pensée et de l'affectif, une activité délirante.
- L'hébéphrénie : c'est une forme déficitaire, avec une incapacité à entreprendre, une perte d'initiative motrice, des troubles affectifs, des troubles du comportement liés à l'ambivalence.
- La schizophrénie dysthymique : c'est une forme intermittente, avec des crises

⁴ Frédéric Masseix, *lexique du guide des soins infirmiers en santé mentale*, Éditions hospitalières p 157

dissociatives aiguës, déviantes ou catatoniques, des troubles de l'humeur soit expansifs ou dépressifs.

1.2 Une pathologie multifactorielle

C'est un état psychotique dont la prévalence est d'environ 0,2 à 1 % de la population générale dans le monde. Le ratio sexe est d'environ 1/1. La maladie débute entre 15 et 30 ans. Les causes d'apparition ne sont pas connues. On dit que la maladie est multifactorielle, mais à partir de la configuration du cerveau, certaines zones cérébrales ont un rôle prépondérant.

- Un dysfonctionnement de la neurotransmission ne fait aucun doute. Le fait d'entendre des voix, est aujourd'hui expliqué par un dysfonctionnement du faisceau arqué qui relie les 2 centres du langage, les pensées sont entendues comme des voix. Il existe aussi un défaut de l'audition dans le lobe temporal. Cela se manifeste par le fait que les patients ont du mal à entendre le 2^{ème} degré de communication, c'est à dire qu'ils prennent tout au premier degré, qu'ils ne sont pas capables de comprendre l'humour ou le sarcasme dans une conversation. D'où un risque d'interprétation de leur part.
- Des facteurs génétiques sont mis en évidence. En effet, si dans une famille plusieurs cas de schizophrénie sont présents, le risque est majoré. Des facteurs psychosociaux peuvent intervenir après la naissance mais le facteur génétique est prépondérant par rapport aux facteurs environnementaux. Les enfants de mère schizophrène donnés en adoption, développent plus souvent la maladie que dans la population générale.⁵

1.3 Démence précoce

C'est Eugène Bleuler (1857-1939), psychiatre suisse qui utilise la première fois la dénomination de schizophrénie. Auparavant, le terme utilisé par Emil Kraepelin (1856-1927), psychiatre allemand, était « démence précoce ». D'après Eugène Bleuler la schizophrénie ne constitue pas une entité parfaitement homogène mais plutôt un ensemble de troubles mentaux. Il met l'accent sur le caractère central de la dislocation des fonctions psychiques.

1.4 Une avancée médicamenteuse

Les neuroleptiques restent la référence pour le traitement de la schizophrénie et cela depuis

⁵ *Cours de psychopathologie du S5 par le Docteur Wallenhorst.*

1952, avec la découverte des propriétés antipsychotiques de la Chlorpromazine. Ils sont surtout efficaces sur les symptômes positifs de la pathologie.

Il faut être conscient que les traitements à l'heure actuelle ne guérissent pas la maladie mais diminuent les symptômes. Des chercheurs travaillent actuellement sur l'influence des facteurs génétiques et environnementaux dans le déclenchement de la maladie, ils espèrent ainsi traiter la ou les causes et non plus seulement les symptômes.

Il faut savoir que les effets indésirables des neuroleptiques sont multiples et peuvent avoir de graves conséquences sur le devenir des patients :

- Une prise de poids due à un ralentissement du métabolisme, cela accentue le mal-être des patients.
- La dyskinésie caractérisée par des mouvements répétitifs involontaires, on nomme cela le syndrome extra pyramidal. C'est un trouble de type parkinsonien.
- Une baisse de la libido provoquée par la diminution de gonadostimuline qui est une hormone sexuelle, d'où la difficulté à vivre cette situation pour un jeune adulte.

Et plus rarement :

- Le syndrome malin, pouvant entraîner une perte de conscience, se manifestant par des tremblements, des troubles musculaires et une hyperthermie, c'est une urgence médicale. Ce syndrome survient généralement au début du traitement.

C'est pourquoi, de nombreux patients ne sont pas ou peu observant de leur traitement. Une autre raison d'arrêter leur médication, c'est l'amélioration de leur état, ils n'ont alors pas conscience que cette interruption entraîne un risque de décompensation avec rechute et une aggravation de la pathologie. Les rechutes successives amplifient la maladie à chaque épisode et rend difficile la stabilisation de la maladie. Le malade vit alors dans un état de décompensation chronique avec des phases de compensation de plus en plus courtes et de plus en plus rares. A ce stade-là, l'institutionnalisation est souvent inévitable pour le protéger.

Le traitement ne consiste pas seulement en une prise en charge médicamenteuse comme je l'indique plus haut, mais aussi en une prise en charge sociale. Je développerai ce sujet dans la prise en charge du patient schizophrène.

2 LA PRISE EN CHARGE INFIRMIERE DE LA SCHIZOPHRENIE

2.1 La prise en charge

Ma définition de la prise en charge est le fait de s'occuper d'une personne dans sa globalité, c'est-à-dire en prenant en compte le côté physique et psychique. C'est le fait de prodiguer les soins à une personne dans l'incapacité totale, partielle, définitive ou temporaire de le faire elle-même. On peut dire que la prise en charge consistent principalement dans les soins infirmiers. Or, dans ce domaine je ne peux pas faire autrement que de parler de Florence Nightingale⁶ qui en 1859 introduit la notion de « *prise en charge de la santé de quelqu'un de manière individuelle.* » De même en 1961 Virginia Henderson⁷ décrit les soins infirmiers comme « *étant l'objectif d'assister, de manière individualisée, les personnes malades et en santé et de promouvoir des actions contribuant au maintien en santé ou au retour de la santé, d'assister tous ceux qui n'ont plus la force ou n'ont pas les connaissances pour rester ou recouvrer la santé seul.* »

Mais comme je le dis dans ma propre définition c'est aussi prendre en compte le côté psychologique ou psychiatrique de la personne. C'est pourquoi, je vais évoquer la prise en charge psychiatrique du patient schizophrène, non par l'aspect chimiothérapie car je l'ai déjà traité plus haut mais par la prise en charge par psychothérapie ou par thérapie psychosociale.

2.2 La prise en charge psychiatrique de la schizophrénie

Il faut préciser que tous les patients schizophrènes ne sont pas hospitalisés. Leur état ne le nécessite pas forcément. En effet l'hospitalisation est indiquée en cas de décompensation, de crises aiguës. Elle est souvent le fait de la demande d'un tiers. A domicile la prise en charge sociale est essentielle pour permettre aux patients de garder un contact avec la réalité. Elle consiste à leur permettre de garder un lien avec le monde du travail, par l'intermédiaire des Établissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT), un poste adapté dans leur entreprise. Parfois une hospitalisation de jour est indiquée pour ne pas briser les liens sociaux. Quand le maintien à domicile est difficile, il existe aussi des appartements thérapeutiques. Le principal est de conserver un projet socio-professionnel ou occupationnel. Parallèlement aux traitements médicamenteux et à la prise en charge sociale, il est souvent nécessaire d'avoir

⁶ *infirmière britannique (1820-1910) pionnière des soins infirmiers modernes*

⁷ *Infirmière américaine (1897-1996) à l'origine du modèle conceptuel des 14 besoins fondamentaux.*

recours aux psychothérapies qui ont pour but de soutenir le patient, de l'aider à reprendre contact avec le monde environnant et à l'aider à comprendre et à accepter sa maladie.

Il existe différentes psychothérapies.

« Les psychothérapies cognitivo-comportementales visent à faciliter le développement de nouvelles compétences sociales et relationnelles chez des patients très démunis dans ce domaine.

Les psychothérapies institutionnelles sont mises en œuvre dans les institutions psychiatriques pour aider le patient, dès le début de son séjour, à maintenir ses liens avec son environnement. »⁸

On comprend mieux ici la notion et l'importance de la prise en charge globale d'un patient. Prendre en charge, ce n'est pas seulement distribuer des thérapeutiques, c'est aussi prendre en compte toutes les facettes de la personnalité du patient, en laissant ses a priori et ses préjugés de côté. Je pense que c'est cela être un bon soignant.

2.3 La prise en charge en unité de soins généraux

Comme je l'indique dans ma situation de départ, les patients schizophrènes sont aussi parfois hospitalisés dans des services de soins généraux. Quant est-il alors de leur prise en charge ? Le côté somatique est essentiellement traité, mais le côté psychologique et psychiatrique est-il suffisamment pris en compte ? Les connaissances en psychiatrie des soignants sont-elles suffisantes pour prendre en charge ces patients dans leur globalité ? Les soignants font de leur mieux pour prendre en charge les patients atteints de troubles psychiatriques. Je ne peux pas m'exprimer davantage sur cette prise en charge, car je n'ai moi-même que peu d'expérience et je n'ai pas de témoignage dans ce sens. Mais je pense que la formation initiale des infirmiers(ères) est essentielle dans cette prise en charge. Je dois alors chercher à savoir pourquoi les soignants ressentent de l'appréhension à accueillir des patients schizophrènes. Est-ce de la peur ? Est-ce un mécanisme de défense ?

3. PEUR OU MECANISMES DE DEFENSE

3.1 La peur

Au début de notre formation, le docteur Wallenhorst que j'ai déjà cité, nous a dispensé des cours relatant les émotions dites primaires et la peur en fait partie. Pour lui, elle exprime pour

⁸<http://www.frm.org/dossiers-104.html> consulté le 20 mars 2015

chacun ce qu'il redoute et ce dont on voudrait se défendre. C'est un vécu désagréable attaché à une situation que la personne voudrait éviter. Autrement dit, quand on a peur, on a tendance à éviter l'objet de la peur. Certaine fois, c'est la pensée de la peur qui crée l'inconfort, autrement dit la situation n'est pas encore arrivée mais la personne cherche à éviter cette situation désagréable. La raison profonde de la peur est de signaler un danger pour pouvoir se protéger dans cette situation de manière adaptée. Normalement c'est réversible, la peur disparaît quand le danger est passé mais il existe des peurs qui se fixent en devenant des obsessions. Trois facteurs interviennent dans la constitution de la peur :

- L'expérience de ce que j'ai déjà vu et rencontré,
- L'apprentissage social commence dès l'enfance, c'est-à-dire les parents disent à l'enfant qu'il doit se méfier de certaines situations. Ils lui recommandent d'éviter certaines situations,
- Le raisonnement personnel, la personne se constitue des pensées dans le but d'éviter des situations dangereuses.

La mémoire émotionnelle joue un rôle primordial. On a deux cerveaux, un cerveau cognitif et un cerveau émotionnel. Ce sont les pensées qui favorisent l'angoisse.

Dans les facteurs qui interviennent dans la constitution de la peur, un en particulier attire mon attention. En effet, le second facteur ci-dessus énoncé, expose que l'apprentissage social commence dès l'enfance. L'environnement familial, par la socialisation de l'enfant dès son plus jeune âge, influe donc sur les représentations mentales, sociales de l'enfant et donc sur ses peurs.

3.2 Les mécanismes de défense

En première année, au semestre 2, sont étudiés les mécanismes de défense. Ils sont fréquents, et utilisés au quotidien, pour se protéger des tensions et de l'angoisse. Ils protègent l'individu face à une réalité qui va être jugée intolérable et trop douloureuse. En situation de crise, ils s'exacerbent. Il est important de pouvoir les comprendre, les repérer car ils sont ambivalents et complexes et peuvent plonger aussi bien le patient, son entourage que les soignants dans le désarroi et l'incompréhension. Ils varient d'un patient à l'autre et d'un soignant à l'autre, c'est ce qui les rend plus difficiles à appréhender et d'autant plus fluctuants, déconcertants et quelque part imprévisibles.

« Selon le dictionnaire international de la psychanalyse, les mécanismes de défenses sont des processus psychiques que l'on prête généralement au moi organisé. Ils ont pour fonction l'organisation et le maintien des conditions psychiques optimales pouvant aider le moi du sujet à affronter et à éviter l'angoisse et le malaise psychique. Ils participent ainsi aux tentatives d'élaboration du conflit psychique mais peuvent par leurs utilisations excessives ou inappropriées commettre la croissance psychique. »⁹ Comme mécanisme de défense, on peut retrouver l'évitement qui est une fuite réelle déguisée face à une demande de trop d'investissement, d'écoute, de présence... du patient. La présence du patient est niée. La relation est privée de tout affect que le soignant estime ne pas être de son ressort.

Je me pose alors la question de savoir si la formation infirmière nous prépare suffisamment à faire face à de telle situation ou si notre éducation et les représentations sociales qui s'y attachent, n'influencent-telles pas notre prise en charge. C'est pourquoi toutes ces explorations m'amènent à modifier ma question de départ en question de recherche. En effet ce ne sont pas les seules appréhensions des soignants qui influencent la prise en charge mais plus précisément les représentations de la schizophrénie. C'est pourquoi, je pose la question de recherche suivante :

QUESTION DE RECHERCHE

En quoi les représentations de la schizophrénie chez les infirmiers en service de soins généraux peuvent-elles influencer la prise en charge d'un patient schizophrène ?

⁹ Cours de psychologie du semestre 2 dispensé par M. Cirbeau Jeannick..

3ème PARTIE

1. LES REPRESENTATIONS

1.1 Un concept psycho-sociologique

Je vais donner différentes définitions de la représentation.

Si j'avais à définir le terme de représentation je dirais que c'est l'idée que l'on se fait de quelque chose ou de quelqu'un.

Le dictionnaire fondamental de la psychologie la définit ainsi : « *façon de voir localement et momentanément partagée au sein d'une culture, qui permet de s'assurer l'appropriation cognitive d'un aspect du monde et de guider l'action à son propos.*¹⁰ »

D'après Frantz Samy Kohl, psychiatre au CHU de Nice : « *une représentation sociale est un contenu de pensée mais aussi un acte dynamique de création du réel, réel qu'il serait impossible d'approcher sans la représentation. Il s'agit d'une forme de connaissance profane socialement élaborée qui encourage à l'établissement d'une vision de la réalité commune à un groupe social déterminé.*»¹¹ On peut dire je pense que c'est une façon de voir la réalité.

Pour Denise Jodelet sociologue reconnue, c'est un « *ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou à une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social*»¹²

On peut alors se demander ce que peuvent ressentir les patients considérés parfois plus comme des objets que comme des personnes, dont on se protège plus qu'on ne les protège.

¹⁰ Dictionnaire fondamental de la psychologie – in extenso de chez Larousse p 1110

¹¹ Les représentations sociales de la Schizophrénie par Frantz-Samy Kohl. Chez Masson 2006 p 1 de l'introduction.

¹² D. Jodelet, Les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui PUF, 1989, page 188

Représenter, c'est rendre présent à l'esprit et c'est pour cette raison que l'on peut dire que la représentation sociale d'une chose, d'une personne, d'un objet, d'un événement matériel ou psychique, correspond à une réflexion qui rend concret ce qui est abstrait. C'est une autre manière pour nous de reconnaître la réalité.

Les représentations sociales sont des obstacles dans notre prise en charge et dans notre vie de tous les jours. L'idée que l'on se fait de quelque chose ou de quelqu'un, nous incite à placer ces derniers dans des « cases », on voit apparaître alors les préjugés. Cette notion est plutôt négative et entraîne une différenciation des genres et débouche parfois sur de la discrimination. Et c'est là que les représentations peuvent être dangereuses. Ainsi les représentations sont à la base d'actes qui reflètent ce que pense et fait l'individu.

Pour résumer je dirais qu'une représentation est un ensemble d'idées, promu par un groupe social ou culturel sur un sujet donné. Mais qu'en est-il des représentations de la Schizophrénie ?

1.2 L'image de la schizophrénie dans une société médiatisée

Les médias ont une grande part de responsabilité dans l'idée que se fait la population de la schizophrénie. En effet, chacun a encore en tête le fait divers de Pau où un malade schizophrène en 2004 a décapité une infirmière et assassiné une autre. On parle d'ailleurs du « drame de Pau ». Après cette tragédie, la schizophrénie a été stigmatisée, alors que la violence chez les schizophrènes est sensiblement la même que dans la population « normale ». Les premières victimes de la schizophrénie sont les schizophrènes eux-mêmes.

« Les faits divers font parfois état de la dangerosité des malades atteints de schizophrénie. Mais la schizophrénie ne représente-elle pas d'abord un risque pour celui ou celle qui la subit au quotidien ? »¹³

En effet, on note un taux de suicide supérieur dans cette population, leur espérance de vie est inférieure de 15 ans par rapport à un individu lambda. Mais ce n'est pas la pathologie en elle-même qui tue, mais les conduites à risques, les addictions et la délinquance. Le malade est souvent rejeté et s'isole car il souffre de ce rejet et de cet isolement. C'est un cercle vicieux. Plusieurs études attestent qu'ils sont 7 à 17 fois plus fréquemment agressés que la population générale. Une étude de 2011 de la Haute Autorité de Santé (HAS) portant sur la dangerosité

¹³ Pierre-Michel LLORCA, professeur de psychiatrie au CHU et à l'université de Clermont-Ferrand
<http://www.fondation-fondamental.org/actualite.php> consulté le 19 avril 2015

psychiatrique révèle que seuls 3 à 5 % des actes violents survenus dans le monde seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux.

Mais les médias parlent rarement de cette réalité et place le schizophrène en tant qu'auteur de violence mais rarement en tant que victime.

Le 30 août 2014 les médias titraient : « *Un fugitif dangereux atteint de schizophrénie aiguë est recherché dans le Doubs.* » Cet homme s'est évadé pour voir sa fille que la justice l'empêchait de voir.

Jeudi 6 novembre 2014 : « *Une quinquagénaire tuée par son fils schizophrène* »¹⁴

Samedi 24 janvier 2015 : « *Grasses : jeune femme égorgée, schizophrène son mari dans le coma* »¹⁵

Malgré mes recherches je n'ai trouvé aucun fait divers relatant un malade schizophrène victime.

1.3 L'image de la schizophrénie dans le milieu médical

On ose espérer que dans le milieu médical, les représentations de la schizophrénie et des maladies mentales en général sont mieux comprises. Mais qu'en est-il réellement ?

En 2001 après l'explosion de l'usine AZF à Toulouse, l'hôpital psychiatrique Gérard Marchant fut détruit et les patients ont dû être transférés dans les hôpitaux voisins. Suite à ces transferts des pneumologues firent circuler une pétition « ... *la proximité de patients psychiatriques au sein de l'hôpital Larrey est susceptible d'apporter des bouleversements considérables dans l'exercice de notre spécialité. ... D'une manière plus générale, nous redoutons l'aura négative extérieure de cette cohabitation imposée...* ». Cette pétition fut attaquée en diffamation par un syndicat et la fédération nationale des anciens patients en psychiatrie, mais deux non-lieux furent rendus.

D'après le Docteur Khol, dans son livre « les représentations sociales de la schizophrénie », les représentations de la schizophrénie chez les soignants travaillant en unité de soins généraux sont proches de celles de la population générale, ce qui peut paraître paradoxal.

¹⁴ *Le Progrès quotidien du 6 novembre 2014*

¹⁵ *Nice matin quotidien du 24 janvier 2015*

En 2006, le journal « NERVURE »¹⁶ a publié une enquête s'intitulant « *représentations sociales des troubles schizophréniques chez les soignants* ». Cette enquête reprend en introduction le constat que j'ai réalisé plus haut : « *les représentations sociales des troubles schizophréniques sont péjoratives dans la population générale.* » Les journalistes se questionnent ensuite sur la réalité dans le monde médical. Pour cela, ils ont fait parvenir un questionnaire de 20 questions à 6000 différents acteurs : généralistes, psychiatres, personnels paramédicaux (infirmières, aides-soignantes, cadres de santé), psychologues et professionnels du champ social, ainsi qu'à des familles et des usagers des services psychiatriques. 322 personnes ont répondu dont 167 appartenant au corps médical (généralistes, psychiatres), 123 aux personnels soignants (cadre, infirmières, aides-soignantes, psychologues et professionnels sociaux) et 27 aux familles et usagers.

Cette enquête révèle que 74,2 % des répondants pensent qu'il s'agit d'une maladie potentiellement dangereuse, avec un risque de passage à l'acte non négligeable. Pour le corps médical principalement mais aussi pour les cadres de santé, il existe une dangerosité propre à la schizophrénie. Il faut remarquer que 29.3 % du groupe « cadre de santé » estiment qu'il n'y a pas particulièrement de risque de passage à l'acte, différence significative par rapport aux deux autres groupes.

Il faut noter que d'après cette enquête, la plupart des répondants pense que le patient schizophrène peut récupérer après un épisode de décompensation. D'ailleurs la grande majorité considère que les malades peuvent conduire (90 %), se marier (95.3 %), avoir des enfants (88.2 %) et accéder à un emploi (97.2 %) bien que 73.3 % estime que cette pathologie n'est pas compatible avec une profession médicale.

75.5 % des questionnés déclarent ne pas être influencés par l'image négative de la folie présentée par les médias et que cela n'a aucune influence sur leurs représentations sociales de la schizophrénie.

Pour conclure, cette enquête met en évidence une évolution radicale des mentalités relatives aux concepts psychiatriques existants auparavant. L'optimisme des réponses obtenues contraste avec la réalité sociale de ces patients.

¹⁶ *Nervure, journal de psychiatrie, février 2006.p 10 et 11*

« Comment changer des représentations qui ont mis des siècles à se forger ! »¹⁷

« Le chemin parcouru est déjà important mais il reste nécessaire de poursuivre cette politique afin de réduire la souffrance des patients induite par l'exclusion et la discrimination sociale afin qu'image et réalité sociale se rapprochent encore ». ¹⁸

2. LA FORMATION INFIRMIERE

2.1 La formation infirmière avant 1992

On retrouve les premières notions d'infirmière au XIII^{ème} siècle avec les ordres religieux. A cette époque, c'est essentiellement des religieuses qui officient. En 1633, Saint Vincent de Paul, fait des recommandations en incitant les sœurs à avoir une fonction de conseil et d'éducation car la charité seule ne suffit pas. En 1789, c'est la naissance de l'hôpital laïc. Mais là aussi on trouve des limites, les notions d'hygiène sont encore méconnues et les médecins réclament des infirmières instruite et dévouées. Au XIX^{ème} siècle, Florence Nightingale ouvre la première école d'infirmière à Londres. La formation dure un an et les élèves complètent leur formation sur le terrain. L'école se situe dans l'hôpital. En France, c'est le docteur Bourneville qui est à l'origine en 1882 de l'ouverture des premières écoles. La formation dure deux ans avec une alternance de cours et de stage. En 1899, à Lyon, l'école professionnelle infirmière voit le jour. En 1922, un décret uniformise le programme de formation dans les différentes écoles et crée ainsi le premier diplôme français. On doit beaucoup dans ce sens à Léonie Chaptal qui œuvra pour que les infirmières soient formées. Elle axe sa formation sur la connaissance du malade. « *L'infirmière doit tout savoir du malade, non pas tout de la maladie ; le malade, c'est l'art de l'infirmière, la maladie, c'est la science du médecin* ». En 1937, l'article L.474-1 stipule : « *nul ne peut exercer la profession d'infirmière s'il n'est muni d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article L.474-1* ». La loi de 1978 introduit la reconnaissance officielle du rôle propre infirmier. Jusqu'en 1992, les formations infirmières en soins généraux et les infirmières en psychiatrie avaient en commun la 1^{ère} année. « *Cette première année était basée sur la connaissance du corps et sur la prise en charge de l'hygiène du malade. Au cours de la deuxième année, l'enseignement de la psychiatrie se faisait sur la base d'un stage de 80 heures et de quelques heures théoriques.* » Propos recueillis par l'interrogation d'une infirmière diplômée en 1976.

¹⁷ Schizophrénie et soins infirmiers, E. Digonnet, D. Friard, A. M Leyreloup, M. Rajalat. Masson p 40

¹⁸ D. Leguay, B. Lièvre, F. Lamotte : médecins ayant menés l'étude pour le journal « Nervure » p 11

2.2 La formation infirmière après 1992

Avec l'arrêté du 23 mars 1992, le diplôme polyvalent voit le jour. Il n'y a plus de distinction entre les infirmiers des secteurs généraux et ceux des secteurs psychiatriques. Avec cette réforme, les écoles deviennent des instituts et les élèves deviennent des étudiants. La scolarité dure 37 mois et demi et se répartit de la façon suivante :

- 2240 heures d'enseignement théorique, dont 400 heures de psychopathologie.
- 2380 heures de stage, dont 280 heures en psychiatrie.
- 140 heures de suivi pédagogique.

En 2009, une nouvelle réforme de la formation relative au diplôme d'État d'infirmier est mise en place avec l'arrêté du 31 juillet 2009.

En annexe 3 de ce référentiel, on peut retrouver :

« LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION

La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins de santé des personnes dans le cadre d'une pluri professionnalité.

1. Finalités de la formation

Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements.

L'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle.

L'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles. Il établit son portefeuille de connaissances et de compétences et prépare son projet professionnel.

L'étudiant apprend à reconnaître ses émotions et à les utiliser avec la distance professionnelle qui s'impose. Il se projette dans un avenir professionnel avec confiance et assurance, tout en maintenant sa capacité critique et de questionnement.

L'étudiant développe une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction.

Exercés au raisonnement clinique et à la réflexion critique, les professionnels formés sont compétents, capables d'intégrer plus rapidement

de nouveaux savoirs et savent s'adapter à des situations variées. »¹⁹

La formation se déroule sur 34 mois soit 6 semestres, car maintenant la formation est intégrée à l'université, ce qui donne le grade de licence à l'étudiant avec l'obtention de son diplôme. La formation se déroule comme suit :

- 2100 heures d'enseignement théoriques
- 2100 heures de stages réparties en 60 semaines soit 6 stages.

Les stages se répartissent sur 4 spécialités :

- Soins de courte durée (M.C.O.)
- Soins en psychiatrie et santé mentale
- Soins de longue durée, soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Soins à domicile, lieux de vie, lieux de travail

Comme le diplôme est de niveau universitaire LMD (Licence, Master, Doctorat) 900 heures sont attribuées pour le travail personnel.

2.3 La formation infirmière en psychiatrie d'hier à aujourd'hui.

Le premier cadre législatif à la profession d'infirmier psychiatrique remonte à la loi du 30 juin 1838. Cette loi institue et officialise les lieux d'exercices des aliénistes et par conséquent l'environnement de travail de ceux appelés « gardien de fous ». Ces soignants étaient tous d'anciens patients.

Puis vient la création le 27 juin 1922 d'un brevet de capacité professionnelle.

Le 26 mai 1930, une réglementation du diplôme pour les infirmiers en psychiatrie avec un enseignement réparti sur 5 ans, avec 57 cours théoriques et des stages en médecine. L'examen final donne accès au titre : d'infirmier(e) des asiles d'aliénés diplômés de l'État français.

La circulaire du 30 novembre 1949 instaure 100 heures réparties sur deux ans qui débouchent sur un diplôme d'infirmier des hôpitaux psychiatriques.

Avec l'arrêté ministériel du 28 juillet 1955, on observe une unification des programmes amenant à un diplôme national.

Mais le diplôme d'infirmier psychiatrique est officialisé par l'arrêté du 12 mai 1969 et celui du 16 février 1973 relatif à la spécificité des soins en psychiatrie. La formation comprenait alors,

¹⁹ www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf consulté le 17 avril 2015

800 heures d'enseignement théorique et 960 heures en stage.²⁰

En 1992, avec l'avènement du diplôme polyvalent, l'apport théorique en psychopathologie est de 400 heures et 280 heures en stage. Par la réforme de 2009, les cours théoriques ne sont plus que de 100 heures et les heures de stages sont de 175 heures pour un stage de 5 semaines ou de 350 pour un stage de 10 semaines.

Ces réformes ont eu pour but de permettre à tous les infirmiers de pouvoir travailler dans toutes les unités de soins sans spécialisations et d'uniformiser le diplôme au niveau européen.

2.4 Le cadre législatif

Notre profession est régie par le code de la santé publique. Un article est particulièrement approprié dans la situation que je développe.

Article R.4312-25 du Code de la Santé Publique.

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

En effet cet article démontre bien que peu importe la pathologie ou la situation d'un patient, il doit être pris en charge comme n'importe quel autre patient, sans préjugé.

DE MA QUESTION DE RECHERCHE A MES HYPOTHESES

Avec ce travail de fin d'étude, j'ai pu comprendre et surmonter mes appréhensions et mes peurs face à la schizophrénie. Je ne veux pas minimiser les conséquences que peut engendrer cette pathologie. Comme je le décris dans la première partie de mes recherches, la schizophrénie est complexe, comme beaucoup de pathologies psychiatriques. Mais je pense sincèrement qu'il faut tout faire pour ne pas stigmatiser ces malades. Leur vie est déjà suffisamment compliquée, ainsi que celle de leur famille. Mais comme je le dis ensuite cette maladie a mauvaise presse. Les homicides commis par les schizophrènes sont souvent très

²⁰www.intercludvendee.fr/psychiatrie/Historique-profession-infirmiere-psy consulté le 17 avril 2015

violents et mis en première page des média écrits et télévisés, alors qu'il est démontré par l'HAS dans une étude de 2011 que moins de 5 % des actes de violences sont l'œuvre de personnes souffrant de pathologies mentales.

Cette recherche m'a permis de découvrir aussi que même dans le milieu médical, les schizophrènes sont redoutés. Je me suis alors demandée pourquoi. Les représentations sociales ont une place importante dans ce constat. Je peux comprendre que pour la population générale, le monde de la psychiatrie soit perçu comme négatif. Pour la plupart des individus, ce qui effraie c'est que les maladies psychiatriques ne sont pas curatives. Si je prends à titre de comparaison le cancer, une fois le diagnostic posé, un protocole et une thérapie sont mis en place avec chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie... On sait guérir ou du moins on sait quoi mettre en place pour arriver à une rémission ou une guérison à long terme. A contrario pour les maladies mentales, on sait agir sur les symptômes, sur les décompensations, donc il est possible d'apporter des soins appropriés, mais on ne sait pas encore guérir les patients atteints. On ne sait pas encore agir sur les causes tant génétiques que sociales. *D'ailleurs d'après une étude publiée dans Dresse, Etudes et Résultats, 90% de personnes interrogées pensent qu'un fou ne peut pas totalement guérir.*²¹ La prévalence de la schizophrénie est de moins de 1 % de la population. Une fois la maladie diagnostiquée, il n'y a pas de guérison possible, on peut stabiliser, faire en sorte que le patient apprenne à vivre avec sa maladie mais on ne pourra pas le guérir : ce qui est assez effrayant pour lui comme pour son entourage. La méconnaissance de la pathologie est aussi un facteur important. Pour accomplir ce travail, j'ai souvent questionné mon entourage et mes connaissances, ceux qui ne travaillent pas dans le milieu médical, leur demandant de me définir la schizophrénie. Les mots qui reviennent le plus souvent sont : « fous, dédoublement de la personnalité, ils entendent des voix, ils sont dangereux, ce sont des psychopathes... » Je peux comprendre leur point de vue car j'avais le même avant mon entrée en formation. Ce sont des représentations sociales de personnes profanes, comme le dit le Docteur Samy Khol. *La maladie mentale et la schizophrénie inspirent peur et fascination ainsi qu'intérêt et rejet.*²² Au moyen-âge les schizophrènes étaient brûlés sur le bûcher pour sorcellerie !

« Les représentations sociales de la schizophrénie dans la population informée montrent aussi paradoxalement une représentation assez négative des malades mentaux, proche en fait

²¹ Anguis M, Roelandt J.L, Caria A, la perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. Dresse, Etudes et Résultats 2001. n° 116

²² Frantz-Samy Khol, Les Représentations sociales de la schizophrénie, Masson, 2006 p 60

de celle de la population générale ... Finalement la plupart des études mette en évidence une forte proximité entre les représentations des professionnels de santé (moins pour ceux de la psychiatrie) et celle de la population générale. »²³

Mais les infirmiers(ères) ont une formation paramédicale. C'est pourquoi, j'ai voulu faire des recherches sur ces formations et leurs évolutions au cours des années.

Au XVIIIème siècle, étaient employés d'anciens « fous » pour garder les aliénés. On pensait qu'entre « fous » ils se comprenaient. En 1969, un diplôme officialise la fonction d'infirmier en psychiatrie. Les bases théoriques (800 heures) et pratiques (960 heures de stages) en psychiatrie sont solides. Avec la création du diplôme polyvalent en 1992, les heures d'enseignement en psychiatrie diminuent et encore plus avec la réforme de 2009. De 1760 heures, théorie et pratique confondues, on passe à 450 heures à l'heure actuelle. Soit 1310 heures de moins en 40 ans !!!

Mes recherches m'amène ainsi à poser des hypothèses qui me permettront d'affirmer ou d'infirmer la question de recherche.

HYPOTHESES

- La méconnaissance de la pathologie schizophrène influence la prise en charge des patients schizophrènes en service de soins généraux.**
- Les représentations sociales de la schizophrénie chez les infirmiers est en lien avec leur méconnaissance de la pathologie.**

Afin d'affirmer ou d'infirmer mes hypothèses, j'ai choisi d'utiliser un questionnaire.

²³ Frantz-Samy Khol, *Les Représentations sociales de la schizophrénie*, Masson, 2006 p 96

L'OUTIL

Au départ, je pensais conduire un entretien, mais j'ai craint d'influencer les réponses par mon attitude et mon investissement pour ce travail de fin d'études.

Avec cet outil je ne pourrai pas réellement affirmer ou infirmer mes hypothèses car je ne diffuse pas ce questionnaire à grande échelle, mais cela me permet de le tester.

Questionnaire en annexe 1.

Le questionnaire me permet de toucher des personnes qui n'auraient peut-être pas eu le temps suffisant pour participer à un entretien.

Il permet de réaliser une enquête à plus grande échelle et d'avoir ainsi une approche plus réaliste.

Les questions 1, 2, 3 me renseignent sur les caractéristiques de la personne enquêtée.

Les questions 4, 5, 6 font le lien avec les référentiels infirmiers, afin de connaître le nombre d'heures d'enseignement de psychopathologie qu'a reçu la soignante enquêtée.

La question 7 me permet de connaître les représentations que peut avoir la personne sur la schizophrénie.

Les questions de 8 à 14 vont me permettre de connaître l'état d'esprit de la personne enquêtée face à un patient schizophrène.

La question 15 me renseigne sur les liens possibles entre les services de soins généraux et un centre de soins psychiatriques.

Les questions 16 et 17 m'indiqueront si la personne enquêtée estime avoir besoin d'une formation complémentaire sur la prise en charge des patients schizophrènes ou ce qui lui serait utile pour mieux appréhender l'accueil de ces patients.

Choix de l'établissement

J'ai décidé de choisir un établissement où l'on dispense des soins de médecine polyvalente, de soin de suite et des soins d'urgence.

Choix de la population

J'ai décidé de faire remplir mon questionnaire par des infirmier(ères), car c'est surtout sur leur ressenti et leur représentation que porte mon travail.

Déroulement de l'enquête

Dans un premier temps j'ai contacté la cadre de santé du service des urgences, elle accepta ma demande à condition que la directrice des soins infirmiers donne son accord. J'ai donc envoyé un mail à la directrice qui m'a répondu très rapidement de façon positive. J'ai donc de nouveau contacté la cadre du service pour décider d'une date de dépôt et de retrait du questionnaire.

J'ai déposé le questionnaire le jeudi 23 avril 2015, et je l'ai récupéré le mardi 28 avril 2015.

Questionnaire rempli en annexe 2.

Réajustement.

Je n'apporte pas de réajustement à mon questionnaire. Les réponses que j'ai obtenues me conviennent. J'aurai peut-être modifié mon questionnaire si la réponse à la question 8 avait été négative.

CONCLUSION

Avant toute chose ce travail m'a permis de vaincre en partie ma peur de la schizophrénie. Pour faire ce travail de fin d'étude j'ai beaucoup lu d'articles et de livres traitant du sujet, et j'ai ainsi réussi à surmonter cette peur en comprenant mieux cette pathologie. Je connais le potentiel dangereux de ces patients mais maintenant je sais qu'ils peuvent l'être quand ils sont en décompensation ou que leurs traitements ne sont pas équilibrés mais il faut arriver à relativiser les choses et ne pas sombrer à notre tour dans la psychose. J'en arrive à me demander comment faire pour que les jeunes diplômés puissent approfondir leurs connaissances. Ils peuvent demander des formations complémentaires durant leur carrière. Il faut savoir que lorsque qu'une infirmière intègre un service de psychiatrie, un système de tutorat est mis en place pour permettre aux nouveaux venus de mieux appréhender les pathologies psychiatriques. De ce fait elle est encadrée par des collègues expérimentés. Mais cela ne se fait qu'en service de psychiatrie. En service de soins généraux chaque agent a droit à des formations qui s'inscrivent dans le projet du service. Je pense qu'il serait bénéfique qu'au moins une infirmière soit formée à l'accueil des patients psychiatriques par service. Elle pourrait ainsi guider ses collègues, dé-stigmatiser la peur engendrer par leur accueil. Je pense que l'appréhension et les représentations que les soignants se font de la schizophrénie lors de leur prise en charge d'un patient étiqueté « psy » ne fait qu'accentuer leur malaise et leur peur. En isolant de ce fait le patient celui-ci est susceptible de devenir plus anxieux voir plus agressif pour se protéger. Nous sommes infirmiers(ères) pour soigner, écouter et soulager les patients de leurs maux sans juger, sans apriori. Je conçois qu'il faut une certaine dose de maturité et d'expérience pour arriver à surmonter cela.

BIBLIOGRAPHIE

- 1** <http://www.lepetitrobert.fr> consulté le 17 avril 2015
- 2** Le petit Larousse illustré édition Larousse, 2012, Paris. 1882 pages
- 3** Cours du S5 par le Docteur Wallenhorst sur la psychopathologie
- 4** Frédéric Masseix, lexique du guide des soins infirmiers en santé mentale, Éditions hospitalières. 160 pages
- 5** Cours de psychopathologie du S5 par le Docteur Wallenhorst.
- 6** Infirmière britannique (1820-1910) pionnière des soins infirmiers modernes
- 7** Infirmière américaine (1897-1996) à l'origine du modèle conceptuel des 14 besoins fondamentaux
- 8** <http://www.frm.org/dossiers-104.html> consulté le 20 mars 2015
- 9** Cours de psychologie du semestre 2 dispensés par M. Cirbeau Jeannick.
- 10** Dictionnaire fondamental de la psychologie Tome 2– in extenso de chez Larousse Edition Larousse, Paris 2002. 1425 pages.
- 11** Les représentations sociales de la Schizophrénie par Frantz-Samy Kohl. Chez Masson, Paris, 2006. 146 pages
- 12** D. Jodelet, Les représentations sociales, Sociologie d'aujourd'hui PUF, 1989. 310 pages.
- 13** Pierre-Michel LLORCA, professeur de psychiatrie au CHU et à l'université de Clermont-Ferrand <http://www.fondation-fondamental.org/actualite.php> consulté le 19 avril 2015
- 14** Le Progrès quotidien
- 15** Nice matin quotidien
- 16** Nervure, journal de psychiatrie, février 2006. 21 pages.
- 17** Schizophrénie et soins infirmiers, E. Digonnet, D. Friard, A. M Leyreloup, M. Rajalat. Elsevier/Masson Paris, 2004. 296 pages.
- 18** D. Leguay, B. Lièvre, F. Lamotte : médecins ayant menés l'étude pour le journal « Nervure » p 11
- 19** www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf consulté le 17 avril 2015

20 www.intercludvendee.fr/psychiatrie/Historique-profession-infirmiere-psy consulté le 17 avril 2015

21 Anguis M, Roelandt J.L, Caria A, la perception des problèmes de santé mentale : les résultat d'une enquête sur neuf sites. Dress, Etudes et Résultats 2001. n° 116

22 Frantz-Samy Khol, Les Représentations sociales de la schizophrénie, Masson, 2006. 146 pages

23 Frantz-Samy Khol, Les Représentations sociales de la schizophrénie, Masson, 2006. 146 pages.

Pourquoi ?

.....
.....

7) Pouvez-vous me citer 3 mots qui définissent pour vous la schizophrénie ?

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

8) Avez-vous déjà accueilli des patients schizophrènes dans votre service ? Si non aller à la question 15

- Oui Non

9) Quel(s) sentiment(s) cela vous a-t-il inspiré(s) ? (plusieurs choix possible à classer de 1 à 5)

- De la crainte
 De la peur
 De la curiosité
 De l'indifférence
 Autre

10) Des moyens particuliers ont-ils été mis en place pour leur prise en charge ?

- Oui Non

Si oui lesquels

.....

11) Dans la pratique de votre métier d'infirmière comment percevez-vous les schizophrènes ? (plusieurs choix possible à numéroter de 1 à 5)

- Ils perturbent le service
 Ils mobilisent beaucoup de temps
 Ils mobilisent beaucoup d'agent
 Ils risquent d'être violent
 Ils peuvent être dangereux
 autre

12) Sur le plan émotionnel comment vous sentez-vous au contact d'un patient schizophrène ?

.....
.....

13) Votre comportement est-il différent lors d'un soin avec un patient schizophrène ?

- Oui Non

Si oui en quoi ?

.....

14) Est-ce que vos représentations de la schizophrénie étaient différentes avant que vous ne preniez en charge des patients schizophrène ?

- Oui Non

Si oui en quoi étaient-elles différentes ?

.....

.....

.....

15) Existe-t-il un service de liaison psychiatrique dans votre établissement ?

- Oui Non je ne sais pas

Si oui avez-vous déjà fait appel à lui ?

Si non pensez-vous que cela serait utile ?

16) Seriez-vous intéressé par une formation sur la prise en charge des patients psychiatriques en unité de soins généraux ?

- Oui Non

Si oui pourquoi ?

.....

Si non pourquoi ?

17) D'après vous que faudrait-il mettre en place pour vous aider dans la prise en charge des patients schizophrènes ?

.....

.....

.....

Merci de votre collaboration.

Pourquoi ?

Je ne m'en sens pas capable. Cela me fait peur

.....

24) Pouvez-vous me citer 3 mots qui définissent pour vous la schizophrénie ?

Personnalités multiples.....

Repli sur soi.....

Agressivité.....

25) Avez-vous déjà accueilli des patients schizophrènes dans votre service ? Si non aller à la question 15

Oui

Non

26) Quel(s) sentiment(s) cela vous a-t-il inspiré(s) ? (plusieurs choix possible à classer de 1 à 5)

De la crainte

De la peur

De la curiosité

De l'indifférence

Autre**Crainte de mal faire.....**

27) Des moyens particuliers ont-ils été mis en place pour leur prise en charge ?

Oui

Non

Si oui lesquels

.....

28) Dans la pratique de votre métier d'infirmière comment percevez-vous les schizophrènes ? (plusieurs choix possible à numéroter de 1 à 5)

Ils perturbent le service

Ils mobilisent beaucoup de temps **4**

Ils mobilisent beaucoup d'agent **3**

Ils risquent d'être violent **1**

Ils peuvent être dangereux **2**

autre

29) Sur le plan émotionnel comment vous sentez-vous au contact d'un patient schizophrène ?

Mal à l'aise. Je cherche à fuir le contact

.....

30) Votre comportement est-il différent lors d'un soin avec un patient schizophrène ?

Oui Non

Si oui en quoi ?

Je parle peu. Je m'arrange pour aller vite et sortir rapidement.

31) Est-ce que vos représentations de la schizophrénie étaient différentes avant que vous ne preniez en charge des patients schizophrène ?

Oui Non

Si oui en quoi étaient-elles différentes ?

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

32) Existe-t-il un service de liaison psychiatrique dans votre établissement ?

Oui Non je ne sais pas

Si oui avez-vous déjà fait appel à lui ? **oui**

Si non pensez-vous que cela serait utile ?

33) Seriez-vous intéressé par une formation sur la prise en charge des patients psychiatriques en unité de soins généraux ?

Oui Non

Si oui pourquoi ?

Changer l'image que j'en ai. Être plus compétente.....

Si non pourquoi ?

34) D'après vous que faudrait-il mettre en place pour vous aider dans la prise en charge des patients schizophrènes ?

Des formations régulières : - théoriques pour comprendre les mécanismes.

..... - pratiques pour apprendre à adapter mon comportement.

.....

Merci de votre collaboration.

RESUME

Lors d'un stage en chirurgie j'ai été confronté à un patient schizophrène. Je me suis retrouvée face à ma peur. Les soignants du service ont mis en place des recommandations pour nous protéger. Je me suis alors demandé pourquoi la schizophrénie engendrait autant d'appréhension de la part des infirmières. Je me suis alors questionnée si c'était les représentations sociales de la schizophrénie qui les faisaient réagir ainsi ou le manque de connaissance de la pathologie.

C'est pourquoi j'ai voulu travailler sur les représentations sociales de la schizophrénie chez les infirmières en soins généraux. Depuis 1992 il n'y a plus de diplôme d'infirmière psychiatrique et nous avons donc toute une formation en psychopathologie. Mais est-ce suffisant pour faire face à nos représentations.

Mots clés : schizophrénie, représentation sociales, peur, mécanisme de défense, formation infirmière

ABSTRACT

During a work placement in a surgery unit, I was confronted with a schizophrenic patient. I found myself facing my own fear. The service staff had implemented recommendations to protect us. I then asked myself why schizophrenia could cause so much apprehension on the part of the nurses. I then wondered if it was the social representations of schizophrenia that did them react like that or the lack of knowledge of the pathology.

This is why I wanted to work on social representations of schizophrenia among general care unit nurses. Since 1992 the psychiatric nurse diploma no longer exists and so we have all a common training in psychopathology. But is it enough to cope with our own representations of schizophrenia ?

Key words: schizophrenia, representation social, fear, defense mechanism, nursing education.