

SANS

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e)	3 – Moyen(ne)
1 – Doute, discutable	4 – Important(e)
2 – Léger(e)	5 – Sévère, grave

Avolition, apathie		Intensité
14 Toilette, hygiène	Vêtements négligés ou sales cheveux gras, odeur corporelle...	
15 Manque d'assiduité au travail ou à l'école	Le malade a des difficultés à trouver et à garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge, à effectuer les travaux ménagers. S'il est hospitalisé, il ne participe pas de façon durable aux activités du service.	
16 Anergie physique	L'inertie est physique : le sujet peut rester des heures assis sur une chaise sans entreprendre spontanément une activité.	
17 Évaluation globale de l'avolition et de l'apathie	Un poids important peut être accordé à un ou deux symptômes prédominants dans l'évaluation globale s'ils sont particulièrement frappants.	

Anhédonie, retrait social		Intensité
18 Intérêts et activités de loisirs	Le malade présente peu de centres d'intérêts, peu d'activités ou de "hobbies". L'évaluation doit prendre en compte les aspects qualitatifs de ces intérêts.	
19 Intérêts et activités sexuels	Le malade peut présenter une diminution des intérêts sexuels ou du plaisir correspondant.	
20 Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes	Le malade peut présenter une incapacité à développer des relations étroites ou intimes en particulier avec sa famille ou des sujets du sexe opposé.	
21 Relation avec les amis et collègues	Le malade peut avoir peu ou pas d'amis et faire peu d'effort pour y remédier, choisissant d'être pratiquement tout le temps seul.	
22 Évaluation globale de l'anhédonie et du retrait social	L'évaluation globale doit prendre en compte la sévérité de l'ensemble de la symptomatologie anhédonie et retrait social en tenant compte des normes attendues selon l'âge, le sexe et le statut social.	

Attention		Intensité
23 Inattention dans les activités sociales	Au cours de ses activités ou relations sociales, le malade paraît inattentif, semble perdu.	
24 Inattention durant la cotation	Pour l'évaluer on demande au sujet d'épeler le mot monde à l'envers ou proposer des épreuves arithmétiques simples du niveau scolaire (5 niveaux de décomptage de 7 en 7 à partir de 100). Score 0 = 0 erreur Score 1 = 0 erreur, hésite Score 2 = 1 erreur Score 3 = 2 erreurs Score 4 = 3 erreurs Score 5 = > 3 erreurs	
25 Évaluation globale de l'inattention	L'évaluation globale des possibilités attentionnelles ou de concentration doit tenir compte des éléments cliniques et des performances aux tests.	


Total des 25 items	
---------------------------	--

SANS

SANS

Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen)

Traduction française : Lecrubier et Boyer

 <http://www.c-e-p.eu/>

Date

Nom

Prénom

0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e)	3 – Moyen(ne)
1 – Doute, discutable	4 – Important(e)
2 – Léger(e)	5 – Sévère, grave

Retrait ou pauvreté affective		Intensité
1 Expression figée du visage	L'expression faciale paraît rigide, figée, mécanique. On note une absence ou une diminution des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours	
2 Diminution des mouvements spontanés	Le patient est assis immobile durant l'entretien et présente peu ou pas de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...	
3 Pauvreté de l'expression gestuelle	La malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées tels que gestes des mains, posture penchée en avant.	
4 Pauvreté du contact visuel	Le malade évite de regarder l'autre, ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide même lorsqu'il parle.	
5 Absence de réponses affectives	Ne rit ou ne sourit pas lorsqu'il y est incité.	
6 Affect inapproprié	L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre et émoussé.	
7 Monotonie de la voix	Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone.	
8 Évaluation globale de la pauvreté affective	L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de L'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel et son caractère inapproprié	

Alogie		Intensité
9 Pauvreté du discours	C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.	
10 Pauvreté du contenu du discours (idéique)	Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif ou stéréotypé.	
11 Barrages	Le malade décrit spontanément, ou à partir d'une question, une interruption du cours de sa pensée (pas nécessairement observée).	
12 Augmentation des latences des réponses	La durée qui s'écoule avant que le malade ne réponde aux questions est plus longue que normalement. Il peut sembler "ailleurs". Il a cependant compris la question.	
13 Évaluation globale de l'alogie	Les signes nucléaires de l'alogie étant la pauvreté du discours et celle de son contenu, l'évaluation globale doit particulièrement en tenir compte.	

09100 PAMIERS

**LE CORPS DU SCHIZOPHRENE
FACE A
L'INJECTION DE NEUROLEPTIQUE**

D'HULST Sylvie

2008-2011

I.F.S.I. de Pamiers

10, rue Saint-Vincent

09100 PAMIERS

LE CORPS DU SCHIZOPHRENE
FACE A
L'INJECTION DE NEUROLEPTIQUE

D'HULST Sylvie

2008-2011

SOMMAIRE

Introduction	p. 1
1. Formulation de la question de départ	p. 2
1.1 <i>La situation de départ</i>	p. 2
1.2 <i>De la situation de départ à la question de départ</i>	p. 3
2. Pôle théorique	p. 5
2.1 <i>Les schizophrénies</i>	p. 5
2.1.1 Rappels sur l'anosognosie	p. 6
2.1.2 Le syndrome délirant	p. 6
2.1.3 Le syndrome autistique	p. 7
2.1.4 Le syndrome dissociatif	p. 7
2.2 <i>Le corps du schizophrène</i>	p. 8
2.2.1 Que sont le schéma corporel et l'image du corps ?	p. 8
2.2.2 Le Moi-peau de Didier Anzieu	p. 9
2.2.3 La position schizo-paranoïde selon Mélanie Klein.	p. 9
2.3 <i>L'injection de neuroleptiques</i>	p. 10
2.3.1 L'infirmier et le cadre législatif	p. 10
2.3.2 Qu'est-ce qu'un neuroleptique ?	p. 11
2.3.3 Les effets secondaires des neuroleptiques	p. 12

2.4	<i>Hypothèses sur ce que peut représenter une injection intramusculaire pour un schizophrène</i>	p. 12
3.	Pôle empirique	p. 14
3.1	<i>Choix de l'outil d'enquête</i>	p. 14
3.2	<i>Résultats de l'enquête</i>	p. 15
3.2.1	L'importance du contexte	p. 15
3.2.2	La pudeur	p. 16
3.2.3	Le rôle des vêtements	p. 16
3.2.4	L'incurie	p. 17
3.2.5	Le délire	p. 18
3.2.6	La douleur et l'anxiété	p. 18
3.2.7	Le Pharmakon	p. 19
3.2.8	La ponction	p. 19
3.2.9	La difficulté des soignants	p. 20
3.3	<i>Synthèse de l'analyse et formulation de la question de recherche</i>	p. 21
	Conclusion finale	p. 22

INDEX DES ABREVIATIONS

Par ordre d'apparition dans le texte

CMP	Centre médico-psychologique	p. 1, 2, 3, 14, 15, 16, 18, 20
SSR	Service de soins de suite et de réadaptation	p. 1
MAS	Maison d'accueil spécialisée	p. 1
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième révision, 1994. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, classification de l'APA, Association Américaine de Psychiatrie	p. 5
OMS	Organisation Mondiale de la Santé	p. 5

Introduction

Dès le milieu de la deuxième année de mes études en soins infirmiers, mon intérêt pour la psychiatrie, déjà présent dès mon entrée en institut de formation, s'est accentué. Les stages en CMP* (Centre Médico Psychologique) et pédopsychiatrie ont été pour moi une révélation. Entre curiosité pour des pathologies comme les psychoses, empathie envers des patients souvent stigmatisés, et l'intérêt porté à un travail alliant entre autres observation et relationnel, j'ai le sentiment de pouvoir donner le meilleur de moi-même dans cette spécialité. Les schizophrénies sont pour moi particulièrement énigmatiques. En étudiant un peu plus précisément le rapport particulier du schizophrène avec son corps, c'est un voyage de quelques mois dans la pathologie que j'ai entrepris. Cependant, il s'agit d'une maladie très complexe, et je me suis heurtée à différents types de classification des schizophrénies, mais aussi des symptômes. Des bases en psychanalyse m'ont parfois manqué et tenter de comprendre en quoi une personne peut sentir son corps « morcelé » n'a pas été facile et a même nécessité l'aide d'une psychologue. Ce qui m'a convaincu de l'utilité de mon travail, c'est certes la grande proportion de patients schizophrènes dans les services de psychiatrie, mais également dans les services de soins généraux. Ce rapport si particulier au corps, je l'ai constaté également en SSR*, en MAS*, en unité de diabétologie. En abordant l'injection de neuroleptique, je touchais à un soin représentant typiquement l'« infirmière » avec son cortège de douleur, d'anxiété, de pudeur**, et également au rapport « bénéfices-risques » de thérapeutiques ayant souvent des effets secondaires très néfastes.

Dans ce travail de fin d'études, je vous présenterai tout d'abord une situation de stage de deuxième année en CMP. J'explorerai ensuite ma question de départ. Dans un premier temps au travers du pôle théorique, où je synthétiserai mes recherches au sujet des schizophrénies et du « corps », je définirai le cadre législatif dans lequel travaille l'infirmier, puis présenterai les neuroleptiques. Dans un deuxième temps, le pôle empirique me permettra de mettre l'accent sur le rôle infirmier lors d'une injection de neuroleptique chez un patient atteint de schizophrénie, mais également de compléter, et d'y confronter la théorie. Enfin, je synthétiserai et analyserai ces données et en dégagerai ma question de recherche.

Je vous souhaite une bonne lecture...

□* Cf. index des abréviations

*□ Cf. lexique en annexe I.

1. Formulation de la question de départ

1.1 *La situation de départ*

Stage de psychiatrie de deuxième année en CMP. Nous accueillons M. R, 30 ans. Il est suivi pour schizophrénie depuis quelques années et bénéficiait jusqu'alors d'un traitement oral. Suite à une décompensation de sa maladie à type d'hallucinations, un traitement injectable a été mis-en-place ; il s'agit du risperdal®, à raison d'une injection intramusculaire tous les quinze jours. M. R. a rendez-vous aujourd'hui pour sa deuxième administration de neuroleptique à action prolongée, la première ayant été faite lors d'une hospitalisation.

Les infirmières me présentent la situation. Elles me précisent que cette première injection en CMP est très importante ; d'une part, elle peut permettre d'établir une relation de confiance entre le patient et l'infirmière ; d'autre part elles m'expliquent que les soins invasifs chez les personnes atteintes de psychose révèlent parfois une dimension particulière chez eux ; en effet, ils peuvent-être vécus très difficilement compte tenu du rapport au corps singulier qu'implique cette maladie.

J'accueille M. R. avec une des infirmières dans la salle de soins et l'invite à s'asseoir sur la table d'examen. Il préfère rester debout. Je me présente et lui explique en quoi va consister le soin, après qu'il eût accepté que ce soit moi qui lui prodigue. Je le sens tendu et timide. Nous discutons un peu de ce nouveau traitement pendant la prise de paramètres ; je m'enquiers de l'apparition ou non d'effets secondaires suite à sa première injection. Il me précise qu'il n'en a décelé aucun et que la première injection l'avait soulagé. L'injection de risperdal® nécessitant une préparation particulière (seringue spéciale livrée dans un kit), je me « concentre » sur cette manipulation ; l'infirmière reste à mes côtés et converse avec le patient. Elle me dira plus tard qu'il n'est pas bon de laisser le patient « seul » face à ses angoisses dans ses moments-là, qu'il faut essayer de le rassurer le plus possible.

Ma seringue prête, je propose à M. R. de s'installer à plat ventre sur la table d'examen et de baisser un peu son pantalon. L'infirmière lui conseille de croiser les bras sous le menton et de se détendre. Elle m'expliquera par la suite que cette position permet au patient d'être plus décontracté. Pendant qu'elle lui parle, je procède à l'injection, en ayant pris soin de le prévenir au moment de la pique. Je retire l'aiguille d'un geste rapide, désinfecte le site de ponction et applique le pansement. Suite à cela, je demande à M. R. comment il a vécu ce soin. Il me répond qu'il n'a pas ressenti de douleur et que ça s'est très bien passé pour lui.

Nous le raccompagnons avec l'infirmière dans le bureau afin de noter le prochain rendez-vous. Nous lui précisons les horaires d'ouverture du CMP et lui rappelons que nous sommes à sa disposition pour tout renseignement ou conseil dont il pourrait avoir besoin.

M. R. reviendra quinze jours plus tard pour l'injection suivante que je réaliserai seule. La discussion lors du soin sera plus longue et nous aborderons ses difficultés personnelles.

1.2 *De la situation de départ à la question de départ*

A la suite de ce stage, je gardais cette situation en tête pour plusieurs raisons. Le commentaire des infirmières concernant « *le corps du psychotique* » m'avait tout d'abord interpellé. De quoi parlaient-elles exactement ? Nous l'avions à peine évoqué en cours, mais j'en avais déjà souvent entendu parler dans la littérature. Quelques recherches complémentaires à ce sujet ne firent que confirmer la récurrence de cette particularité chez les patients atteints de psychoses, et tout particulièrement atteints de schizophrénies.

Plus tard au cours de ce même stage, un autre patient schizophrène refusa que je lui prodigue l'injection de neuroleptique, et je me demandais alors pourquoi l'un avait accepté et pas l'autre. L'injection intramusculaire avait-elle un sens particulier pour ce patient ? Avait-il eu peur d'avoir mal ? De se dévêtir devant une étudiante par exemple ? Ce refus était-il en rapport avec la pathologie dont il était atteint ? Je me demandais alors : l'injection intramusculaire se pratique-t-elle de la même manière chez un patient atteint de schizophrénie ou un patient « indemne » de cette maladie ?

Je me questionnais également à propos du CMP. Favorise-t-il l'acceptation de ce soin ? Ce dernier est-il plus difficile à pratiquer en hôpital ? La phase d'état de la maladie a-t-elle une incidence sur la prise en charge ?

Enfin, je cherchais à comprendre ce qui avait fait que ce soin s'était déroulé sans difficulté particulière (si ce n'est la mienne durant la préparation du Risperdal !).

A ce stade de réflexion, mon analyse de la situation est plutôt « naïve » : certes, l'infirmière était là pour rassurer le patient, mais « Je » piquais et cette partie du soin me paraissait la plus compliquée et la plus importante ; le soin devait s'être bien passé car ce patient en l'occurrence ne présentait pas de troubles corporels et était stabilisé sur le plan du délire ; le patient était revenu pour l'injection suivante et se confia alors à moi. J'avais « réussi » le soin !

Aujourd'hui, grâce aux recherches des pôles théoriques et empiriques, à mon évolution professionnelle, mon analyse a changée. Si l'infirmière n'avait pas été à mes côtés ce jour-là, pour rassurer le patient, pour lui parler, pour le décontracter, aurais-je seulement pu lui administrer l'injection ? Serait-il revenu ? Peut-être que ce patient avait des troubles corporels que je n'avais pas vus mais que l'infirmière avait détectés, et de ce fait peut-être avait-elle plus particulièrement rassuré ce patient car elle avait senti que cela était nécessaire...

Au travers des pôles théorique et empirique, je vais donc essayer d'exposer les éléments qui m'ont permis d'avoir cette analyse différente de la situation.

Partant des éléments de la situation de départ, je fis dans un premier temps quelques recherches qui me permirent de cibler une question de départ. Je choisis de porter mon attention sur ce « corps du psychotique » que je souhaitais mieux comprendre. Je ciblais plus particulièrement les patients atteints de schizophrénie chez qui les troubles corporels, comme je l'ai déjà dit plus haut, semblent très « présents ». Je souhaitais également comprendre en quoi une injection intramusculaire peut révéler une dimension particulière chez ces patients ; le lien geste invasif-corps m'intéressait tout particulièrement, et de plus c'est un soin très souvent pratiqué en psychiatrie. Après mûres réflexions, je choisis de cibler l'injection de neuroleptique, que ce soit à action immédiate ou retardée ; en effet, ceci me permettrait de comparer des situations de crise (action immédiate), et des situations où les patients sont stabilisés (action retardée). Enfin, je souhaitais comprendre ce que fait l'infirmier de tous ces éléments réunis ; en tient-il compte ? Si oui, comment ? Développe-t-il des stratégies particulières ?

Je me posais alors cette question :

En quoi les troubles corporels du schizophrène peuvent influencer le rôle infirmier lors d'une injection de neuroleptique ?

2. Pôle théorique

2.1 Les schizophrénies

Le DSM-IV¹ décrit les troubles psychotiques ainsi : «*Perte du sens de la réalité avec idées délirantes et hallucinations*». Les schizophrénies font partie intégrante de ces troubles. Elles en sont peut-être même les pathologies les plus représentatives.

Le terme « Schizophrénie » est donné à la maladie en 1911 par le psychiatre Suisse Eugen Bleuler ; l'étymologie du mot est explicite ; c'est l'association de deux termes grecs : Skhizein qui signifie déchirer, couper, fendre et Phrên qui signifie le diaphragme, siège de l'âme en d'autres termes, la pensée.² Il s'agit donc de la pensée déchirée, fendue. Nous verrons dans ce mémoire que le corps l'est parfois aussi (cf. morcellement).

Cette maladie invalidante (classée par l'OMS* parmi les 10 maladies les plus invalidantes) touche près de un pour cent de la population mondiale, 600 000 personnes en France. L'espérance de vie est à peu-près inférieure de dix ans à celle de la population générale : 40% des personnes atteintes essaient de mettre fin à leurs jours et 10% des personnes atteintes y parviennent³. Nous voyons ici que cette pathologie est lourde de conséquences pour le patient.

Il existe plusieurs formes de schizophrénies (paranoïde, hétéroïde, catatonique, héboïdophrénique...) ; mais elles ont toutes des points communs : existence d'un syndrome délirant, d'un syndrome déficitaire et d'un syndrome dissociatif. Je les aborderai ici en mettant l'accent sur les symptômes ayant rapport au corps.

2.1.1 Rappels sur l'anosognosie

Mais il me paraît essentiel, en premier lieu, de faire un bref rappel sur l'anosognosie. Elle est une des caractéristiques majeures de la psychose. Selon l'encyclopédie Vulgaris-

1* Cf. Index des abréviations.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quatrième révision, 1994. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, classification de l'APA, Association Américaine de Psychiatrie.

2 FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITE DE POITIERS. *Psychiatrie Adulte et Psychologie Médical* [dernière mise à jour 14 septembre 2004]. Disponible sur internet : <http://senon.pagesperso-orange.fr/>

3 PR PIERRE-MICHEL LLORCA. *Encyclopédie Orphanet 2004*. [dernière mise à jour 6 février 2011]. Disponible sur internet : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

médical, l'anosognosie est «...la méconnaissance par un malade de la maladie dont il est atteint alors que celle-ci apparaît de façon évidente ». Le patient ne reconnaît pas le caractère pathologique de ces troubles. Il ne se sent, ne se sait pas malade. Le délire est pour lui la réalité ; il vit les hallucinations intensément et comme réelles. Comment, dans ces conditions administrer un médicament (qui de plus provoque beaucoup d'effets secondaires) à un patient qui ne se sait pas malade ?

2.1.2 Le syndrome délirant.

Le délire est une « *Distorsion importante de la relation de l'individu avec le monde extérieur liée à la présence d'idées ou de croyances délirantes auxquelles il adhère avec conviction, s'opposant aux faits montrés par la réalité et le sens commun.* »⁴. Le délire témoigne de la perte de contact avec la réalité. Il s'agirait selon certains psychanalystes d'un mécanisme de défense de type projection.

Le délire peut avoir plusieurs mécanismes ; les hallucinations en sont les plus caractéristiques ; elles sont fréquemment auditives ou visuelles ; mais elles peuvent également être cénesthésiques (hallucinations que le sujet perçoit à l'intérieur de son corps), tactiles (sensations) ou psychomotrices lorsqu'elles concernent une partie du corps : par exemple le patient à l'impression que quelqu'un fait fonctionner sa jambe ; il sent le mouvement, mais ne l'exécute pas. Ces hallucinations corporelles semblent fréquemment observées par les infirmiers. D'autres mécanismes participent à la construction du délire, telle l'illusion ou l'interprétation entre autres.

A ces mécanismes s'ajoutent des thèmes de délire ; parmi les plus fréquents les thèmes mystiques, mégalomaniques ou de persécution. Les thèmes hypochondriaques sont aussi très fréquents ; le patient est alors convaincu d'être atteint d'une maladie incurable, ou est centré sur les modifications d'un organe en particulier. On y retrouve les thèmes de négation d'organe : le sujet est convaincu qu'un de ces organes est mort, pourri ou changé en pierre... ; de négation de corps : le sujet est convaincu de ne plus avoir de corps ou d'être déjà mort.

2.1.3 Le syndrome autistique

Il correspond grossièrement aux symptômes déficitaires ou symptômes négatifs décrits par Nelly Andreasen (D'après l'échelle d'évaluation SANS, Scale for the assessment of negative symptoms de Nelly Andreasen fournie en annexe II). C'est ce que le patient ne fait pas ou plus, en opposition aux symptômes positifs, tel le délire, ce que le patient fait « en

⁴ QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007. P. 146.

plus ». C'est dans ce cadre que l'on observe très souvent chez les patients schizophrènes le retrait, l'isolement. Le patient peut rester seul chez lui ou dans sa chambre plusieurs jours, voir plusieurs semaines, il ne semble pas intéressé par le contact social. S'ajoute à cela l'avolition (« *Incapacité à entreprendre et à poursuivre une conduite volontariste. [...]* »⁵, des troubles de l'attention ou de la concentration et une pauvreté du discours. L'incurie est fréquente. L'accompagnement aux soins d'hygiène est un volet incontournable du métier d'infirmier en santé mentale. L'émoussement affectif est également très caractéristique de la schizophrénie. Il s'agit d'une « *Manifestation à peu près absente d'émotions et inexpressivité du visage* »⁶. (Cela ne signifie pas pour autant que la personne soit dénuée d'affects).

2.1.4 Le syndrome dissociatif

Enfin, le syndrome dissociatif est une des caractéristiques majeures de la schizophrénie. La dépersonnalisation et la discordance en sont les symptômes essentiels. Certains auteurs identifient un syndrome de dépersonnalisation dans lequel sont regroupées les hallucinations précédemment citées, les délires à thème de transformations corporelles, les angoisses de morcellement... J'ai choisi néanmoins de m'appuyer sur la définition de « dépersonnalisation » du Dictionnaire de la psychiatrie pour lequel il s'agit d'un :

Etat psychoaffectif particulier dans lequel un sujet perd le sentiment de sa propre réalité ou ressent son corps comme irréel. Cet état s'accompagne souvent d'anxiété, d'impression d'étrangeté du monde extérieur. Le patient qui souffre de ce malaise se sent différent de ce qu'il était jusque-là. Les objets qui l'entourent lui semblent étranges, comme s'il ne les reconnaissait plus. Même les personnes qui lui sont habituellement proches ont perdu pour lui tout caractère de familiarité [...] Une analyse psychopathologique permet de distinguer trois niveaux de cette dépersonnalisation : [...] le troisième, où l'unité corporelle elle-même est touchée, avec sentiment de corps disloqué ou morcelé... (POSTEL J. Dictionnaire de la psychiatrie, 2003, p. 137).

Le signe du miroir est fréquemment observé : le patient peut rester des heures devant son miroir à toucher son corps qu'il ne reconnaît pas comme sien. L'observation de ce signe peut faire évoquer à l'infirmier que le patient souffre de dépersonnalisation. Quand à la discordance, elle est souvent décrite comme la manifestation « visible » de la dissociation ; on

5 MEDICOPEDIA. Dictionnaire médical en ligne. [2006-2010]. Disponible sur internet : <<http://www.medicopedia.net/term/2337,1,xhtml>>).

6CAMH, CENTRE D'ADDICTION ET DE SANTE MENTALE. *La schizophrénie guide d'information*. [dernière mise à jour 5 janvier 2007]. Disponible sur internet : <http://www.camh.net/fr/about_addiction_mental_health/mental_health_information/schizophrenia/schizophrenia_glossary_fr.html>

peut l'observer au niveau des affects qui peuvent-être inappropriés (rires immotivés), ambivalents (des manifestations de haine et d'amour au même moment et à l'égard de la même personne), du langage (agrammatisme, néologismes, discours incohérent, illogique...), ou du comportement (maniérisme, bizarreries, refus d'une main tendu, refus du contact physique).⁷

2.2 Le corps du schizophrène

2.2.1 Que sont le schéma corporel et l'image du corps ?

Pour tenter de comprendre les troubles corporels précédemment cités, il m'a paru tout d'abord intéressant d'aborder les concepts de schéma et d'image du corps.

Plusieurs auteurs ont écrit sur ce sujet. En 1911, Henry Head sera le premier à parler de schéma corporel ou « schéma postural » ; en 1968, Schilder popularise la notion d'image du corps dans « L'image du corps », et Françoise Dolto écrit « L'image inconsciente du corps » en 1984.

J'ai retenu les définitions de Didier Anzieu pour qui :

[...] l'image du corps appartient au registre imaginaire et demande à être distinguée du schéma corporel, qui relève d'un registre sensori-moteur et intellectuel. L'image est inconsciente, sa base est affective ; le schéma corporel est préconscient, sa base est neurologique. Dans le premier cas, le corps est vécu comme le moyen premier de relation avec autrui ; dans le second cas, le corps sert d'instrument d'action dans l'espace et sur les objets » (ANZIEU D. 1980, p.59).

Le schéma corporel est ce qui va permettre d'utiliser son corps ; l'image du corps est comment on se représente son propre corps.

2.2.2 Le Moi-peau de Didier Anzieu.

C'est également Didier Anzieu qui introduit en 1974 le concept de moi-peau à partir de l'analogie suivante : « *Le moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps.* »(BIOY A. / FOUQUES D. *Manuel de psychologie du soin* 2002, p.136.). « *Selon Smirnoff, « Didier Anzieu définit le moi-peau comme une figuration qui permet à l'enfant à*

⁷ *psychoweb.dnsalias.org* [dernière mise à jour 1 août 2008]. Disponible sur internet : <http://psychoweb.dnsalias.org/index.php/post/La-Schizophrenie>

partir de ses expériences de la surface cutanée, de différencier son moi psychique de son moi corporel » » (Ibid. p.136).

Le moi-peau, tout comme la peau, assure plusieurs fonctions ; je m'attarderai ici sur trois fonctions principales :

- La fonction contenant garde à l'intérieur ce qui est « bon », et ce qui vient de l'extérieur (et qui est « bon ») ;
- La fonction de barrière : protège de ce qui pourrait venir de l'extérieur et être « mauvais » ;
- La « *Fonction de communication et d'échange entre le dedans et le dehors.* » (Ibid. p.136).

2.2.3 La position schizo-paranoïde selon Mélanie Klein.

Dans les schizophrénies, l'image du corps est « pathologique ». Le corps est vécu comme morcelé, non unifié. La personne peut alors ressentir des angoisses de morcellement. C'est la construction même du Moi qui est atteinte. Pour tenter de comprendre ces angoisses, caractéristiques de l'angoisse psychotique, je me suis référée à la notion de position schizo-paranoïde théorisée par Mélanie Klein en 1946. Cette théorie présuppose l'existence précoce d'un Moi et d'un Surmoi capables de ressentir l'angoisse (d'anéantissement par exemple).

A la naissance, le bébé fait encore un tout avec sa mère. Jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, il restera dans cette position encore appelée schizo-paranoïde. L'angoisse ressentie par le nouveau-né à cet âge est une angoisse de persécution et de morcellement. Le bébé a affaire à des morceaux d'objets, de fantasmes, de pensées. Son Moi est morcelé, fragmenté. Le Moi va prendre forme progressivement grâce aux mécanismes d'introjection et de projection. Les « bons objets » (expériences satisfaisantes, gratifiantes) seront gardés à l'intérieur, introjectés, et constitueront le Moi. Les « mauvais objets » (expériences frustrantes, déplaisantes, douloureuses...) seront projetés vers l'extérieur car vécus comme dangereux pour le Moi en construction. C'est la naissance du Surmoi archaïque maternel, dangereux et persécuteur. Le bébé, dans cette position schizo-paranoïde, va alors devoir protéger le bon objet, le Moi interne, du Surmoi externe et persécuteur. Selon les psychanalystes Kleinien, la psychose, et donc la schizophrénie, est une fixation dans cette position schizo-paranoïde qui préfigure la formation du Moi unifié, avec comme mécanisme de défense l'utilisation massive

de la projection. « *Le délire est une révélation que l'on croit venir de l'extérieur mais qui est en fait originaire de l'intérieur du sujet* ». ⁸

Ce paragraphe très synthétique (les mécanismes en jeu sont en fait bien plus complexes), tend à faire toucher du doigt l'angoisse profonde que peut ressentir le patient psychotique souffrant d'angoisse de morcellement ou d'anéantissement. C'est son Moi à peine en construction, son existence propre qui est menacée de destruction. ⁹

2.3 L'injection de neuroleptiques

2.3.1 L'infirmier et le cadre législatif

Dans le cadre de son rôle prescrit, l'infirmier a les compétences pour administrer un traitement injectable (*code de la santé publique* article R.4311-7).

Il se doit lors d'un soin technique ou relationnel de prendre en compte la personnalité du patient, « *...dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »(Ibid.), ceci afin de promouvoir sa santé physique et mentale, son autonomie ainsi que son insertion ou sa réinsertion familiale et sociale. Il se doit également, « *...de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales [...]* »(Ibid.)

Dans le cadre de son rôle propre, il a compétence pour surveiller les traitements administrés, pour aider et soutenir les patients, observer et surveiller les troubles du comportement (article R.4311-5) ainsi que plus spécifiquement pour l'infirmier en santé mentale surveiller et évaluer les « *engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient* » (article R.4311-6). C'est dans ce cadre que l'infirmier est habilité à administrer un traitement neuroleptique, à en surveiller l'efficacité et les effets secondaires, et à assurer une prise en charge globale du patient tant sur le plan somatique que psychique.

Enfin, la loi de bioéthique du 29 juillet 1994 *relative au respect du corps humain* insiste sur l'obligation de respect du corps humain, l'inviolabilité de ce dernier, tout en

⁸ Retranscription d'un exposé oral de MR LABASSE, avril 86. Écrit, complété, mis à jour par MR D. GIFFARD pour le site "Psychiatrie Infirmière" *Délire, pathologie délirante et hallucination*. Disponible sur internet : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

⁹ PASCALINE MANBOUR. Site : Aide Psy. *En savoir plus sur la position schizo-paranoïde (ou persécutive) et la position dépressive*. Disponible sur internet : http://www.aidepsy.be/en_savoir_plus_position_klein

précisant qu'il « *ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne.* » (Article 16-3 du code civil. Loi bioéthique n°94-653 du 29 juillet 1994, *relative au respect du corps humain*). L'article précise alors que des soins peuvent-être prodigués à des patients dont l'état nécessiterait ce type de prise en charge et qui ne seraient pas à même de donner leur consentement (en cas d'anosognosie).

2.3.2 Qu'est-ce qu'un neuroleptique ?

Les neuroleptiques, appelés aussi antipsychotiques, ont fait leur apparition en 1951. Ils ont permis à beaucoup de malades de « sortir » des hôpitaux psychiatriques et de réintégrer la société en diminuant les symptômes handicapants des psychoses tels le délire, les angoisses de morcellement par exemple. Ils agissent sur le taux de dopamine (élevé dans les psychoses). Ils sont dits anti dopaminergiques. Les neuroleptiques dits de nouvelle génération, appelés également atypiques, dont fait partie le Risperdal® utilisé dans la situation que j'ai décrite, sont également anti sérotoninergiques, et agissent ainsi sur les symptômes négatifs (tel le retrait), et dans une moindre mesure sur la dissociation.

On peut distinguer les neuroleptiques à action immédiate, et les neuroleptiques dits « retards », ou NAP (Neuroleptique à Action Prolongée) ; ces derniers permettent une diffusion progressive de la molécule dans l'organisme. Ils sont administrés en intramusculaire. Il s'agit le plus souvent d'une injection dans le muscle fessier, dans le quadrant supéro-externe de la fesse, ou dans le muscle deltoïde (nouveau pour le RisperdalConta®). Les produits sont souvent huileux (bien que les nouveaux neuroleptiques le soient moins), et dans ce cas peuvent provoquer des douleurs si injectés trop rapidement. Leur durée d'action varie de deux à quatre semaines. Ainsi, au bout de ce délai, leur effet diminue progressivement et le patient peut avoir des symptômes plus marqués qu'en début de traitement. Cela aura un impact au moment de l'injection suivante (réapparition de la symptomatologie).

2.3.3 Les effets secondaires des neuroleptiques

Les effets secondaires des neuroleptiques sont nombreux. Les patients se plaignent notamment de nombreux effets somatiques. Le syndrome extrapyramidal comporte des akinésies*, des tremblements, des dyskinésies*, tardives et précoces. Ces dernières peuvent apparaître après un an de traitement à faible dose, et ne plus disparaître même si le traitement

est baissé. Peuvent survenir aussi des crises dystoniques du tronc, des akathisies*, le syndrome des jambes sans repos*. Les neuroleptiques provoquent également galactorrhées*, gynécomasties*, baisse de libido, prise de poids, sédation, hypotension, bouche sèche, constipation, mydriase*, diplopie*, tachycardie, ...¹⁰

Nous voyons ainsi à quels effets secondaires plus ou moins handicapants les patients peuvent-être confrontés. De ce fait, ils sont très souvent un frein à la prise de neuroleptique.

Je me suis également intéressée à la notion de pharmakon des Grecs antiques ; le médicament peut-être à la fois remède bénéfique et poison mortel ; Hölderlin disait que « *là où croit le danger, croit aussi ce qui sauve* »¹¹. Injecter un médicament à un malade n'est pas un acte anodin. Les neuroleptiques peuvent apaiser des situations de grande souffrance ; ils peuvent également être lourds de conséquences (les effets secondaires).

2.4 Hypothèse sur ce que peut représenter une injection intramusculaire pour un schizophrène

Rappelons-nous le Moi-peau de Didier Anzieu¹² abordé dans le chapitre précédent : Dans sa fonction contenante, la peau garde à l'intérieur ce qui est bon ; lors d'une injection, on fait pénétrer un élément du dehors, lors d'une ponction, on retire ce qui est dedans. L'injection et la ponction sont-ils ressentis différemment par le patient schizophrène ? Lors d'une ponction, le psychotique peut avoir la sensation qu'on lui retire une partie de lui-même. Lors d'une injection, on franchit sa barrière protectrice, on lui injecte quelque chose du dehors (ce « quelque chose » provenant de l'extérieur est-il « bon » ?), peuvent s'ajouter à cela les notions de persécution ou à minima de méfiance (cf. délire à thème de persécution).

Néanmoins, j'ai souvenir d'un infirmier travaillant en psychiatrie qui me racontait qu'un des patients du service attendait l'injection intramusculaire qui lui faisait du bien ; en effet, cette personne avait la sensation d'être remplie de gaz et l'injection permettait l'évacuation de celui-ci.

10* Cf. lexique en annexe I.

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE *Chapitre 15 - Neurologie – Psychiatrie*. Disponible sur internet :

<<http://www.chups.jussieu.fr/polys/pharmaco/poly/POLY.Chp.15.7.3.html>>

11 ART INDUSTRIALIS. *Pharmakon*. Disponible sur internet :

<<http://arsindustrialis.org/pharmakon>>

12 ANZIEU D. *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 1995. 276 p. Collection Psychismes.

S'ajoute à cela la technique d'administration de l'injection qui se pratique la plupart du temps dans la fesse. Je me suis demandé quelle incidence ceci pouvait avoir sur ces patients. Le choix de ce site d'injection implique la plupart du temps une position allongée sur le ventre. Ainsi installé, le patient ne peut voir le soignant. Cela majore-t-il l'angoisse d'un patient se sentant déjà persécuté ? Qu'en est-il de cette position lorsque le patient est atteint d'hallucinations cénesthésiques à caractères sexuels qu'il vit comme des viols ? C'est une position qui touche aussi à la pudeur ; qu'en est-il de la pudeur du schizophrène ?

Comme je l'ai cité précédemment, un nouveau site d'injection est dorénavant proposé aux patients et aux soignants pour le Risperdal consta^{®13} ; il s'agit du muscle deltoïde. La possibilité de proposer au patient le choix du site peut-il être un atout pour l'alliance thérapeutique ? Ce site sera-t-il préféré à l'injection dans la fesse par les patients ? Pour quelles raisons ?

N'ayant pas trouvé de réponses à mes questions dans mes recherches théoriques, l'enquête sur le terrain allait me permettre d'approfondir certaines réflexions.

13 GONGUET B. «Quand l'injection fait lien ». *Santé mentale*, Février 2011, n°155, pp. 10-13.

3. Pôle empirique

3.1 *Choix de l'outil d'enquête*

Plusieurs objectifs m'ont guidée lors de cette enquête.

Afin d'avoir des informations sur le travail infirmier sur le terrain, j'ai tout d'abord ciblé la population infirmière en service de psychiatrie.

Dans un second temps, j'ai choisi de faire des entretiens semi-directifs. L'objectif était d'explorer certaines questions en particulier, tout en laissant une porte ouverte à de nouvelles hypothèses auxquelles je n'aurai pas pensé.

Enfin, je souhaitais savoir s'il existait des différences dans la prise en charge de patients schizophrènes en phase aiguë de la maladie et des patients stabilisés, ainsi qu'en intra et extra hospitalier. Mon choix s'est donc porté sur des services de psychiatrie allant des soins intensifs au CMP, en passant par un pavillon d'admission et un hôpital de jour.

J'ai donc réalisé 4 entretiens semi-directifs (dont un avec deux soignants) à partir d'une grille d'entretien jointe en annexe III.

L'objectif de la première question était de cibler la population enquêtée : âge, sexe, fonction, années d'expérience en psychiatrie, dans quels types de services.

La deuxième question avait pour objectif d'étudier comment se manifeste « le corps du schizophrène » sur le terrain. Qu'observent les soignants ? Qu'est-ce qui est le plus fréquent ? Existe-t-il des signes « discrets » auxquels ils prêtent attention ? De quels effets secondaires se plaignent les patients ?

La troisième question me permettait d'explorer comment les infirmiers abordent l'injection intramusculaire auprès d'un patient schizophrène atteint de troubles corporels. Ont-ils des difficultés ? Au contraire est-ce un soin « facile » ? Mettent-ils des stratégies particulières en place et si oui, lesquelles ?

Enfin, j'ai hésité avant de laisser à la quatrième question une place à part entière dans le questionnaire. En effet, je me disais que cette question concernant l'injection intramusculaire dans le muscle deltoïde pouvait simplement être abordée lors d'une relance. Mais réflexion faite, je l'ai gardée telle quelle car elle me permettait de laisser une place à part

entière à plusieurs thèmes très importants pour mon enquête : tout d'abord je voulais comprendre si le site d'injection pouvait avoir une influence sur ce soin (position du soignant par rapport au patient, position du patient lui-même) ; elle me permettait aussi d'avoir des informations sur la pudeur, sur la douleur.

3.2 Résultats de l'enquête

L'échantillon enquêté se compose de 5 infirmiers ayant de dix à 30 ans d'expérience en psychiatrie. Deux d'entre eux sont Infirmiers de Secteur Psychiatrique. Il y a quatre femmes pour un homme. En hôpital de jour, deux infirmiers ont souhaité répondre ensemble à mes questions. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes, plus d'une heure pour l'entretien double (Tableau récapitulatif joint en annexe IV).

3.2.1 L'importance du contexte

En premier lieu, les soignants me précisent tous que le contexte est aidant lors de ce soin. En effet, soit le patient est « en crise » et il faut l'apaiser rapidement (cf. loi de bioéthique concernant les soins sous contrainte p. 11) ; dans ce cas, il convient d'agir vite et le soignant ne tient pas forcément compte des signes corporels que pourrait donner à voir le patient. De plus, le délire étant le plus souvent très envahissant, c'est lui qui est le plus « bruyant » et qui peut immédiatement poser problème.

Soit le patient n'est pas en crise et a déjà un traitement à action prolongé, et dans ce cas, il est « habitué » à l'injection. Trois soignants ont parlé d'« habitude », deux de « rituel ». Ce que j'ai moi-même observé lors d'un récent stage où le patient me disait qu'il était « habitué » à ce soin. Je sais que pour le névrosé le rituel a une fonction de défense contre l'angoisse¹⁴. Qu'en est-il du rituel chez le psychotique ? A-t-il la même fonction ? Serait-il « contenant » ? La question reste dans ce mémoire sans réponse et nécessiterait des recherches plus poussées.

Enfin, une troisième situation concerne les patients pour qui il s'agit de la première injection de neuroleptique à action prolongée ; dans ce cas me précise une infirmière de CMP,

¹⁴*Névrose obsessionnelle et obsessions*. Transcription de l'intervention orale de MR BON en mai 86. Écrit et mis en forme par MR DOMINIQUE GIFFARD pour le site "Psychiatrie Infirmière". Disponible sur internet : <<http://psychiatrieinfirmerie.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/pathologie/nevrose-obsessionnelle.htm>>.

le médecin fait une « *grosse partie du travail* » ; en effet, il prépare le patient, lui donne le maximum d'explications et répond à ses premières questions ; et avant tout, il « choisit » la personne prête à recevoir ce type de soin. J'en comprends que le médecin ne prescrira pas ce type de thérapeutique à un patient qui aurait des troubles corporels tels que recevoir l'injection lui serait insupportable.

Bien que le contexte aide à l'acceptation du soin, les soignants ont remarqué des caractéristiques du schizophrène qu'il convient de prendre en compte afin de faciliter le ressenti des patients.

3.2.2 La pudeur

La particularité la plus marquante résultant de l'enquête vient compléter mon pôle théorique. En effet, je n'avais pas d'élément sur la pudeur. Une pudeur atténuée semble commune à beaucoup de patients schizophrènes. Les cinq infirmiers ont en effet constaté que les patients ne montraient aucune gêne à baisser leur pantalon lors de l'injection, mais de plus qu'ils restaient « volontiers » avec le pantalon baissé, plusieurs minutes avant le soin. Fait que j'ai également constaté récemment lors d'un stage en Service de Soins de Suite et Réadaptation. Cette impudeur, une infirmière de CMP l'explique très simplement : « Pas d'affect, pas de pudeur ». Elle fait ici allusion à l'un des symptômes du syndrome autistique : l'émoussement affectif. De même, les soignants ont évoqué « l'excentricité » du schizophrène. Il me semble qu'en fait ces patients ne semblent pas autant préoccupés que nous par les normes sociales. A ce propos, un infirmier d'hôpital de jour a ajouté que lors des ateliers théâtres, ces patients ne semblaient troublés ni par le trac, ni par certains costumes dont ils étaient parfois « affublés » et que les soignants eux-mêmes rechignaient à porter !

Par contre, à deux reprises, c'est l'infirmier lui-même qui a exprimé une gêne face à cette impudeur. Ce qui, je dois bien l'avouer est mon cas aussi. Nous restons professionnels lorsque nous arrivons à passer au-delà de cette gêne pour assurer le soin.

3.2.3 Le rôle des vêtements

Une autre des caractéristiques du patient atteint de schizophrénie est la superposition de couches de vêtements, souvent en inadéquation avec le climat ou la température : blouson et bonnet en été, superposition de plusieurs T-shirts... Les soignants l'expliquent par un besoin de contenance ; comme si les vêtements servaient à contenir physiquement ce corps souvent morcelé. Le morcellement, l'absence de « limites » corporelles et le signe du miroir

(signe de dépersonnalisation) ont d'ailleurs été cités par la moitié des personnes interrogées. La superposition de vêtements serait-elle une sorte « d'auto thérapie » ? Cela nous renvoie à la fonction contenante de la peau de Didier Anzieu, elle contient les organes, elle contient également le psychisme lorsque cette fonction n'est pas « défectueuse » (le « Moi-peau » p. 9). Elle a également pour fonction de protéger de ce qui est « mauvais » et qui vient de l'extérieur. Trois soignants dont deux de services hospitaliers ont noté à ce sujet une grande difficulté pour ces patients à se dévêtir ; ceci est apparemment d'autant plus prégnant en service de soins intensifs psychiatriques. Un soignant n'a pas hésité à ce sujet à parler de « *deuil* » des vêtements ; un autre avait noté l'importance que certains patients donnaient à leurs propres odeurs corporelles ; il évoquait la possibilité que la personne avait du mal à quitter ces vêtements imprégnés de son odeur (l'odeur serait-elle elle-même contenante ?). Le vêtement comme une autre peau en quelques sortes.

C'est dans ce rapport aux vêtements que ce situerait une particularité de pratiquer une injection intramusculaire chez un patient atteint de schizophrénie. Parfois l'infirmier(e) va être attentif(ve) à ne pas trop dévoiler la partie du corps nécessaire à l'injection et la pratiquer « *rapidement* ».

Nous constatons ici quelque chose qui peut sembler paradoxal : impudeur et difficulté à se dévêtir. J'émet l'hypothèse que les vêtements n'ont pas la même signification que pour nous ; ils semblent plus être contenant que des attributs servant à cacher certaines parties du corps. Une fois ce besoin de contenance atténué (par la confiance soignant-soigné, par la stabilisation de la pathologie et des signes associés), les vêtements perdent une grosse partie de leur fonction (régie par les normes sociales).

3.2.4 L'incurie

En fait, il apparaît qu'en service hospitalier la mise en tenue de nuit ou la toilette peuvent s'avérer plus difficiles qu'une injection. La toilette peut-être d'autant plus difficile que, comme le précise l'infirmière de service de soins intensifs, alors que l'injection de neuroleptique est un geste « *relativement facile* » à faire accepter car il a pour but d'apaiser le patient, elle trouvait beaucoup plus compliqué d'expliquer le bien fondé d'une toilette à des patients qui ne se sentent pas toujours concernés par les normes sociales, celles qui concernent la vie en collectivité. D'ailleurs, dans l'hypothèse ou je me propose de comparer le vêtement à la peau, comment imaginer enlever cette peau pour se doucher ? Quelle angoisse insoutenable

cela doit provoquer ! Et comment expliquer à une personne qui parfois ne reconnaît pas son propre corps (cf. la dépersonnalisation et la position schizo-paranoïde), qu'il convient d'en prendre soin ?

Nous retrouvons à ce sujet l'incurie évoquée dans le pôle théorique. Elle est fréquemment observée en CMP et hôpital de jour. L'incurie est plus « visible » dans ces services car les patients vivent chez eux, et ne sont donc pas « contraints » de s'occuper de leur hygiène. L'infirmier d'hôpital de jour a d'ailleurs précisé qu'un des patients venait se doucher chez eux (encouragé par son père), car il était incapable de le faire chez lui ; ce patient n'utilisait d'ailleurs pas de savon ; celui-ci masquait-il ses odeurs corporelles, très importantes pour lui ?

3.2.5 Le délire

Dans le pôle théorique, il m'a été difficile de déterminer quels signes corporels étaient issus de troubles de l'image du corps ou issus du délire. C'est une difficulté que semblent avoir les soignants ; il me semble que dans la schizophrénie, l'image du corps, le délire, la dissociation, le repli, la plainte somatique, tout est mélangé. Finalement, il me paraît bien difficile de ranger chaque signe, chaque symptôme dans des catégories. Nous avons souvent besoin de catégoriser afin de mieux comprendre ce qui nous est abstrait ; comment appréhender ce que ressent un psychotique ? Peut-on seulement l'imaginer ?

3.2.6 La douleur et l'anxiété

A ce propos, je n'ai pas d'information très précises quant au ressenti du patient lors de l'injection. Toutefois, les soignants ont évoqué des stratégies mises en place afin de rassurer le patient, j'en déduis que l'anxiété peut-être présente. « *Favoriser la détente avant l'injection* », « *aller vite* », « *ne pas le laisser en attente* », (« *seul face à ses angoisses* » comme me l'avait dit l'infirmière du CMP dans ma situation de départ), sont les termes qui ont été évoqués à ce sujet. J'ai constaté lors de mes différents stages que l'anxiété lors d'une injection est une réaction commune à beaucoup de patients, psychotiques ou non. Cette anxiété est-elle plus forte chez une personne atteinte de schizophrénie ? Ici, l'infirmier(e) semble y être particulièrement attentif(ve). Je l'explique par le fait que ces personnes ont un comportement émotif particulier qui peut mettre le soignant en difficulté : ambivalence, affects inappropriés... Il convient alors de tenir compte de cette particularité et de prendre en charge une potentielle anxiété afin d'éviter au patient une décharge émotionnelle qu'il aurait du mal à

gérer. Cependant, je n'ai pas eu plus de précision sur la cause de cette anxiété. La peur de la douleur ? À ce sujet, les trois-quarts des soignants notent un rapport particulier à la douleur. Ils évoquent l'insensibilité au chaud et au froid, (ce qui contribue d'autant plus à la superposition de vêtements même en été), l'absence de douleur (lors d'une brûlure par exemple), ou la difficulté d'évaluation de la douleur. Une des infirmières est d'ailleurs membre du Comité de Lutte Contre la Douleur et travaille sur une grille d'évaluation de la douleur en psychiatrie.

3.2.7 Le Pharmakon

Un autre élément entrant en compte dans la réalisation de l'injection intramusculaire de neuroleptique a été relaté lors des entretiens. Cet élément peut-être facilitant ou problématique. Il s'agit de la connaissance du produit par le patient. Ceci peut-être une aide car le patient sait que les neuroleptiques ont pour fonction d'apaiser des symptômes envahissants. Les soignants constatent fréquemment la demande du « si besoin » par le patient lui-même lorsqu'il se sent très « *envahi* ». Les soignants ont parlé à ce propos d'injection de neuroleptique qui devient contenante ; s'est également posé la question de la part du rituel. Mais il y a le « revers de la médaille », et je fais référence ici à la notion de Pharmakon citée dans le pôle théorique (page 12). Certains patients appréhendent ces effets secondaires ; nous devons alors être attentif à leur apparition, à leur tolérance, et à l'impact que cela peut avoir sur l'acceptation de l'injection (*code de la santé publique*, article R.4311-5, page 10). Les effets secondaires dont se plaignent le plus souvent les patients sont la prise de poids (posant plus problème aux femmes), la baisse de libido (posant plus problème aux hommes), et la fatigue après l'injection. A ce sujet, je trouve assez paradoxal le fait de ne pas se soucier de son corps, mais de se préoccuper de son poids. Peut-être qu'il ne s'agit pas des mêmes personnes, ou du même stade de la maladie.

3.2.8 La ponction

Mais si l'injection ne semble pas poser d'importantes difficultés aux patients, il semble par contre que les ponctions sanguines puissent-être très mal vécues. La symbolique du sang, le fait que le patient voit le geste peuvent fréquemment s'ajouter à un délire de persécution ou à des hallucinations corporelles déjà présents (impression qu'on lui enlève une partie de son corps par exemple) ; à tel point qu'il arrive souvent dans les services de soins intensifs que ce soin soit reporté. Contrairement à ce je pensais, lors d'une injection intramusculaire dans la

fesse, le fait que le patient ne voit pas le geste ne semble pas être une gêne (en accentuant un délire de persécution...). Au contraire, ainsi il ne voit pas l'aiguille. (Il est vrai comme me l'a rappelé une des infirmières, que les patients en général, même non psychotiques, n'aiment pas forcément regarder ce geste). Je suppose toutefois que le patient doit avoir confiance dans le soignant ; ce qui expliquerait d'ailleurs qu'un patient du CMP avait refusé que moi-même, étudiante infirmière qu'il n'avait de plus jamais vue, lui fasse l'injection. Le fait que le patient demande que l'injection soit faite par un soignant en particulier a d'ailleurs été relaté dans la moitié des entretiens ; homme ou femme, ceci ne semble pas être forcément un critère de « sélection » ; l'habitude là encore ? Ou la confiance ?

3.2.9 La difficulté des soignants

Enfin, un élément que je n'avais pas soupçonné s'est révélé lors des entretiens ; il concerne la moitié des soignants interrogés. Il s'agit de la difficulté des soignants eux-mêmes face à l'injection de neuroleptique. Je l'ai évoquée brièvement dans la partie sur la pudeur. La difficulté vient également de la « *taille de l'aiguille* » et du geste en lui-même qui est « *sec* ». Une des infirmières a parlé à ce sujet d'acte « *barbare* ». Une autre, ayant pourtant 30 ans d'expérience, n'aimait pas non plus faire ce soin, également à cause de la taille de l'aiguille, mais aussi car elle était en difficulté face aux conséquences de l'injection de neuroleptiques : les effets secondaires, l'entrée dans une maladie chronique souvent très invalidante (cas de la première injection). Cependant, trois des soignants ne pensent pas que l'injection intramusculaire dans le muscle deltoïde soit une « aide » pour le soignant. En effet, ils se sentent d'autant plus « en difficulté » face à la taille de l'aiguille en rapport avec celle du muscle deltoïde ; ils parlent d'acte « *risqué* », qui n'apporterait rien au patient, si ce n'est la possibilité d'un site d'injection de plus. Même un avantage avancé par les laboratoires vendant le produit et le présentant comme pouvant-être mieux accepté car assimilé à une vaccination n'est pas accepté par les soignants, qui précisent que les patients connaissent le produit, savent et doivent savoir à quoi il sert.

3.3 Synthèse de l'analyse et formulation de la question de recherche.

Je constate que je ne suis pas la seule à trouver ce soin « difficile ». L'infirmier n'est pas une « machine » et lui aussi peut-être en difficulté face à la taille d'une aiguille, face à un produit qui n'est jamais anodin, face à l'impudeur... cependant, il fait le soin, et ceci dans les meilleures conditions possibles. C'est en cela qu'il est « professionnel ». Ce soin semble être vécu d'une manière particulière par le schizophrène et les manifestations corporelles sont caractéristiques et très présentes. Contrairement à mon hypothèse de départ, ce n'est pas la « piqûre » en elle-même qui en est la cause, mais d'autres éléments. Le rôle des vêtements me semble prédominant. Cette autre peau semble contenir le corps et le psychisme. Le « Moi-peau » prend pour moi tout son sens. Il conviendra au soignant lors de ce soin d'y prêter une attention toute particulière (prêter attention à l'incurie), mais également de tenir compte d'une douleur difficile à évaluer, du délire, de ce que représentent les neuroleptiques, pour le patient et pour le soignant, en matière d'efficacité mais également d'effets délétères pour le corps. Enfin le contexte dans lequel le soin est prodigué est un élément essentiel qui va modifier la façon de faire du soignant. Le soignant se devra (et je me devrai) alors de déceler où en est le patient de sa pathologie ? Quelle connaissance il a du soin et de l'effet du traitement ? En est-il à sa première injection ou y est-il « habitué » ? Et où en suis-je moi ? Suis-je à l'aise avec cet acte ? Suis-je capable d'être professionnelle et de ne pas transmettre au patient mes éventuelles inquiétudes ? Suis-je capable de le rassurer ? Ai-je assez de connaissances pour lui expliquer le but du soin ? En un mot, suis-je capable de donner du sens au soin ?

Il y a plusieurs questions qui restent en suspens et que j'aimerais explorer davantage : la douleur et la psychose, le rôle du rituel pour les psychotiques, l'influence du délire sur les soins infirmiers... mais celle qui retient mon attention est issue de la fonction des vêtements pour le schizophrène : la fonction contenante. J'ai évoqué les vêtements « contenant », l'injection « contenante », l'odeur « contenante ». Qu'en est-il de l'infirmier « contenant » ? En quoi l'infirmier peut-il se substituer à la fonction contenante des vêtements ? D'où ma question de recherche :

En quoi l'infirmier peut-il être contenant face au patient atteint de schizophrénie ?

Conclusion finale

J'ai tenté dans ce mémoire de comprendre en quoi les troubles corporels du schizophrène pouvaient influencer le rôle infirmier lors d'une injection de neuroleptique. Ce que je dégage de ce travail, outre un grand plaisir à l'avoir élaboré, c'est que la schizophrénie, qui me paraissait énigmatique au départ du travail, le reste en grande partie ! Ce travail ne m'a pas permis de comprendre précisément ce que pouvait ressentir un patient atteint de schizophrénie, comment il « vit » son corps, même si je l'ai tout de même « touché du doigt ». Il aurait été intéressant d'avoir l'avis des patients eux-mêmes, mais je pense qu'il faut avoir une certaine expérience de ce type d'entretien afin de ne pas mettre les personnes en difficulté. Il m'est encore difficile d'identifier les émotions que ressentent ces patients. Cependant, ce travail de fin d'étude m'a permis d'avoir une idée plus précise du travail de l'infirmier lors d'une injection de neuroleptique et je me sens à même d'y mettre « du sens ». Au travers de ce travail, c'est le métier d'infirmier que j'ai exploré. J'ai maintenant l'impression d'avoir pris conscience de ce que me répétaient les formateurs tout au long de la scolarité : Le geste en lui-même n'est pas tout. Il faut donner du sens au soin. Et c'est là tout l'intérêt que je porte à ce métier. Je n'aime pas spécialement « piquer ». Mais l'exemple de l'injection de neuroleptique chez un patient atteint de schizophrénie montre bien que le « geste » n'est qu'une petite partie du travail infirmier. Ce qui fait l'essence même du métier, ce sont les connaissances que mobilise le professionnel, ses qualités d'observation, de pédagogie, sa patience ainsi que ses capacités d'analyse. Ceci ajouté à la dextérité et à son professionnalisme, qui le poussent à surmonter ses propres appréhensions dans l'intérêt du patient, tout ceci représente pour moi le métier d'infirmier.

ANNEXES

ANNEXE I

LEXIQUE

Par ordre d'apparition dans le texte

Pudeur

p. 1, 13, 15, 16, 17, 20, 21

« [...] 2. *Sentiment de gêne à se montrer nu.* [...] ». (LE ROBERT MICRO. Paris : Le robert, 2006, p. 1078).

Akinésies

p. 12

« [...] *se traduit par la rareté du geste, la difficulté de la mise en route, la perte du balancement des bras au cours de la marche et qui, pour une grande part est à l'origine de l'amimie et de la rareté du clignement palpébral* » (POSTEL J. *Dictionnaire de la psychiatrie*, 2003, p. 10.)

Dyskinésies

p. 12

« *Mouvement anormal involontaire d'amplitude variable, plus ou moins régulier dans sa fréquence et son rythme, soit localisé à une région (par exemple bucco-linguo-faciale) soit diffus, touchant alors l'ensemble corporel.* » (POSTEL J. *Dictionnaire de la psychiatrie*, 2003, p. 161.)

Akathisies

p. 12

« *Difficulté à rester assis et nécessité compulsive de se déplacer.* [...] » (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 17.)

Syndrome des jambes sans repos

p. 12

« *Mouvements anormaux nocturnes constitués par des « impatiences » obligeant le sujet à mouvoir les membres inférieurs [...]* ». (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 270.)

Galactorrhées**p. 12**

« *Sécrétion abondante ou excessive de lait, survenant éventuellement en dehors de la lactation* ». (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 212.)

Gynécomasties**p. 12**

« *Hypertrophie des glandes mammaires chez l'homme* ». (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 225.)

Mydriase**p. 12**

« *Dilatation de la pupille, qui peut être physiologique, pathologique ou médicamenteuse.* » (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 319.)

Diplopie**p. 12**

« *Trouble de la vision dans lequel le sujet perçoit deux images d'un seul et même objet. [...]* (QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical*. Paris : Masson, 2007, p. 158.)

ANNEXE II

II

II

ANNEXE III

GRILLE D'ENTRETIEN

Le corps du schizophrène et l'injection de neuroleptique

1. **Pouvez-vous vous présenter ?**
2. **Pouvez-vous me parler des signes corporels que vous observez lors de la prise en charge d'un patient atteint de schizophrénie ?**
3. **Comment abordez-vous la problématique de l'injection intramusculaire de neuroleptique lors de la prise en charge d'un patient schizophrène présentant des troubles de l'image du corps ?**
4. **Il existe dorénavant la possibilité d'injecter un neuroleptique retard dans le muscle deltoïde. Qu'en pensez-vous ?**
5. **Avez-vu quelque chose à ajouter ?**

III ANNEXE IV

TABLEAU RECAPITULATIF

POPULATION ENQUETEE

	Age	Pavillon	Dans le service depuis	Diplôme	Date d'obtention du diplôme	Expériences IDE
Infirmière A	41 ans	USIP	?	IDE	10 ans	Clinique privée : pavillon ouvert / sismothérapie Hôpital public : Urgences psychiatriques / Pavillon ouvert
Infirmière B	?	UAPA	4 ans	IDE	11 ans	Somatique : 3 mois UPG 6 ans Actuellement membre du CLUD
Infirmière C	?	CMP	2 ou 3 ans	ISP	29 ans	Urgences psychiatriques 10 ans HDJP 18 ans
Infirmière D	33 ans	HDJP	2 ans	IDE	10 ans	Somatique 5 ans UAPA / MAS
Infirmier E	56 ans	HDJP	9 ans	ISP	20 ans	Soins Intensifs en Psychiatrie : 10 ans

Index des abréviations :

USIP	Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie
UAPB	Unité d'Admission Psychiatrique secteur B
CMP	Centre Médico Psychologique
HDJP	Hôpital de Jour Psychiatrique
UPG	Unité de Psycho Gériatrie
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur

BIBLIOGRAPHIE

Schizophrénie et symptômes

Les documents électroniques

SAMYN-BAZIN I. Site : Actualités en psychopathologie. *Psychoses schizophréniques*. [Dernière mise à jour 13 décembre 2010]. Disponible sur internet : <http://isabellesamyn.e-monsite.com/rubrique,schizophrenie,1012362.html>

DR FOUCHER J. R. *Le patient psychotique au cœur de la recherche*. [Date de création décembre 2007, dernière mise à jour janvier 2008]. Disponible sur internet : http://www.c-e-p.eu/Article_Recherche.html#Top

PR LLORCA P.M. Site : Encyclopédie Orphanet. *La schizophrénie*. [Date de création Janvier 2004]. Disponible sur internet : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

DR ROCHE P. *Schizophrénies*. Disponible sur internet : <http://schizophrenies.fr/PDF/SCHIZOPHRENIES.pdf>

PR BACQUE-GUILLOU M.F. *Cours De psychopathologie En master Ière année De Psychologie Clinique et Psychopathologie. Les délires.* [Date de création 2 Octobre 2008]. Disponible sur internet :

<http://psycho-educ.u-strasbg.fr/documentation/MFBacque/Cours_pathoM1.pdf>

PR SIEGFRIED PERETTI C. Site : Recherches en psychanalyse. *La schizophrénie, pathologie de la conscience ?* [Mis en ligne le 1 Juin 2009]. Disponible sur internet :

<<http://recherchespsychanalyse.revues.org/index391.html#tocto2n2>>

GRIMAUT S. *La schizophrénie au féminin, approche historique, conceptuelle et pratique.* Thèse de doctorat en médecine, spécialité psychiatrie : Université d'Angers, 2007. Disponible sur internet :

<http://www.med.univ-angers.fr/discipline/psychiatrie_adulte/theses/thesegrimault2007.pdf>

DR DUBUC M. Site : Site Internet d'Enseignement de la Faculté de Médecine de Grenoble. *Schizophrénies.* [Mai 2003]. Disponible sur internet :

<<http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/psy/psyadulte/278a/lecon278a.htm#>>

DR DESCLIN J. Site : Mens sana. *La schizophrénie.* [Date de création Février 2001.] Disponible sur internet :

<http://www.mens-sana.be/schizof/notes/sc_557not.htm>

CAMH, CENTRE D'ADDICTION ET DE SANTE MENTALE. *La schizophrénie guide d'information.* [Dernière mise à jour 5 janvier 2007]. Disponible sur internet :

<http://www.camh.net/fr/about_addiction_mental_health/mental_health_information/schizophrenia/schizophrenia_glossary_fr.html>

BARIL D. Site : Université de Montréal I.forum. *La schizophrénie au tomodesitométr.* Édition du 18 avril 2005, volume 39, numéro 28. Disponible sur internet :

<<http://www.iforum.umontreal.ca/Forum/ArchivesForum/2004-2005/050418/article4659.htm>>

PSYCHOWEB. *La schizophrénie.* Disponible sur internet :

<<http://psychoweb.dnsalias.org/index.php/post/La-Schizophrenie>>

DEROUESNE C. Université Paris VI, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière. *Le concept d'apathie : intérêt et limites. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*. Volume 2, Numéro 1, 19-28, Mars 2004, Revue thématique : Motivation et sujet âgé. Disponible sur internet :

<<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/pnv/e-docs/00/03/FF/93/article.phtml>>

INFOSEXOWEB. *Schizophrénie et sexualité*. [Date de création 09/19/2006.] Disponible sur internet :

<http://www.blaf.ntic.qc.ca/phpwebsite/index.php?module=pagemaster&PAGE_user_op=view_page&PAGE_id=15>

DR Q. DO CUENOD K., DR SCI NAT, PD & MER. CEPUSPP Centre d'enseignement postuniversitaire pour la spécialisation en psychiatrie et psychothérapie Neurobiologie de la schizophrénie. Année académique 2008-2009. 4ème année : *cours N° 4 Psychiatrie et neurosciences*.

Disponible sur internet :

<http://www.schizophrenies.fr/PDF/dpc_pdfcepuspp_an4no4_do.pdf>

DICOPSY. *Le signe du miroir*. Disponible sur internet :

<<http://dicopsy.free.fr/PATHO/m1.html#Miroir>>

FLORENT K., FLORENT L. Site : Passerelles EJE (Educateurs Jeunes Enfants). *Stade du miroir*. [Date de création Mai 2005.] Disponible sur internet :

<http://www.passerelles-eje.info/glossaire/definition_11_stade+miroir.html>

PIROT S. Site : Neuropsychiatrie. Fr. Tendances et Débats 2004 ; 23 : 43-49 : *Neurobiologie de la perception des émotions : implication dans les troubles psychiatriques (2)*. Disponible sur internet :

<http://www.neuropsychiatrie.fr/extranet/upload/article/729982140_43-49%20Neurobiologie%20de%20la%20perception%20des%20%C3%A9motions.pdf>

« **Folie et soins somatiques** » (Dossier *Santé mentale*, Septembre 2004)

Les revues

JENOUDET L.P. Les psychotiques n'ont pas de cancer... *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 22-28.

CORNET M. A propos des interactions médicamenteuses... *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 36-40

GUY J.L. un protocole de co-thérapie. *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 45-47

CABARET W. Je ne suis pas malade, vous êtes des menteurs ! *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 48-51

BUHL C., CORRUBLE E., HARDY P. Refus de soins somatiques et pathologie mentale. *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 59-63

Image du corps

Les revues

CHALTIEL P. Corps signalant et corps parlant. *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 41-44

FRIARD D., JERDEL V. Corps objet, corps sujet. *Santé mentale*, Septembre 2004, n°90, pp. 52-58

FRIARD D. Image du corps et schéma corporel. *Santé mentale*, Avril 2007, n°117, pp. 29.

PLANCKAERT J. Le packing, une plongée dans l'intime. *Santé mentale*, Février 2009, n°135, pp. 62-67.

Les ouvrages

BIOY A. / FOUQUES D. *Manuel de psychologie du soin* 2002, p.136.

ANZIEU D. 1980, p.59.

ANZIEU D. *Le Moi-Peau*. Paris : Dunod, 1995. 276 p. Collection Psychismes.

Les documents électroniques

M. ROUILLER. *L'image du corps et la psychose*. Disponible sur internet :
<<http://araps.free.fr/CONFERENCES/image%20du%20corps%20et%20psychose.pdf>>

PSYCHOPOIT. Université de Poitiers. *Cours aux étudiants master I de Psychologie Clinique et Pathologique. Psychopathologie de l'image du corps*. Disponible sur internet :
< http://psychopoit.pagesperso-orange.fr/psycho_corps.html>

PASCALINE MANBOUR. Site : Aide Psy. *En savoir plus sur la position schizo-paranoïde (ou persécutive) et la position dépressive*. Disponible sur internet :
<http://www.aidepsy.be/en_savoir_plus_position_klein>

FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITE DE POITIERS. *Psychiatrie Adulte et Psychologie Médical* [dernière mise à jour 14 septembre 2004]. Disponible sur internet :
<<http://senon.pagesperso-orange.fr/>>

FRANCEUNIVERSITE ANTIDEPRESSEURS:GROUPE D'ETUDES. *Échelles d'évaluation de la psychopathologie*. Document de travail présenté au cours d'un séminaire de formation du FUAG à Lyon, le 12 mars 1999. **Disponible sur internet :**
<<http://www.fuag.org/pageprin1.htm#4.3.3.%20Evaluation%20des%20effets%20ind%C3%A9sirables>>

Douleur et santé mentale

Les revues

SERRA E. La douleur est-elle un problème de santé mentale ? *Santé mentale*, Juin 2005, n°99, pp. 30-35.

SERRA E., DE BONVILLE P., ALLIBE E. Douleur : évaluation et traitements. *Santé mentale*, Juin 2005, n°99, pp. 36-40.

GONGUET B. Frida Kahlo, la douleur en toile de fond, *Santé mentale*, Juin 2005, n°99, pp. 41.

SARAVANE D., CHOPINEAU S. Douleur en santé mentale : difficultés diagnostiques et thérapeutiques. *Santé mentale*, Juin 2005, n°99, pp. 42-47.

DR TIRAVY-SILBER J., DR FAURIE V., DR LESIEUR P., EQUIPE INFIRMIERE CENTRE MEDICAL ET PEDAGOGIQUE JACQUES ARNAUD SERVICE TRANSDISCIPLINAIRE. Sarah, « assiégée » par ses douleurs. *Santé mentale*, Juin 2005, n°99, pp. 62-65.

FERRAGUT E. Hallucinations douloureuses et défaillance des enveloppes. *Santé mentale*, Février 2009, n°135, pp. 58-61.

Les documents électroniques

DR GRANDMOUGIN T. Pharmacologie des psychotropes et douleurs. Disponible sur internet :

<http://www.samu.asso.nc/Cours_douleur/Seminaire_4/PSYCHOTROPES%20%20et%20%20DOULEURS.htm#_Toc21189857>

Injections de neuroleptiques

Les revues

KAPSAMBELIS V. L'heure de la rencontre. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 32-35.

HENSGEN E., LASCAR PH. Quelles représentations induites par les NAP. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 36-40.

KERRIEN M. La main, véhicule de la pensée. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 41-44.

CASTAGNA M. « Je viens pour ma pique... ». *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 45.

MENARD S. DE BEAUCHAMPS I. Les NAP, une forme galénique particulière. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 46-48.

JOSEPH L. Ce que les soignants déposent. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 50-55.

FROBERT A. la clinique du social. *Santé mentale*, Mars 2003, n°76, pp. 56-59.

GONGUET B. Quand l'injection fait lien. *Santé mentale*, Février 2011, n°155, pp. 10-13.

Les documents électroniques

JOSEPH L. Site : *Soin Etude et Recherche en PSYchiatry*. Le combat de Célestin Vermot.
Disponible sur internet :

<http://www.serpsy.org/chronicite/injection_retard.html>

ART INDUSTRIALIS. *Pharmakon*. Disponible sur internet :

<<http://arsindustrialis.org/pharmakon>>

BIBLIOTHEQUE MEDICALE CHU HOPITAUX, DE ROUEN. *Neuroleptiques*. [Dernière mise à jour 3 Mai 2011]. Disponible sur internet :

<<http://www.chu-rouen.fr/ssf/prod/neuroleptiques.html>>

VIDAL, EUREKA SANTE. *Parkinane*. Disponible sur internet :

< <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-oparki01-PARKINANE-LP.html>>

MEDIX COURS DE MEDECINE. *Neuroleptiques*. 2003/2010. Disponible sur internet :

< <http://www.medix.free.fr/sim/neuroleptique-psychiatrie.php>>

ZAAFRANE F., GAHA L., MECHRI A., TABKA R., GASSAB L., ABDELKRIM M. *Avantages des neuroleptiques à action prolongée dans le traitement des schizophrénies : à propos d'une étude comparative*. Journal de pharmacie clinique 2001, vol. 20, n°1, pp. 33-38. Extrait disponible sur internet : <<http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=976091>>

JAMES A., SCHMID M., avril 1993, revu BARBEY C., GUILLOD C. mars 2001. *Le bon secours. Les injections*. Disponible sur internet :

<http://soins.hug-ge.ch/_library/techniques_pdf/injections.pdf>

BUGNICOURT A. *La seringue à travers les siècles*. Disponible sur internet : <<http://alain.bugnicourt.free.fr/cyberbiologie/seringue/seringue.html>>

WWW.GRALON.NET. *La seringue, histoire d'une invention*. Disponible sur internet : <<http://www.gralon.net/articles/materiel-et-consommables/materiel-medical/article-la-seringue--histoire-d-une-invention-886.htm>>

Rôle infirmier / proximité dans les soins

Les revues

JARDEL V. L'effet d'une brûlure. *Santé mentale*, Septembre 2005, n°100, pp. 44-49.

ARNAUD E. Nicolas, l'UMD et moi... *Santé mentale*, Septembre 2005, n°100, pp. 64-67.

SCPIRKO J. Proximité et distance. *Santé mentale*, Septembre 2005, n°100, pp. 30-36.

BASTIAN J., VALDEYRON J.L., VAQUIER V. De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*, 2001, n°66, pp. 93-100.

GARINO J.P. L'accompagnement thérapeutique en santé mentale. *Revue pratique de psychologie, de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 1996, n°4, pp. 7-10.

RYBACK C. L'entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient. *Thérapie familiale*, 2004, n°25, pp. 293-302.

Travaux d'étude et de recherche

MORRISSET O. *L'alliance thérapeutique chez les patients atteints de troubles psychotiques*. Travail d'étude et de recherche Maîtrise de Psychologie Clinique et Pathologique : Université Victor Segalen – bordeaux 2. 2003. 69 p.

Divers

Les documents électroniques

Névrose obsessionnelle et obsessions. Transcription de l'intervention orale de MR BON en mai 86. Écrit et mis en forme par MR DOMINIQUE GIFFARD pour le site "Psychiatrie Infirmière".

Disponible sur internet :

<<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/pathologie/nevrose-obsessionnelle.htm>>.

Législation

Articles R.4311-7, R. 4311-5, R.4311-6 du Code de la santé publique en vigueur depuis le 8 août 2004.

Article 16-3 du code civil. Loi bioéthique n°94-653 du 29 juillet 1994, *relative au respect du corps humain.*

Dictionnaires

LE ROBERT MICRO. Paris : Le robert, 2006, p. 1078

QUEVAUVILLIERS J. *Dictionnaire médical.* Paris : Masson, 2007, P. 17, p. 270, p. 146.

POSTEL J. *Dictionnaire de la psychiatrie*, 2003, p. 10, p. 137, p. 161, p. 277.

ROBINET B. Site : Bibliothèques psy. Disponible sur internet : <http://www.bibliotheques-psy.com/>

MEDICOPEDIA. Dictionnaire médical en ligne. [2006-2010]. Disponible sur internet : <http://www.medicopedia.net/term/2337,1,xhtml>).

*A ma Toon,
Pour le temps que je n'ai pas passé avec toi...*

Je remercie

Lionel S.

Daniel D.

Viviane M.

Sylvie C.

**Les infirmiers et infirmières ayant participé à mon enquête ainsi que les cadres de santé
de leurs services**

Mon père, ma mère et Luc, pour mes animaux

RESUME

Ce travail de fin d'étude tend à expliquer ce que j'ai compris d'une situation de départ lors d'un stage de deuxième année en Centre Médico Psychologique. Grâce aux éléments du pôle théorique et à l'enquête de terrain en services de psychiatrie, j'explore dans ce travail « le corps du schizophrène », l'injection de neuroleptique et le rôle infirmier lors de ce soin. Ainsi, d'une analyse de départ « naïve », mon travail débouche sur une analyse que je qualifie de plus « professionnelle » qui me permet de donner « du sens au soin ».

MOTS CLES

Schizophrénie – Corps – Injection intramusculaire – Neuroleptique -
Infirmièr(e) – Contenance

ERRATA

- Titre** **Lire :** Le corps du patient atteint de schizophrénie et l'injection de neuroleptique
A la place de : Le corps du schizophrène face à l'injection de neuroleptique
- Page 12 ligne 2** **Lire :** *cela pourra avoir un impact au moment de l'injection...*
A la place de : *cela aura un impact au moment de l'injection...*
- Page 12** **Lire :** *Questionnement sur ce que peut représenter une injection intra musculaire pour un patient atteint de schizophrénie*
A la place de : *Hypothèse sur ce que peut représenter une injection intra musculaire pour un schizophrène*
- Annexes IV** **Lire :** *Infirmière D [...] UAPB / MAS*
A la place de : *Infirmière D [...] UAPA / MAS.*