

El-Bour Charline

Etudiant en soins infirmiers

Soutenance effectuée le 20 juin 2012

Travail de fin d'étude :

La prise en charge de la famille en
psychiatrie

Pour améliorer la prise en charge des
patients.

Remerciements

Je tenais tout d'abord à remercier mes proches qui m'ont soutenue durant toute ma formation, et encore plus lors de ma troisième année pour la réalisation de ce travail.

Je tenais également à remercier mes camarades de promotions pour leurs aides, leurs apports de connaissances et leur solidarité.

Je voulais aussi remercier ma directrice de mémoire Mme Melin, qui m'a guidée tout au long de l'élaboration de ce travail, ainsi que les établissements de santé qui ont accepté que j'effectue mes enquêtes au sein de leur service, ainsi que les professionnels avec qui j'ai pu m'entretenir.

Sommaire :

Introduction	p
1.Constat de départ	p
➤ <i>Situations d'appels</i>	p
➤ <i>Question de départ</i>	p
1.Problématique	p
2.Variable	p
➤ <i>Variable retenu</i>	p
➤ <i>Variable non retenu</i>	p
1.Hypothèse	p
2.Cadre théorique	p
3.Enquête	p
➤ <i>Projet d'enquête</i>	p
➤ <i>Résultat d'enquête</i>	p
1.Projet d'action	p

Conclusion	p
Annexe	p
Bibliographie	p

Introduction

Selon un proverbe chinois ; « *Quand tout va bien on peut compter sur les autres, quand tout va mal on ne peut compter que sur sa famille* ».

La famille est importante pour tout individu, elle l'est d'autant plus lorsque celui-ci à des problèmes de santé. Au regard de la santé mentale, la famille est considérée comme le pilier central de la prise en charge d'un patient. Elle est source de soutien, d'aide et d'écoute pour le patient mais aussi source d'information pour les soignants.

Dans le but de la réalisation de mon travail de fin d'étude, j'ai choisit de m'intéresser à la prise de la famille en psychiatrie. Le sujet est actuel et beaucoup de soignant sont conscient de l'importance de la famille en milieu psychiatrique.

Je me suis penchée sur ce sujet car je pense qu'il est important de prendre en compte la famille dans toute prise en charge et cela bien sur dans l'intérêt du patient. De plus mon stage effectué en psychiatrie m'as montrée tout l'importance de celle collaboration soignant- famille pour entretenir une bonne relation soignant-soigné.

Je suis donc partie de situations d'appels et j'en ai dégagée une question de départ. Je me suis ensuite interrogée sur ce qui avait déjà était mis en place notamment au niveau des réglementations législatives et sur ce que penser les différents auteurs à ce sujet. Cela m'a permis de bâtir ma problématique. En à découlé mon hypothèse de travail qui a été confirmée par mon enquête.

J'ai enfin terminée ce travail fastidieux par l'établissement d'un projet d'action que j'aimerais sincèrement mettre en place par la suite.

Constat de départ

Lors de mes stages j'ai pu observer différentes situations celles-ci se caractérisaient par une totale incompréhension de la part de familles, de proches ou d'amis, de patients hospitalisés en service de psychiatrie ou lors de visite à domicile, des démarches, procédures mises en place par les équipes soignantes pour améliorer la prise en charge de ces patients.

Face à cela, j'ai donc décidé de mener mon travail de fin d'étude sur ce sujet, j'ai relevé quelques situations explicitées ci-dessous.

La première situation se déroule en psychiatrie, plus précisément en unité de soins attentifs. Cette unité accueille des patients en phase aiguë d'une pathologie psychiatrique (décompensation, tentative de suicide, ...). Ces patients ne sont pas stabilisés et/ou inadaptés à la vie en société. Il s'agit donc d'un service fermé dans lequel on retrouve des hospitalisations à la demande d'un tiers, des hospitalisations d'office, des hospitalisations carcérales, ainsi que les hospitalisations de mineurs et les isolements.

La situation se déroule dans la zone de jour du service, dans cette zone seuls les patients les moins agités, les plus stabilisés du service, peuvent y accéder. Il s'agit aussi d'un service fermé.

Dans la zone de jour on retrouve une salle de détente, une salle de jeu, une salle de télévision pour les patients du service, ainsi qu'un petit jardin clôturé avec un coin pour les fumeurs. L'accès au jardin se fait uniquement avec l'accompagnement d'un ou plusieurs infirmiers afin d'éviter les fugues. Les patients ayant accès à la zone de jour peuvent aussi accéder (après accord avec le médecin psychiatre) aux ateliers proposés par l'établissement...

La situation se porte sur un patient entré dans le service depuis plus de trois semaines, pour une décompensation schizophrénique avec hallucinations auditives et somatiques.

Le patient est âgé de 21 ans, il s'agit de sa première hospitalisation dans un service de psychiatrie. Il vit chez son père avec son petit frère. Sa mère est décédée depuis plusieurs années. C'est son père qui a décidé de le faire hospitaliser par le biais d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, suite à l'aggravation et à une redondance de manifestations hallucinatoires.

C'est celui-ci qui se présente au bureau des infirmiers ; Il nous informe qu'il souhaite s'entretenir avec nous au sujet de l'hospitalisation de son fils. Afin de

respecter la confidentialité des informations que le père du patient va nous transmettre et de celles que nous allons lui fournir nous fermons la porte.

Dans un premier temps, le père du patient nous informe qu'il souhaite lever l'hospitalisation à la demande d'un tiers qu'il a signé pour son fils. Afin de comprendre un tel acte, nous le questionnons à ce sujet. Il nous dit alors qu'il n'a remarqué aucune amélioration, voire même une dégradation de l'état de santé tant psychologique que physique de son fils depuis son hospitalisation.

De ce fait, à la vue de la dégradation de l'état de santé de son fils, le père du patient se sent responsable de celui-ci et culpabilise de l'avoir fait hospitaliser dans le service. En effet il pense que l'hospitalisation n'était pas nécessaire, et que son fils serait bien mieux chez lui. Il ajoute ensuite que le traitement ne lui fait aucun effet, puisque son fils lui a confié qu'il était toujours perturbé par ses troubles hallucinatoires tant auditifs que somatiques.

Face à cette situation, avec l'infirmière nous décidons de lui transmettre des informations par rapport à la mise en place d'un traitement en psychiatrie. En effet, en psychiatrie le but du traitement est en premier lieu essentiellement et prioritairement de diminuer le délire et les hallucinations grâce à la mise en place d'un traitement à base de neuroleptiques, ensuite le médecin peut prescrire d'autres traitements de type thymorégulateurs afin de permettre au patient de se rouvrir socialement et de réguler ses humeurs.

Les neuroleptiques sont d'abord donnés à hautes doses, puis seront régulés par le médecin lorsque le patient sera stabilisé afin d'accéder au bon dosage.

Cela signifie donc qu'en début de traitement, les patients sous neuroleptiques sont beaucoup plus fermés, et ralentis tant physiquement que psychiquement.

Nous indiquons aussi au père du patient que nous comprenons la situation difficile dans laquelle il se trouve, car il voit son fils en souffrance et ne comprend pas du tout les bienfaits du traitement de son fils.

Face à cette première situation, j'ai été interpellée dans un premier temps par le fait que le père du patient ne comprenne pas du tout l'intérêt de l'hospitalisation de son fils. De plus, il ne comprenait pas non plus l'intérêt des thérapeutiques médicamenteuses et des règles thérapeutiques de l'établissement (par rapport au service fermé, aux autorisations pour l'accès à la cafétéria ou aux ateliers).

Enfin le père du patient culpabilise d'avoir fait hospitaliser son fils, ce qui peut être compréhensible pour un parent, mais nous n'avons pas eu tort de lui rappeler que la mise en hospitalisation de son fils était tout à fait compréhensible et même nécessaire pour le bien-être de son fils et sa santé.

Je pense que par cette interprétation des soins, le père du patient n'adhérait pas à notre prise en charge de son fils. En effet, je pense que l'accompagnement et l'aide de la famille et des proches sont essentiels pour le patient, et de plus une collaboration de la famille avec le personnel du service est tout aussi essentielle pour tout d'abord aider le personnel à connaître d'avantage le patient (ses troubles, son comportement hors de la structure, ...) et que secondairement cette collaboration pourrait améliorer l'acceptation de la prise en soins par le patient.

Face à cette situation, l'infirmière pourrait personnellement se remettre en question. En effet celle ci pourrait se poser des questions sur sa démarche de santé, sur sa façon de coordonner et diriger les soins, ses méthodes de travail et ses outils d'évaluations.

De plus l'alliance thérapeutique avec la famille, ici avec le père du patient, va être difficile puisque celui-ci ne comprend pas l'intérêt des soins que l'on procure à son fils.

Or, un accompagnement de la famille est ESSENTIEL dans la prise en soins des patients que ce soit dans un milieu psychiatrique ou autre.

Lors de la deuxième situation, je me trouve en stage au centre médical psychologique. C'est un service psychiatrique externe. Il assure entre autre, le

suivi en ambulatoire des patients ayant des troubles psychologiques, par le biais notamment de visites à domicile, mais aussi des consultations médico-psychosociales, ainsi que des prises en charge par le secteur du pôle santé mentale. Le suivi en ambulatoire des patients consiste essentiellement à effectuer des visites à domicile ayant pour but de réaliser des entretiens infirmiers auprès des patients, mais aussi de réaliser les injections musculaires retards et de préparer des piluliers avec les patients.

Cependant ces deux derniers points peuvent être réalisés directement au sein du centre médico psychologique.

La situation se déroule au domicile d'un patient qui vit avec ses parents. Lors de la visite à domicile, je suis toujours accompagnée d'un infirmier. Nous rendons visite au patient dans le but de lui faire son injection intra musculaire retard. Cette injection a lieu tous les 15 jours.

Nous arrivons donc chez le patient, c'est sa mère qui nous ouvre la porte. A cet instant, elle dit à son fils « c'est l'heure de ta piqure ». Nous entrons et réalisons donc en premier temps l'injection avant de procéder à l'entretien infirmier.

Ensuite nous questionnons donc le patient pour savoir dans un premier temps comment il va.

A cet instant la mère du patient ne le laisse même pas répondre, et nous dit que c'est toujours la même chose, qu'elle n'a remarqué aucune amélioration et cela même, s'il prend bien son traitement et que nous venons pour les injections.

Suite aux dires de la mère, du patient, nous intervenons auprès de celle-ci en lui répondant que l'injection musculaire retard ne fait pas tout ; même si elle est très importante.

Nous ajoutons que le suivi du traitement doit être régulier et quotidien, de plus il doit respecter la posologie prescrite par le médecin, et enfin que si le traitement n'est pas respecté et suivi correctement, il risque de faire une décompensation psychiatrique.

Nous interrogeons donc le patient pour savoir s'il connaît son traitement ainsi que ses effets. Face à nous, le patient se trouve incapable de répondre à nos questions. Sa mère nous regarde alors et nous dit que si déjà son fils ne connaît pas son traitement elle ne peut pas le connaître pour lui.

Ce qui m'a interpellée premièrement dans cette situation, est la réaction de la mère du patient lors de notre arrivée chez elle. En effet, la mère du patient nous voit simplement comme les infirmières qui viennent faire « la piqûre » de son fils.

Dans un second temps, elle nous dit aussi que si son fils ne connaît pas son traitement elle ne peut pas le connaître pour lui. Sur ce point, je pense que même si le patient ne connaît pas son traitement, que ce soit du fait de sa pathologie psychiatrique ou autre, il est quand même indispensable ou tout au moins préconisé que sa famille proche ou un membre de sa famille s'intéresse à celui-ci et le connaisse un minimum ainsi que ses principaux effets.

On pourrait en conclure que cette situation pourrait avoir comme conséquence une mauvaise alliance thérapeutique avec la famille.

En effet dans cette situation, la mère du patient se désintéresse de la santé de son fils, puisqu'elle ne voit pas pourquoi elle devrait connaître le traitement de son fils, et de plus elle se désintéresse aussi des professionnels de santé qui interagissent autour de son fils. De ce fait, il y a une mauvaise collaboration avec la famille du patient.

Deuxièmement le patient ne se sent pas suivi par sa famille, et s'intéresse donc aussi moins à sa santé. Il en résulte qu'il acceptera moins la prise en soins.

Ces situations montrent le découragement des familles qui s'explique par une incompréhension du but de la prise en charge et une inadaptation du projet thérapeutique.

Suite à ce constat, je me suis posée la question suivante :

« En quoi, l'accompagnement par les infirmiers, des familles, des patients atteints de troubles psychiatriques, peut-il aider, améliorer la prise en soins de ceux-ci ? »

Problématique

Certaines familles, certains proches de patients suivis ou hospitalisés pour des raisons psychiatriques rencontrent des difficultés dans la compréhension des dispositifs mis en place. Or la compréhension du système de soins en psychiatrie me paraît essentielle pour permettre à la famille, aux proches, d'adhérer plus facilement aux soins.

En effet, au niveau législatif, on peut observer que la famille a une place centrale dans le soin, à côté du patient. La loi du 27 juin 1990 ¹le prouve. Cette loi est relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en psychiatrie et à leurs conditions d'hospitalisation. Cette loi précise également le rôle des familles et des proches dans plusieurs de ses articles.

¹Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 (confère annexe n°1)

Prenons l'exemple de l'article L.326-1 qui relate les droits des patients hospitalisés en psychiatrie et ceux de leurs familles : « *toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale* ».

L'article L.326-3 traite aussi les droits des familles mais dans un autre contexte, celui du patient mineur. En effet on y retrouve la notion de consentement des parents ou du représentant légal du mineur hospitalisé. Or pour que ce consentement soit justifié et compris par la famille, il faudrait leurs fournir des explications quant au but de la prise en charge.

Enfin, dernier exemple concernant cette loi, il s'agit du chapitre² expliquant les conditions d'hospitalisations à la demande d'un tiers.

Ce tiers est généralement un membre de la famille ou un proche du patient comme l'explique l'article L.333 : « *la demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci* ». Donc, lors de l'HDT la famille ou le proche donne son accord quant à l'hospitalisation, celui-ci devrait donc encore une fois connaître les objectifs de la prise en charge et les objectifs thérapeutiques. Il devrait également être au courant des évolutions de l'état du patient afin que pour eux l'hospitalisation à la demande d'un tiers soit justifiée par une évolution positive de la santé mentale du patient.

Voici le second point concernant l'aspect législatif, et plus particulièrement ici la santé publique :

On retrouve la mise en place de plans ministériels concernant la santé mentale. En effet deux plans se sont succédés à ce sujet, un premier en 2002, et le second en 2005, tous deux intitulés « plan psychiatrie et santé mentale ».

J'ai choisit de me fier plus au deuxième plan³ car celui-ci est plus récent. L'une des attentes principales de ce plan était le renforcement de la place des

² Chapitre III intitulé : « mode d'hospitalisation sans consentement dans les établissement »
extrait de la loi du 27 juin 1990

représentants, des usagers et de leurs familles dans le dispositif de décision. Cependant l'évaluation de ce plan a montré que les familles et les proches disposaient de moyens trop insuffisants malgré la création d'associations leur permettant de faire des choix dans la politique de santé mentale. Prenons l'exemple de l'association UNAFAM, l'Union National des Amis et Familles de Malades Psychiques⁴.

On peut donc dire que dans le domaine de la santé mentale, des projets ont été mis en place, notamment dans l'accompagnement des patients par les proches mais que cependant leurs effets restent et paraissent insuffisant.

Le problème dans ce premier axe n'est pas l'existence de mesures concernant les droits des familles mais la connaissance de ces droits ainsi que leurs diversifications car la plupart du temps, les proches des patients ignorent leurs droits.

Sur le plan psychologique, plusieurs auteurs se sont exprimés sur la place de la famille et son rôle dans la prise en charge de leurs proches. Notamment Jean Claude Benoit⁵, psychiatre qui a dit que « *le travail avec les familles est une gageure réelle* »⁶. Ce défi nous est donc présenté par l'auteur comme irréalisable, il permettrait cependant d'apporter aux patients une stabilité car la famille, les soignants et le patient travailleraient ensemble dans un but commun.

³ Confère annexe n°2

⁴Association d'utilité publique : <http://www.unafam.org> consulté le 7 avril 2012

⁵ Jean Claude Benoit : psychiatre, ancien chef de service en en psychiatrie publique, ancien directeur d'enseignement clinique, président d'honneur de l'Institut d'étude des systèmes familiaux, à Versailles. Il a créé la collection « Relations » actuellement dirigée par le docteur Marie-Christine Cabié.

⁶citation extraite du livre de J, C Benoit *patients, familles et soignants* publié en 2003

Cette impossibilité, difficulté de travailler en triade, c'est-à-dire de travailler avec le patient, la famille et le soignant, vient du fait que la famille a des difficultés d'implication dans la prise en charge de leur proche (liées à leur relation avec le patient,...) mais aussi au sentiment de culpabilité que pourraient ressentir les proches suite à l'hospitalisation du patient, mais aussi des conditions d'hospitalisation (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers). Cependant selon Serge Kannas⁷, psychiatre, ce sentiment de culpabilité tendrait à diminuer, comme il le précise dans son document intitulé « *la place des familles en psychiatrie* »⁸.

Revenons sur cette triade (patient-famille-soignant), elle permettrait que la famille, par le biais d'une bonne collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et une bonne connaissance de l'état de santé du patient, influence le patient à prendre les bonnes décisions et notamment l'acceptation des soins.

Mais le manque de temps du personnel pourrait nuire à ce travail de collaboration, ainsi que la non coopération du patient et l'absence de la famille à ses côtés. En effet pour le bon fonctionnement de cette triade il faudrait avant toute chose créer un bon duo entre la famille et les soignants, cela est difficile car très souvent la famille est absente auprès du patient car elle se dit que l'état de santé de leur proche n'évoluera jamais et qu'elle ne peut rien y faire, ainsi le manque d'implication des familles reste un problème majeur dans ce mode de fonctionnement.

De plus la communication entre le soignant et la famille est importante car elle permettrait aux familles d'éviter les sujets qui seraient difficiles pour le patient et qui pourraient nuire à l'évolution positive de celui-ci.

⁷Serge Kannas : Psychiatre, praticien hospitalier depuis 35 ans, ancien chef de service et de secteur, thérapeute familial, il est à l'origine du groupe ERIC créé en 1994 (équipe rapide d'intervention de crise), l'une des seules équipes françaises d'intervention psychiatrique à domicile fonctionnant 24h sur 24.

Il est également coordinateur de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale créée en 1993, organisme d'aide à la planification en psychiatrie auprès du Ministère de la Santé.

⁸Confère annexe 3

Enfin la méconnaissance des familles par rapport à tous les modes de prise en charge de leur proche dans les structures et la méconnaissance du projet thérapeutique, pourrait provoquer chez ceux-ci un sentiment d'exclusion à la prise en charge et ainsi la famille se déchargerait du patient.

Toutes ces difficultés pourraient nuire à la bonne cohésion et au bon fonctionnement de la triade.

À cause de leur symptomatologie, le besoin de communiquer et le besoin d'appartenance des patients atteints de troubles psychiatriques sont très fortement perturbés. Le patient peut délaisser donc sa famille. Cela entraîne donc, la plupart du temps un délaissement du patient par sa famille, par « peur » peut être des attitudes « bizarres » des ces individus ou alors ils se désintéressent de ceux-ci car rappelons le, un patient atteint de psychose n'est plus en lien avec la réalité, et la réalité des autres individus ne l'affecte pas.

La peur que pourrait ressentir les familles pourrait s'accroître par l'impact des perturbations dans les relations sociales. L'impact des représentations sociales auxquelles un individu peut être confronté peut jouer sur sa façon de se représenter les choses.

Ainsi les représentations sociales se définissent comme *« une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »*, selon D. Jodelet⁹.

Celles-ci ont donc des répercussions sur les individus. Au niveau des représentations sociales des personnes atteintes de troubles psychiatriques, on retrouve des représentations souvent stéréotypées.

⁹Denise Jodelet : psychosociologue, directeur d'étude à l'École des Hautes Études en Sciences Sociales

En effet, tout ce qui se rapporte à la psychiatrie fait « peur ». La psychiatrie « fait peur », car elle est méconnue par un bon nombre d'individus. Ainsi, les familles qui ont un proche hospitalisé en psychiatrie pourraient avoir peur d'en parler aux autres pour ne pas avoir à subir les représentations sociales des autres, ce qui pourrait aboutir au rejet du malade.

De plus, Alexandra Stengel¹⁰, infirmière diplômée d'état a mené une enquête auprès d'infirmiers de services généraux. C'est à dire des infirmiers qui étaient peu ou pas concernés par la prise en charge de patients ayant des troubles psychiatriques, dans le but de savoir quelles étaient leurs représentations sociales de ce type de population. De cette enquête est ressorti que, généralement, les infirmiers « craignent » ce type de prise en charge et qu'ils ont des préjugés envers ces patients, tout comme la population générale. Par le biais de cette enquête, on a pu découvrir que même les professionnels de santé, notamment ici, les infirmières, qui devraient être formées aux principales manifestations que peuvent exprimer les patients atteints de troubles psychiatriques, ont des appréhensions face à la rencontre de ces patients, et expriment envers ceux-ci des préjugés. Parmi ses préjugés on retrouve la folie et la violence.

On peut alors dire, que les représentations sociales des patients atteints de troubles psychiatriques pourraient nuire à l'acceptation de la maladie psychiatrique par la famille. En effet la famille du patient pourrait exclure ce dernier et dans ce cas, l'alliance thérapeutique que l'on souhaiterait tisser avec la famille des patients serait difficilement réalisable, d'une part du fait des croyances, des peurs exprimées par les professionnels de santé, mais aussi par la peur qu'exprime la population générale face à ce type de patient.

¹⁰Alexandra Stengel : infirmière diplômée d'état, établissements de santé publique Alsace Nord (EPSAN) de Brumath, travaillant aux seins du service d'accueil des urgences psychiatriques du Centre Hospitalier de Saverne

Résultat d'enquête publié dans la revue « soins psychiatrie » Volume 31 N°266 de Janvier-Février 2010

Face à ces données, il me semble qu'il est important que la famille soit présente auprès du patient et que celle-ci comprenne les dispositifs mis en place afin de créer avec l'équipe pluridisciplinaire une alliance thérapeutique, et que cela puisse également créer une relation de confiance entre soigné, famille et soignant, tout cela dans le but premier de permettre une meilleure prise en soins. Mais pour cela, il faudrait d'abord que les familles connaissent davantage leurs droits, mais aussi qu'ils soient plus inclus dans la prise en charge, cela leur permettrait de se sentir plus à l'aise avec leur proche, de déculpabiliser mais aussi d'adapter leurs comportements face à leur proche pour apporter plus facilement une évolution positive du patient.

Les variables

• Les variables que j'ai retenues :

➤ **La coopération des familles au projet thérapeutique** : le patient a besoin d'être poussé par sa famille dans le même sens que les soignants. Pour se faire, une coopération famille soignant est nécessaire pour faire accepter au patient la prise en charge. Le soutien positif ou négatif des familles, ainsi que le degré d'implication de celle-ci serait réajusté par la mise en place de cette coopération. Le but étant ici de trouver le bon équilibre dans l'implication et d'apporter un soutien positif au patient.

➤ **L'échange entre la famille et le soignant** : cela a un intérêt dans la prise en charge. Ainsi expliquer aux familles dans quel état se trouve le patient lors de la visite, quels sont les sujets à éviter mais aussi les améliorations de l'état de santé du patient, afin d'éviter les nuisances quant à l'évolution positive dans la prise en soins du patient.

• Les variables que je n'ai pas retenues :

➤ **Les représentations sociales** : elles créent chez les individus une peur, une crainte par rapport à ce type de patient, ce qui empêche d'aller à la rencontre de ces patients. Ne pouvant pas modifier les représentations sociales de chacun, il m'est impossible de retenir cette variable.

➤ **La disponibilité des soignants** : si les soignants avaient plus de temps, étaient plus disponibles et allaient à la rencontre des familles, ils pourraient apporter des

informations essentielles pour améliorer la prise en charge, grâce à des moyens de collaboration et d'échange d'informations entre les membres de la triade (patient famille soignant). Or, on ne peut faire en sorte que les soignants aient plus de temps, il m'est donc impossible de retenir cette variable.

L'hypothèse

Il serait souhaitable de proposer une intégration de la famille dans la prise en soins des patients atteints de troubles psychiatriques par une information sur les techniques de prise en charge et par une coopération soignant famille dans le but principal d'améliorer la coopération des patients mais aussi la compréhension des familles sur le système de santé en psychiatrie.

Cadre théorique

Pour commencer le développement de mon cadre conceptuel, il m'a paru important de définir en premier lieu la triade, c'est-à-dire le concept du soigné, du soignant et de la famille.

• Le concept du soigné :

Autrefois appelé malade, le soigné autrement dit le patient est de nos jours de plus en plus appelé client. Le client est défini dans le Larousse comme une « *personne qui reçoit d'une entreprise, contre un paiement, des fournitures ou services* »¹¹. Ainsi au niveau de la santé, le client en échange de paiement, doit avoir une prise en charge par les soignants de qualité et qui satisfait au mieux le client.

Une personne soignée est définie toujours dans le Larousse comme étant une « *personne qui reçoit des soins* »¹². Ainsi on pourrait croire que le soigné serait une personne passive.

Cependant la loi du 4 mars 2002¹³, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de replacer le soigné au centre de sa prise en charge. Pour cela, cette loi lui a procuré des droits et des devoirs, mais elle lui a permis également de participer à sa prise en charge et d'être ainsi acteur de sa santé. Ainsi, la loi dite Kouchner a effacé l'image du patient « objet » de soins, et l'a remplacée comme patient acteur de sa santé.

¹¹Dictionnaire Larousse en ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/client> consulté le 13 avril 2012

¹²Dictionnaire Larousse en ligne <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soign%C3%A9/73229> consulté le 15 avril 2012

¹³Loi n°2002-303 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&dateTexte>

Le soigné doit être accompagné et aidé par le soignant tout au long de sa prise en charge. Pour cela, il est nécessaire qu'il éprouve envers le soignant une confiance afin qu'il accepte que l'on lui prodigue des soins.

C'est cette notion de confiance qui est difficile à acquérir en milieu psychiatrique. En effet, le soigné va se retrouver dans un milieu « hostile » où des personnes en blouse blanche vont lui prodiguer des soins alors qu'il n'en voit pas l'utilité et qu'il juge qu'ils ne sont pas nécessaires. Ainsi le soignant doit créer avec le soigné une relation de confiance pour permettre de créer une bonne relation soignant soigné, mais aussi de placer le soigné au centre de sa prise en charge afin que son état de santé évolue positivement.

En conclusion, le soignant a un rôle à jouer important dans l'évolution de la maladie du patient.

•Le concept du soignant :

Selon le dictionnaire Larousse, le soignant est « *une personne qui donne des soins à quelqu'un* »¹⁴. Autrement dit, le soignant est un individu qui s'occupe d'une personne en perte de santé en lui prodiguant des soins. Lorsque je parle du soignant, dans le développement de ce concept, je parle essentiellement de l'infirmier diplômé d'état.

Il existe deux sortes de soignants ; les exécutants c'est à dire les soignants qui prennent en charge le patient sur le plan technique, et les soignants qui vont prendre en soin la personne dans son ensemble. Le soignant d'aujourd'hui serait plutôt le deuxième type à développer, car être soignant ce n'est pas soigner mais prendre en soin une personne.

¹⁴Dictionnaire Larousse en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soignant> consulté le 15 avril 2012

Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique de l'université catholique de Louvain (Belgique), et aujourd'hui dirigeant de l'institut « La source » à Paris ainsi que rédacteur en chef de la revue *Perspective soignante*, à développé la notion du « prendre soin ». En effet pour l'auteur, prendre soin « désigne cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé¹⁵ ». Prendre soin d'un individu signifie donc de créer un climat de confiance, de connaître et respecter la personne que l'on soigne. Il faut humaniser la prise en soin.

La loi du 4 mars 2002¹⁶, définit les devoirs des soignants, tels que l'information, l'hygiène et la sécurité des patients. Le code du travail¹⁷, le code de déontologie¹⁸ définissent eux aussi les devoirs mais aussi les droits des soignants.

Le soignant est vu par la famille comme une source de connaissance infaillible. En effet, pour la famille, le soignant est maître de la vérité, il est une confiance, une sécurité, il est source d'apport théorique et tous ses conseils donnés comme permettant l'amélioration d'une prise en charge d'un patient sont suivis par les familles.

Ainsi, dans ce sujet, le soignant a une place centrale et essentielle dans la coopération entre les membres de la triade par l'apport de connaissances

¹⁵Walter Hesbeen définition extraite du livre : Prendre soin à l'hôpital inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante parue le 14/03/1997 page 8.

¹⁶Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

¹⁷Conférence annexe

¹⁸<http://www.ordre-infirmiers.fr/code-de-deontologie/le-code.html> consulté le 17 février

théoriques, mais aussi dans le conseil des familles pour améliorer leurs techniques de communication auprès de leur proche hospitalisé et ainsi permettre à ce dernier une évolution positive de sa santé mentale.

Le soignant en psychiatrie a d'avantage un rôle relationnel qu'un rôle dit « technique ».

Voilà pourquoi, je pense que l'une des principales caractéristiques d'un soignant en milieu psychiatrique est une bonne approche relationnelle

•Le concept de la famille :

En 1984, la famille était définie comme « *un groupe social caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes de sexes opposés.* » Cependant cette définition de la famille n'est plus adaptée à la conception actuelle de celle-ci. En effet, pour définir la famille je reprendrais la définition de Lorraine M. Wright¹⁹ et Maureen Leahey²⁰, de 2007, qui dit que « *tout groupe qui se reconnaît en tant que famille est une famille* ²¹ ».

Ainsi par cette définition, on intègre à la conception actuelle de la famille les familles monoparentales, les familles recomposées ou encore homosexuelles. Le groupe d'individus, constituant une famille, doit être lié par un attachement émotif intense et un sentiment d'appartenance au groupe ressenti, et cela doit être ressenti par chacun des membres de la famille. La famille est la première chose

¹⁹Lorraine M. Wright infirmière et enseignante

²⁰Maureen Leahey, infirmière, psychologue

²¹Définition extraite de l'infirmière et la famille publié le 07/2007

que découvre l'individu au commencement de sa vie, elle est donc fondamentale pour tout individu.

Au regard de la santé, la famille permet au patient de ne pas être seul face à la maladie. Pour accompagner le patient à traverser cette épreuve, sa famille doit comprendre et s'adapter à la situation dans laquelle se trouve le proche. La famille a donc besoin de soutien et de conseils et ceux-ci sont donnés par les soignants.

De plus, la famille peut servir de tremplin à l'acceptation de la prise en charge par un patient mais il faut que le soignant explique et renseigne celle-ci sur les objectifs thérapeutiques et le but de la prise en charge.

Cependant, la communication avec la famille, concernant la prise en charge d'un patient, doit se faire selon le respect de la confidentialité et du secret professionnel. Ainsi si un patient exige qu'on ne révèle pas son état de santé à sa famille, les soignants sont dans l'obligation de ne rien révéler.

Du point de vue de la prise en charge de patient au niveau psychiatrique, la famille permet au patient de ne pas se sentir isolé. Elle permet aussi au patient d'être accompagné et d'évoluer positivement dans sa maladie. Cette triade doit être en bonne entente afin de permettre au patient d'acquérir et de garder une bonne santé mentale. Voilà pourquoi je vais définir à présent ce concept.

•Le concept de la santé mentale

Afin de définir au mieux le concept de la santé mentale, il faut tout d'abord définir ce qu'est la santé. Ainsi selon la définition de l'organisation mondiale de la santé de 1946 « *la santé est un état complet de bien être physique, mental, et social et non seulement l'absence de maladie ou d'infirmité* »²². Le mot mental quand à lui vient du terme latin « *mentis* » qui signifie esprit.

²²Définition de l'Organisation mondiale de la santé de 1946 <http://www.who.int/fr/>

On pourrait définir la santé mentale selon plusieurs critères :

- Le premier d'entre eux serait l'absence de maladie mentale. La maladie mentale étant définie comme un trouble affectant le psychisme, le comportement ou les pensées d'un individu.
- Le second critère serait l'adéquation avec le « normal », sans impliquer de jugement de valeur. Le normal représente tout ce qui est conforme à la norme. Or la norme varie en fonction des cultures, des représentations, du niveau social,... de chaque individu.
- Le troisième et dernier critère serait le bien-être et la satisfaction des désirs et du bonheur. Ils font partie intégrante des besoins fondamentaux des individus, exprimé par Virginia Henderson²³ dans sa liste des 14 besoins fondamentaux²⁴.

Cependant ces trois critères définis précédemment ne sont pas universellement reconnus et acceptés, et ne permettent donc pas de définir clairement, correctement et sous tous les aspects possibles, le concept de la santé mentale.

François Cloudier²⁵, ancien directeur général de la fédération mondiale pour la santé mentale, pense que l'on ne peut définir sous tous les aspects possibles, le concept de la santé mentale. Il propose tout de même une définition de ce concept. Ainsi pour lui la santé mentale serait *« un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante déterminé sur le plan culturels dans le temps et dans l'espace, dépendant de conditions plus ou moins favorables personnelles et collectives et reconnaissant certains critères fondés sur l'intégration de la personnalité ainsi que sur les capacités d'affronter les difficultés et de résoudre les problèmes de*

²³Virginia Henserson : 1897-1996, infirmière américaine

²⁴Confère annexe

²⁵François cloudier : auteur de plusieurs ouvrages et articles sur la psychiatrie.

l'existence »²⁶. Donc, c'est ce processus, qui, selon l'auteur, une fois bien mis en place permettrait d'obtenir une bonne santé mentale.

De plus, selon le guide du service infirmier, la santé mentale serait une recherche d'équilibre psychologique ainsi que l'établissement de la relation sociale correcte avec le milieu familial et l'environnement. Il s'agirait d'un ensemble d'aptitudes acquises ou innées que l'individu développerait lors des différents stades de la vie. Ainsi, on pourrait dire que la santé mentale est propre à chaque individu et dépend du développement socioculturel de chacun.

La définition de Paul Sivadon²⁷, médecin psychiatre, nous dit que la santé mentale ne serait pas seulement l'absence de trouble psychique mais un état positif d'équilibre entre l'individu et son environnement auquel il doit s'accommoder.

Suite à cette définition, je pense que la santé mentale pourrait se définir sous la même forme que celle de la santé définie par l'organisation mondiale de la santé. On pourrait alors dire que l'on peut être en bonne santé mentale et être atteint d'une maladie psychiatrique, ainsi que le contraire.

Enfin, selon l'association canadienne pour la santé mentale²⁸, celle-ci serait définie comme *« un état d'équilibre psychique et émotionnel qui fait que nous sommes bien avec nous-mêmes, que nous avons des relations satisfaisantes avec autrui et que nous sommes capables de faire face aux exigences de la vie. Pour ce faire, tous les aspects de notre vie doivent être en harmonie »*²⁹. Cette définition nous indique donc qu'une harmonisation de tous les aspects de la vie d'un individu permettrait à celui-ci d'avoir et de garder une bonne santé mentale.

²⁶Confère document en annexe

²⁷Paul Sivadon : 1907-1992

²⁸<http://www.acsm.ca/>

²⁹<http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/>

Les différentes définitions s'articulant autour de la santé mentale regroupent à chaque fois un ou deux critères définis précédemment. Cependant aucunes d'entre elles ne reprennent l'intégralité de ces critères. Cela signifie que malgré tout, même si les critères définissant la santé mentale ne sont pas universellement reconnus, ils sont repris par la plupart des auteurs définissant ce concept.

D'un point de vue législatif, on peut voir que la place de la santé mentale s'est agrandie de plus en plus grâce notamment aux programmes nationaux de santé mentale. De plus la loi du 4 mars 2002³⁰, relative aux droits des malades a accordé aux patients hospitalisés en psychiatrie plus de droits, malgré le fait que cette loi ne soit pas axée uniquement sur la santé mentale.

La loi sur le harcèlement moral du 17 janvier 2002³¹ a permis également d'introduire la notion de santé mentale dans la société.

Ainsi, dans toutes ces définitions du concept de santé mentale, on retrouve les notions de bien-être, d'absence de maladie mentale, de satisfaction et d'harmonisation de l'individu avec son environnement grâce aux différents stades de la vie.

On observe également que la société lui accorde de plus en plus de place. Il est donc important dans toute prise en charge de prendre en compte l'état de santé mentale d'un individu, surtout en milieu psychiatrique.

•Le concept de la communication :

Le mot communiquer vient du terme latin « *communicare* » qui signifie « *être en relation avec* ». Selon le dictionnaire Larousse³², communiquer serait

³⁰Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (aussi appelée loi Kouchner).

³¹Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, et de lutte contre le harcèlement moral au travail.

³²<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communiquer> consulté le 17 avril 2012

« *transmettre, être en relation, en correspondance avec quelqu'un.* » Cette définition nous permet de dire que pour communiquer, il faut qu'un acteur ou qu'un émetteur fournisse des informations, fasse passer un message à un récepteur.

La communication est un outil social. On en décrit deux types, la communication verbale et non verbale :

- La communication verbale permet l'expression directe des sentiments. Il s'agit de la parole. Cette communication est un apport important d'émotions agréables ou non, car les réactions des personnes avec lesquelles on parle vont dépendre de notre façon de dire les choses.

- La communication non verbale quant à elle s'établit par le toucher, les manifestations corporelles, le contact visuel. Il s'agit de la communication qui n'emploie pas la parole. Michael Argyle³³, psychologue anglais, a nommé ce type de communication « *bodily communication* » qui signifie langage du corps, car celle-ci est exprimée grâce aux gestes et mouvements du corps.

³³Michael Argyle 1925-2002 : célèbre psychologue anglais ayant travaillé notamment sur la communication non verbal, auteur entre autre de *Person to person : mode de communication*

Virginia Henderson³⁴, la décrit comme un besoin fondamental à tout individu dans sa liste des 14 besoins fondamentaux³⁵. Il s'agit selon l'auteur, d'une nécessité qu'a l'être humain à d'échanger avec ses semblables.

Il met en place un processus verbal ou non permettant de mettre en commun des sentiments, des opinions et des informations. Ainsi sa définition du concept de la communication est la suivante : « *nécessité d'échanger avec les autres et son environnement sur un mode verbal ou non verbal au niveau sensori-moteur, intellectuel et affectif dans le but de partager ses idées, ses sentiments, ses sensations, d'exprimer ses besoins et de comprendre ceux de son entourage* ».

Enfin selon la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789, l'article 11 décrit la communication comme un droit. En effet, celle ci signale que « *la libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'Homme* »³⁶. La communication fait donc partie des droits, on peut aussi parler de liberté d'expression.

Cependant, la barrière de la langue nuit beaucoup à la communication qu'elle soit verbale ou non. En effet, certaines techniques de communication non verbales ne sont pas les mêmes, et n'ont pas les mêmes significations au niveau mondial.

La communication est importante dans la prise en charge de toute personne. Au niveau de la communication avec les familles de patient hospitalisé en psychiatrie, elle permettrait aux familles d'avoir des informations concernant la

³⁴Virginia Henderson : 1897-1996, infirmière diplômé d'état, d'origine américaine, elle a essentiellement réalisé des écrits pour développer la conception de la profession infirmière.

³⁵Confère annexe

³⁶<http://www.assemblee-nationale.fr/histoire/dudh/1789.asp>

prise en charge de leur proche, mais aussi concernant l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

•Le concept de la coopération :

Le mot coopérer vient du terme latin « *cum laborare* », qui signifie « *travailler avec* ». Selon le dictionnaire Larousse collaborer serait défini comme « *l'action de participer à une œuvre avec l'autre* »³⁷. Ainsi la collaboration se définit comme le fait de travailler ensemble, en solidarité dans un but commun.

Au regard de la santé, tout professionnel de santé qu'il soit du milieu médical ou paramédical se doit de travailler en collaboration avec d'autres professionnels dans le but de fournir au patient une prise en charge de qualité et la plus adaptée à sa situation.

On parle ainsi de collaboration interprofessionnelle. Gérard Fourez, docteur en physique théorique définit la collaboration interprofessionnelle comme « *un continuum sur lequel l'interaction varierait de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant* ».³⁸ Cependant, la notion de collaboration ne doit pas s'effectuer exclusivement entre les professionnels de santé. Elle doit également se faire entre le patient et le soignant, mais aussi entre le soignant et la famille du patient.

•Le concept de l'empathie :

³⁷www.larousse.fr consulté le 7 avril 2012

³⁸Fourez Gerard. 2001. Fondements épistémologiques pour l'interdisciplinarité p. 67-84.

L'empathie se définit comme étant la capacité de ressentir ce qu'un autre individu peut ressentir dans une même situation.

Plusieurs auteurs ont définis ce concept.

En effet, selon Carl Rogers, psychologue humaniste américain, l'empathie consisterait « *en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne. La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoit la cause comme il la perçoit, sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification* »³⁹. En clair, selon l'auteur, l'empathie serait donc un moyen de se projeter, de se mettre à la place d'une personne dans le but de la comprendre sans pour autant s'identifier à cette dernière.

S'identifier à l'autre serait croire que l'autre pense ce que l'on pense, de se mettre à la place de l'autre, et de se voir dans le regard de l'autre. De plus, l'empathie se distingue aussi de la sympathie qui est le fait de partager un sentiment, l'empathie ne partage pas les sentiments d'autrui mais les représente.

Tout comme le définit Lauren Wispé, psychologue, « *l'empathie consiste à comprendre autrui. Etre en sympathie avec l'autre consiste à se soucier de son bien être* »⁴⁰. L'empathie est donc une stimulation mentale, cette stimulation permet de comprendre, d'intégrer ce qu'une autre personne pense et ressent dans une situation, à la différence de la sympathie qui serait plutôt définie comme une contagion affective.

³⁹Carl Rogers, psychothérapies et relation humaines (1962) volume 1, page 197

⁴⁰Extrait du livre de Lauren Wispé intitulé : altruism., Sympathy and helping

L'empathie permet de créer avec le patient et la famille une relation de confiance, de sécurité, et d'ainsi instaurer petit à petit une relation d'aide. De plus, elle permettrait aux familles de se sentir incluses dans la prise en charge de leur proche hospitalisé, et la coopération avec la triade en serait facilitée.

L'empathie, la communication et la collaboration sont les principales caractéristiques de la mise en place d'une relation d'aide. Carl Rogers définit le concept de la relation d'aide comme une « *relation dans laquelle l'un des deux protagonistes au moins cherche à favoriser chez l'autre le développement, la croissance, la maturité, un meilleur fonctionnement, une plus grande capacité d'affronter la vie* »⁴¹. L'empathie est l'une des trois capacités que l'auteur définit pour mettre en place une bonne relation d'aide. On retrouve comme autre capacité le non jugement et la congruence, c'est-à-dire la capacité à être soi-même.

Ces trois concepts ainsi que la relation permettent de créer avec le patient, et sa famille ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique sera donc le dernier concept qui sera défini dans ce cadre théorique.

• Le concept de l'alliance thérapeutique :

L'alliance thérapeutique est définie aujourd'hui, comme étant une construction multidimensionnelle, c'est-à-dire qu'elle doit être aussi bénéfique pour le patient que pour le soignant, ce qui autrefois n'était pas le cas.

Selon S. Freud⁴², psychanalyste, une bonne alliance thérapeutique est indispensable pour toute démarche soignante, et elle serait un facteur de réussite de la prise en charge. Ainsi, S. Freud considère que la présence d'une bonne alliance thérapeutique permet au patient d'utiliser les interprétations fournies par le soignant de façon correcte et adaptée aux situations dans lesquelles le patient

⁴¹ Définition extraite du le Développement de la Personne, paru le 1998, p. 27

⁴² Sigmund Freud 1856-1939, neurologue et psychiatre autrichien d'origine juive, il a été nommé père de la psychanalyse

se trouve. Enfin, elle serait une relation de coopération basée sur les sentiments d'affection que ressent le patient envers le soignant.

C. Roger, définit lui sa conception de l'alliance thérapeutique à trois qualités :

- La première qualité est la compréhension empathique, c'est-à-dire que le soignant a la capacité de communiquer clairement sa compréhension face à la situation que le patient vit.
- La deuxième qualité est le regard positif, cela signifie que le soignant communique envers le patient un regard non évaluateur, très humain, positif et qu'il fasse preuve de respect envers le patient et ses dires.
- Enfin la troisième qualité est l'authenticité, c'est-à-dire que le soignant n'est pas sur la défensive face aux attitudes et comportements du patient.

L'alliance thérapeutique est un moyen de collaboration essentiel, et pour que la prise en charge évolue le plus positivement possible, il faut que cette alliance soit de qualité et que le soignant et le patient collaborent ensemble, dans un but commun. Il en est de même pour la famille.

Une bonne alliance thérapeutique avec les familles permettrait de créer une collaboration avec celles-ci. Elle aurait également pour but de permettre aux familles d'être plus intégrées dans la prise en soins de leur proche, et aider ces derniers à prendre les bonnes décisions.

De plus, cette alliance thérapeutique entre le soignant et la famille permettrait une meilleure collaboration entre le patient et le soignant, grâce à une acceptation plus facile des soins. Cela permettrait en plus, sur le long terme de faciliter l'évolution positive de la santé mentale du patient pris en soins.

Enquête

•Le projet d'enquête :

Au regard de mon hypothèse et pour répondre à celle-ci j'ai décidé de mener mon travail sous forme d'entretiens d'enquêtes.

J'ai choisit cette technique car l'entretien permet d'offrir plus de possibilités d'évaluer la compréhension de l'enquêté, ainsi que son interprétation des questions posées. De même il permet de clarifier les ambiguïtés qui pourraient y avoir par rapport au sujet sur lequel l'enquête porte ou sur le sens d'une question, ou d'une réponse.

De plus l'entretien permet d'établir un dialogue avec l'autre et de créer également une relation de confiance avec l'enquêté afin d'obtenir des réponses plus franche de sa part, cette relation de confiance s'installera plus facilement si l'enquêteur est actif lors de l'entretien.

Enfin lors d'un entretien, l'enquêteur peut, en cas de besoin poser des questions supplémentaires à l'enquêté pour que ses réponses soit plus claires et plus satisfaisantes. L'entretien n'a pas pour but d'être représentatif, il permet

d'établir un échange et qu'un individu exprime son point de vue par rapport au sujet exposé.

Lorsqu'on réalise des entretiens il faut être dans une position de non jugement que ce soit dans l'expression physique ou dans les paroles, le but de l'entretien est de chercher une discussion et un échange de point de vue. De plus il faut se mettre également dans une position de « fausse naïveté » sans pour autant passer pour un ignorant.

En effet pour laisser parler librement l'enquêté il faut apparaître comme naïf mais cependant connaître le sujet de discussion.

Les entretiens que je souhaite réaliser seront menés de façon directive. Pour ce faire j'utiliserais donc un guide d'entretien. L'avantage du guide d'entretien est qu'il permet de rassurer l'enquêteur mais aussi l'enquêté.

De plus il donne à l'enquêteur l'impression que les informations recueillies sont en lien direct et sont conforme avec le but de la recherche, et il permet aussi d'effectuer des comparaisons entre les différents entretiens réalisés.

Il faut tout de même faire attention à ce que l'entretien ne devienne pas une sorte d'interrogatoire pour l'enquêté. Je poserai donc aux enquêtés des questions ouvertes afin de leurs laisser libre parole et de ne pas influencer leurs réponses.

Ces entretiens seront menés dans le respect de l'anonymat des personnes interrogées. De plus pour mener à bien ses entretiens j'utiliserai un magnétophone pendant la durée de ceux-ci, après bien évidemment l'accord de la personne interrogé. Enfin les informations fournies ne seront en aucun cas divulgués.

J'utiliserai la technique de l'enregistrement car celui-ci me permettra d'être plus attentive aux paroles de l'enquêté, et de l'écouter d'avantage.

Le fait d'enregistrer me permettra donc de capter l'ensemble du discours énoncé par l'enquêté.

Pour la bonne réalisation de cette enquête j'ai choisi de mener mes entretiens au sein d'établissements de santé spécialisés dans la prise en charge de patients atteints de pathologies psychiatriques.

La population que j'ai décidé d'interroger sera donc les infirmiers travaillant au sein d'un service psychiatrique ainsi que les proches de patients hospitalisés. J'ai choisi d'interroger cette population car je pense qu'elle sera la plus à même de répondre à mes interrogations.

Le choix de ces deux types de populations est justifié par le fait que je souhaiterais avoir l'avis de ces deux parties dont je trouve la présence essentielle pour la prise en charge d'un patient hospitalisé en psychiatrie.

De plus cela me permettrait également de savoir si la famille ou les proches de patients connaissent leurs droits, quelle est leur place dans la prise en charge, ainsi que de vérifier si des mesures d'intégration pour les familles existent déjà ou sont en cours de créations.

L'objectif global de cette enquête sera donc de vérifier si l'intégration des familles dans la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques pourrait améliorer la coopération des patients envers le personnel soignant, mais aussi la compréhension des familles sur le système et les mesures de santé mises en place en psychiatrie.

•Les résultats d'enquête :

Comme énoncé précédemment dans le projet d'enquête, pour effectuer mon enquête, j'ai décidé d'effectuer des entretiens. J'en ai donc effectué neuf auprès d'infirmiers diplômés d'état travaillant dans un milieu psychiatrique.

Malheureusement je n'ai pas pu réaliser des entretiens auprès de familles car celles-ci ont refusé.

Je n'ai donc pas pu réaliser mes enquêtes comme je l'avais souhaité dans mon projet d'enquête.

• Synthèse d'enquête :

▪ Items n°1 : l'intégration des familles dans la prise en charge

Lors de mes entretiens la totalité des soignants interrogés m'a indiqué que les visites se faisaient exclusivement sur prescription médicale.

Les critères d'autorisations ou non de ces visites sont les suivants⁴³ :

- Le type d'hospitalisation
- L'isolement du patient ou non
- L'approbation ou non des référents si le patient est mineur
- Les bénéfices des visites pour le patient
- L'état de santé du patient
- Les relations familiales qu'a le patient

Celui le plus cité par les soignants est l'état de santé du patient, ex aequo avec le bénéfice que pourrait apporter cette visite au patient. L'amélioration de l'état de santé du patient est donc primordiale avant que la famille ne puisse entrer en contact avec lui. Si ce contact n'est pas bénéfique pour ce dernier, alors la famille ne sera pas prise en considération dans sa prise en charge.

Ainsi face à cette non intégration de la famille dans la prise en charge de son proche, celle-ci pourrait développer un sentiment de culpabilité. Ce fait exprimé par les soignants avait d'ailleurs été énoncé dans ma problématique.

En plus à de ce sentiment de culpabilité s'ajoute la peur que pourrait ressentir les familles face à la psychiatrie. En effet lors de mes entretiens, les infirmiers interrogés m'ont confié que les visites étaient organisées, sauf dans des cas exceptionnels, dans le lieu de vie des patients, c'est-à-dire la salle commune.

⁴³Confère annexe

Donc tous les types de pathologies s'y retrouvent du patient schizophrène délirant, au patient dépressif, des mineurs aux personnes âgées démentes.

Cette technique d'organisation des visites n'est pas jugée la plus pertinente par les professionnels interrogés mais ils ne voient pas comment ils pourraient faire autrement.

Ainsi cette façon d'organiser les visites joue sur le nombre de celles-ci que le patient peut recevoir car les moments que partage la famille avec leur proche hospitalisé sont souvent parasités par les autres patients. La famille ne trouve donc aucun intérêt aux visites dans ce contexte.

Le manque d'implication des familles par une absence de visite nuit à leur intégration. Ce point est également évoqué dans ma problématique.

Pour les professionnels interrogés la famille doit donc être intégrée à la prise en charge car c'est elle qui connaît le mieux le patient. Cependant cela reste difficile car cette intégration varie selon plusieurs choses 44:

- La relation famille patient
- L'état psychologique de la famille
- Le ressenti de la famille

Les infirmiers interrogés pensent intégrer les familles en leur demandant des informations. En effet la famille est jugée comme « source d'informations » pour les soignants, concernant notamment les conditions d'hospitalisation, c'est-à-dire pourquoi on en est arrivé à l'hospitalisation, sur la vie du patient à l'extérieur mais aussi sur les informations que leurs fournissent les patients lors des visites et que le personnel ignore. Cependant plusieurs soignants interrogés exprime le fait que la famille est incluse que lorsqu' on en a besoin, et que l'idéal serait de l'inclure quelque soit la prise en charge et les besoins établis pour un patient.

La famille est donc considérée comme le pilier central à l'égale du patient car c'est elle qui le connaît le mieux. Cette place centrale de la famille est énoncée dans la problématique lorsque je parle des droits et des devoirs dont dispose la famille au niveau législatif.

44Confère annexe

La bonne intégration de la famille repose tout de même sur un critère essentiel selon les professionnels interrogés, il s'agit du bon vouloir de la famille.

En effet le soignant doit prendre en soin le patient mais aussi la famille, s'il remarque que celle-ci est en « Burn Out » il faut mettre des choses en place pour l'aider avant de l'intégrer dans la prise en charge de son proche. Au même titre la lassitude de la famille face à de multiples hospitalisations est également à prendre en considération.

▪Items 2 : la coopération famille soignant pour améliorer la coopération du patient :

Pour la plupart des soignants interrogés une collaboration avec les familles permettrait une meilleure prise en charge du patient ainsi qu'une sortie plus rapide de celui-ci et dans de meilleures conditions. Mais collaborer avec les familles permettrait aussi aux soignants de⁴⁵ :

- Travailler la souffrance des familles,
- Savoir ce que la famille attend de la prise en charge,
- S'assurer que le patient ait un bon suivi et une bonne surveillance, extérieure,
- S'assurer que la famille apporte le soutien, l'écoute et de l'aide au patient.

L'intérêt de cette coopération serait que la famille comprenne la prise en charge établie pour son proche, mais aussi la pathologie, les traitements mis en place, le but de l'hospitalisation et qu'elle les accepte comme meilleures solutions possibles pour son proche. Les infirmiers ont exprimé cette collaboration comme essentielle, et ils considèrent que l'absence de la famille pose des problèmes car sans sa famille le patient va se sentir seul et isolé, il ne va pas vouloir adhérer à la prise en charge ou tout du moins avec plus de difficultés ce qui va augmenter la durée d'hospitalisation et le risque de chronicisation du patient. La famille permet

⁴⁵Confère annexe

donc de faire accepter les soins au patient, et que la prise en charge de celui-ci soit de qualité. Ce point avait été explicité dans la problématique.

Les infirmiers participant à mon enquête m'ont indiqué qu'ils faisaient participer la famille au projet thérapeutique de différentes manières. Notamment :

- Par de l'éducation lors de sorties ou de permissions
- Par la participation à la construction de dossiers sociaux
- Par une surveillance du patient lors de permissions ou de sorties

Cependant ces différentes explications et conseils donnés à la famille sont jugés par les professionnels insuffisants car ils ne prennent pas réellement le temps de tout leur expliquer, et les orientent rapidement vers le médecin. De plus les familles sont impliquées dans le projet que si besoin. Ainsi certains infirmiers ont donc exprimé le fait que la famille devrait être plus impliquée dans le projet thérapeutique du patient, et que l'avis de celle-ci concernant une prise en charge devrait être plus pris en considération. Cette incompréhension des techniques mise en place et la méconnaissance du projet thérapeutique sont également identifiées dans ma problématique.

▪ Items 3 : Information des familles pour favoriser leur compréhension du système de santé en psychiatrie :

L'annonce du diagnostic est effectuée par le médecin, et ce quelque soit ce dernier. Cependant l'infirmier a le droit de revenir sur les paroles du médecin afin de faire le point sur ce que la famille a compris des explications données et de la prise en charge établie.

Lors de mes entretiens, j'ai remarqué que peu d'information étaient données par les infirmiers aux familles. En effet, ils m'ont confié qu'ils expliquaient la situation de façon minime, très succinctement, et qu'ils les incitaient beaucoup à prendre rendez vous avec le médecin psychiatre de leur proche en cas d'interrogation.

Pour leur fournir ces informations les infirmiers réalisent des entretiens auprès de la famille, avec présence ou non du patient. Ils sont menés à la demande de la famille ou s'ils les jugent nécessaires.

De plus il existe des ateliers thérapeutiques qui ont pour but d'améliorer l'état de santé du patient, ils permettent de montrer aussi l'évolution positive du patient à ses proches.

Beaucoup de soignants interrogés ne font pas partager les activités thérapeutiques⁴⁶ réalisées par les patients à leurs familles, ils les laissent le dire eux même.

Cependant le patient n'explique pas clairement l'intérêt thérapeutique de telles ou telles activités Je pense qu'il serait important que la famille découvre les ateliers thérapeutiques proposés aux patients et qu'elle en découvre aussi les intérêts

Grâce à cette enquête j'ai pu découvrir la place de la famille dans la prise en charge et comment elle était intégrée à celle-ci. Il en est ressorti que l'on accorde à la famille une place égale à celle du patient. En effet, elle est aussi considérée comme le pilier central de la prise en charge. Sans la famille le personnel de santé est démunie d'informations, d'aide, et de surveillance du patient à sa sortie. Il est également démunie de la coopération du patient, car il sera plus réticent à la prise en charge.

Cependant les soignants interrogés aspirent à plus intégrer les familles afin qu'elles comprennent d'avantage les techniques de soins mise en place pour leurs proches. Mais aussi afin que les familles coopèrent de façon plus appropriée avec les soignants et qu'elles soient plus présentes pour les patients pour qu'elles les guident vers une amélioration de leur état de santé et une sortie plus rapide d'hospitalisation.

Par cette enquête je peux donc confirmer que l'intégration des familles dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques par une information sur les techniques de prise en charge et une coopération soignant

⁴⁶Confère annexe

famille permettent de faciliter la coopération des patients mais aussi la compréhension des familles sur le système de santé en psychiatrie.

Projet d'action :

Le projet d'action que j'aimerais mener serait celui de créer pour les familles des réunions d'informations.

Elles seraient animés par un infirmier ou deux, et seraient réalisées sur une demie journée une fois par semaine. Plusieurs familles seraient alors conviées et échangeraient ensemble et avec les infirmiers présents. Cet échange se ferait donc sous forme de groupe de parole. L'information que de tel réunion existe serait donner aux familles à l'entrée de leur proche ou lors de visite.

Les réunions d'informations porteraient sur :

- Les différentes pathologies psychiatriques,
- Les signes évocateurs de décompensation chez les patients atteints de troubles psychiatriques,
- Les conduites à tenir lors de situations spécifiques comme par exemple le refus de prendre son traitement,
- Comment désamorcer certaines situations difficiles : agressivité, hallucination,
- Comment éviter quelque fois les hospitalisations inappropriées ou abusives,
- Sur les traitements, leurs intérêts, leurs effets curatifs et/ou préventifs sur le patient, ainsi que leurs effets secondaires.

De plus, ces réunions permettraient et je trouve cela très important d'évaluer l'état psychologique des familles (burn out, épuisement psychologique,...) ainsi que d'évaluer leur ressenti par rapport à l'hospitalisation (quel est l'intérêt de cette hospitalisation pour eux) et leurs émotions par rapport à cette hospitalisation (sentiment de culpabilité, de honte,...).

L'objectif global de ce projet est que la famille comprenne le système de santé en psychiatrie, qu'elle se sente incluse dans la prise en charge de leur proche hospitalisé, et qu'ainsi elle le guide à coopérer d'avantage avec les soignants.

Les objectifs intermédiaires seraient :

- D'apporter du soutien aux familles,
- D'apporter des connaissances aux familles,
- Permettre de créer une relation de confiance entre la famille et les soignants,
- De favoriser la coopération des familles et ainsi celle des patients,
- De permettre de favoriser la relation patients-soignants,
- D'apporter un soutien et une surveillance continue au patient lors de leur sortie d'hospitalisation,
- D'éviter la chronicisation du patient.

Les bénéfices attendus pour la famille sont de lui permettre qu'elle ait un apport de connaissance sur les différentes techniques de prise en charge de leur proche et qu'ainsi elle s'y sente plus intégrée et plus à même d'aider leur proche.

Pour les soignants, les bénéfices de ces réunions d'informations seraient de ne pas être démunis d'informations concernant le patient, et sa vie à l'extérieur, car la famille leur fournirait des informations plus pertinentes au regard d'une situation. Cela permettrait une coopération plus facile entre le soignant et la famille car la famille aurait plus confiance en les soignants.

Enfin pour les patients cela leur permettrait d'être moins isolés socialement pendant leur hospitalisation et de même après, car la famille comprendrait d'avantage les réactions et le comportement du patient. Cela leur apporterait aussi du soutien. La famille les guiderait à prendre les bonnes décisions pour sa santé, et à coopérer d'avantage avec les soignants en vue d'améliorer positivement leur état de santé mentale.

Les moyens mobilisés pour la réalisation de ce projet seraient :

- au niveau humain le détachement d'un ou deux infirmiers de leur poste de travail.
- Au niveau budgétaire : la location peut être de matériaux de présentation (ordinateur, tableau, rétroprojecteur, ...)
- Au niveau organisationnels : trouver les créneaux horaires le plus adapter pour les familles, les soignants ainsi que l'organisation de la structure, trouver une salle ou pouvoir réaliser ces réunions d'informations.

Les limites et obstacles de se projet serait :

- La non participation des familles aux réunions d'information. Les causes de cette non participation pourraient être que la famille ne voit l'intérêt de ces réunions, qu'elle ne soit pas au courant qu'il y a des réunions de ce type, que les horaires de réunion ne corresponde pas à les leurs ou encore que la famille n'ose pas participer à ces réunions.
- Que les infirmiers ne puissent se libérer de leur travail, la cause essentielle serait du à la surcharge de travail dans les services de soins et le manque de temps.

Je pense qu'il faudra également faire attention à ce que les infirmiers ne fassent pas de ces réunions des cours, car la famille pourrait s'y ennuyer et cela n'aurait aucun intérêt à leurs yeux. Pour le bon déroulement et le bon fonctionnement de ces réunions il faut qu'elle se fassent sous forme d'échange, que les familles et les soignants discute ensemble et expriment leurs différents points de vue concernant la prise en charge des patients, les pathologies et traitements, Ces réunions doivent être un moment de partage pour les soignants et les familles.

Conclusion :

Dans la construction de ce travail, j'ai cherchée à démontrer la place importante que tient la famille en psychiatrie. Il s'est avéré que cette place est tout aussi bénéfique pour le patient que pour les soignants.

En effet l'intégration des familles dans la prise en charge de patient atteint de troubles psychiatrique permet une meilleure coopération soignant-soigné. De plus elle apporte aux familles un sentiment de non exclusion à la prise en charge de leur proche, et permet aux patients de ne pas être isoler socialement que ce soit pendant leur hospitalisation ou à leur sortie.

Le fait que les patients soient accompagnés par leur famille permettra également une sortie plus rapide de ce premier.

Tout cela est possible que si l'accompagnement des familles est dite bénéfique pour le patient, et surtout réalisé correctement. C'est-à-dire si la famille adhère à la prise en charge de leur proche elle doit comprendre le but de l'hospitalisation, mais les soignants doivent également leurs fournir des informations correctes et compréhensibles pour eux. Des informations concernant les pathologies, les techniques de prise en charge et les traitements instaurés.

Mon enquête et l'exploitation de celle-ci m'as permis de confirmer mon hypothèse de travail, pour que l'intégration des familles se fassent au mieux je pense qu'il faudra tout simplement qu'elles comprennent tout ce qui est mis en place pour leurs proches.

Face à cela je pense qu'il serait également important de prendre en compte et de travailler sur la souffrance des familles au regard de certaines situations.

Résumé :

La famille est une source de réconfort pour toute personne quelle qu'elle soit.
Chez le sujet malade elle l'est d'autant plus.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sont souvent et malheureusement encore, de nos jours, exposées à des représentations sociales très négatives. En effet ils font « peur », sont « bizarres » et ils restent tabou dans notre société.

L'intégration des familles dans la prise en charge de patients atteints de ce genre de troubles reste donc très difficile et peu efficiente. On ne peut en effet changer les représentations sociales de chaque individu.

Pour favoriser la prise en charge des patients la famille devrait être plus intégrer et informer sur les techniques de prise en charge dans le milieu psychiatrique. Ainsi elle comprendrait mieux telles ou telles réactions de leurs proches. Mais aussi la famille se sentirait actrices de la santé de leur proche et cela diminueraient leur sentiment de culpabilité et leur honte face à l'hospitalisation de leur proche.

L'intégration des familles apporterait également au soignant un certain confort dans la prise en charge grâce à l'amélioration de la coopération du patient.

Le patient quand à lui se sentirait aider, soutenu, moins isolé et cela améliorerait de manière positive sa santé mentale.

Mots clés : Santé, santé mentale, famille, patient, soignant, coopération, prise en charge