HADET Stéphanie **Promotion 2013-2016**

(Epouse RICHARD) **Mai 2016**

« Vieux Fous »

Mémoire de Fin d'Etudes en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etat d'infirmier

UE 5.6 S.6 : analyse de la qualité et traitement des données

Scientifiques et professionnelles

UE 6.2 S6 : anglais

IRFSS CRF Pays de la Loire

IFSI de Laval

Note à l'attention des lecteurs :

Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une formation à l'IFSI Croix-Rouge Française de Laval. Il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou en partie sans l'accord de son auteur et du directeur de l'IFSI.

Remerciements :

Ce travail de fin d'étude n'aurait pas été possible sans certaines personnes ressources, ces aidants naturels, ces soignants car ils ont, à leur façon, pris soin de moi durant ces trois années de formation en soins infirmiers. Je tiens donc à remercier ceux qui m'ont permis de franchir toutes les étapes de ce parcours, qui m'ont soutenu dans les moments de stress et qui ont fait en sorte que je garde le cap tout au long de ce chemin.

Je remercie tout particulièrement mon mari qui m'a supporté pendant ces trois années de formation et qui m'a laissé sa place devant l'ordinateur !

Et un grand merci également à mes enfants, Haelwyn et Cyrius pour leur compréhension, leurs nombreux dessins d'encouragement et leur câlins.

A mes amis de l'IFSI qui ont toujours été là pour me rassurer et sans qui ces trois années auraient été bien différentes !

Merci également à l'équipe pédagogique de l'IFSI et aux documentalistes pour leur disponibilité et leur gentillesse.

Et pour terminer, merci aux soignants rencontrés lors de mes différents stages et qui ont pu me transmettre un peu de leur savoir. Merci également aux infirmières qui m'ont accordé un peu de leur temps pour réaliser mes entretiens et enrichir ma réflexion.

Merci à tous.

SOMMAIRE

Introduction **1**

1- De ma situation d'appel à ma question de départ. **2**

1.1 Situation de départ. 2

1.2 Le cheminement de pensée vers ma question de départ 3

1.3 Ma question de départ 3

2- Cadre théorique **4**

2.1 Concepts : 4

2.1.1 Représentations, stéréotypes, stigmatisations, préjugés et discriminations des malades souffrant de pathologies psychiatriques : 4

2.1.2 Petite histoire de la psychiatrie : 7

2.1.3 Emotions et mécanismes de défenses : la peur du fou. 9

a- Quand le fou fait peur 9

b- Les mécanismes de défense du soignant face à la peur du fou 12

c- Peur, stress et Coping 13

2.1.4 Psychiatrie de l'âge avancé : 13

a- Représentation du « vieux fou » 13

b- De qui parlons-nous ? 14

c- Spécificité de la prise en soin d'une personne âgées souffrant de maladie psychique 15

2.2 Contexte : 16

2.2.1 La formation des infirmiers en psychiatrie 16

2.2.2 Le rôle des infirmier(e)s en EHPAD 17

2.2.3 Un travail en réseau ? 17

2.2.4 Les EHPAD 18

3- Méthodologie **20**

3.1 Construction de l'outil d'enquête. 20

3.2 Le cadre de mon enquête. 20

3.2.1 Lieux 20

3.2.2 Population 20

3.2.3 Déroulement de l'enquête. 21

3.3 Limites et obstacles rencontrés. 21

3.4 Analyse critique du travail de recherche 22

4- Analyse des données 23
4.1 Le cadre de mon enquête 23
4.1.1 Les patients ayant des antécédents de pathologies psychiatriques. 23
4.1.2 Les infirmières en EHPAD et leur rôle auprès de ces résidents. 24
4.2 Représentations et émotions. 25
4.2.1 Psychiatrie et personnes âgées. 26
4.2.2 Emotions et mécanismes de défenses. 27
4.3 Difficultés rencontrées par les infirmières 27
4.3.1 Le rapport au temps 28
4.3.2 Un manque de formation ? 28
4.4 Les solutions potentielles. 29
4.4.1 Le recours aux traitements (neuroleptique/ placebo) 29
4.4.2 Le travail en équipe. 30
4.4.3 Le travail en réseau. 31
4.4.4 L'hospitalisation : le dernier recours. 32
4.5 Un accompagnement non valorisé ? 32
4.6 Synthèse de l'analyse 33
Conclusion 34
Bibliographie 20
ANNEXES 31

INTRODUCTION

Lorsqu'un patient atteint l'âge de 60 ans, il est officiellement considéré comme « vieux »… En tout cas, suffisamment âgé pour intégrer une maison de retraite sans avoir besoin d'une dérogation. C'est ainsi qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes psychotiques, nous retrouvons de plus en plus souvent ce type de population dans les EHPAD[1]. La limite de 60 ans n'équivaut pourtant pas à la guérison ou à la disparition du processus psychotique. Peut-on alors dire que les « fous deviennent vieux », qu'ils deviennent des « vieux fous » ?

Pour l'OMS, *« les personnes âgées souffrant de troubles mentaux portent une double charge qui mérite une attention particulière*[2] *»*. L'unité d'enseignement 5.6 S6 : analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles m'a permis de mener une initiation à la démarche de recherche afin d'étudier ce phénomène au regard des soins infirmiers.

Durant mon parcours professionnel, j'ai souvent été confrontée à des soignants qui me faisaient part de leurs difficultés dans la prise en soin de ces résidents et dès mon premier stage, en tant qu'étudiante infirmière, j'ai été confrontée au même type de problématique. Suite à cela, je me suis posée de nombreuses questions qui m'ont permis de cheminer vers ma question de départ. Après avoir mené des recherches sur les concepts en lien avec cette problématique de soin, j'ai effectué une synthèse pour orienter le cadre théorique. Ce qui m'a permis de monter un guide d'entretien. Enfin, la rencontre avec des infirmières sur le terrain m'a donné l'occasion de mener une analyse mettant en lien théorie et pratique.

Les « vieux fous », un sujet qui s'ancre dans une réalité aussi bien psychologique que économique et que je vous propose donc de découvrir.

---

[1] Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

[2] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE. *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord.* Disponible sur Internet : http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

DE MA SITUATION D'APPEL

A MA QUESTION DE DEPART

1- De ma situation d'appel à ma question de départ.

1.1 Situation de départ.

Alors que nous sommes rassemblées dans le poste infirmier, une des infirmières fait les transmissions au reste de l'équipe soignante. Elle évoque l'arrivée prochaine de Mme C., 65 ans. Une aide-soignante s'interroge sur l'âge de Mme C. *« 65 ans ? c'est jeune ! »*. L'infirmière explique alors que Mme C. est une personne qui vient du secteur psychiatrique, qu'elle y a effectué de nombreux séjours et qu'elle n'est plus capable à présent de rester seule à son domicile. Elle précise également à l'équipe qu'il faudra *« cacher »* le miroir car Mme C. ne supporte pas son reflet… Silence… L'infirmière précise alors que Mme C. est valide mais qu'il faudra prévoir une toilette évaluative. C'est alors qu'une autre infirmière déclare : *« Moi, j'ai du mal avec les psys »*…

Au cours des stages suivants, j'ai été régulièrement confrontée à ce genre de réflexion face à des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques : *« Comment ça s'écrit déjà schizophrène ?! »*, *« Oh non, une dépressive… Moi, j'ai pas la patience, ça m'énerve… »*, *« De toute façon, elle le fait exprès… elle est psy »*…

J'ai alors repensé à M. M., un résident longtemps hospitalisé en psychiatrie (et accueilli dans l'EHPAD dans lequel j'exerçais avant d'entrer à l'IFSI), avec ses cris qui effrayaient l'équipe soignante lors des soins… Ou encore à Melle G. une résidente souffrant de bipolarité et qui faisait régulièrement des séjours en psychiatrie lorsqu'elle était en phase mélancolique.

Lors de mon stage de semestre 5 effectué dans une UHPA[3], j'ai pu observer l'autre versant de ces prises en soins. Des patients hébergés dans des structures de soins (EHPAD ou Foyer de vie) étaient hospitalisés pour idéation suicidaire, syndrome dépressif, troubles du comportement, décompensation d'une pathologie psychiatrique ou encore adaptation de traitement… Prenons l'exemple de M. O. qui effectuait régulièrement des séjours en psychiatrie lorsque l'équipe de l'EHPAD où il était accueilli n'arrivait plus à le *« contrôler »*. J'ai eu l'occasion de rencontrer le cadre infirmier de la structure qui m'a expliqué que *« les filles en avaient peur et* [qu'il] *fallait voir le regard qu'il leur lançait quand il les acculait contre le mur… »*. Si les troubles du comportement et l'agressivité de M. O. pouvaient justifier une hospitalisation, au contraire, l'accueil de Mme B. posait question. En effet, cette dernière était hospitalisée en psychiatrie pour le motif d'une adaptation de son traitement

[3] UHPA : Unité d'Hospitalisation en Psychiatrie Aiguë

(syndrome dépressif chronique traité par antidépresseur et hypnotique) ainsi que pour hallucinations à type de persécution (évoquées par les soignants de l'EHPAD).

1.2 Le cheminement de pensée vers ma question de départ

Au regard des différentes situations rencontrées, je me suis posée de nombreuses questions. Tout d'abord, comment expliquer cette réticence dans la prise en soins de ces personnes âgées souffrant de pathologie psychiatrique ? On peut pourtant imaginer que, s'ils sont admis en EHPAD, c'est qu'une évaluation a été réalisée par le secteur psychiatrique et que ces patients sont jugés aptes à s'adapter à ce lieu de vie ? Pourtant, dans chacune de ces situations, il est fait mention de difficultés rencontrées lors de la prise en soin de ces personnes.

Je me suis donc interrogée sur la part des représentations et des préjugés en lien avec la psychiatrie, la folie, les « fous »… et plus particulièrement sur les « vieux fous ». Comment expliquer les difficultés rencontrées par le personnel soignant (EHPAD, Foyer de vie ou encore SSR[4]) dans les prises en soin de ces résidents ? Pourquoi ces patients sont-ils orientés vers la psychiatrie ? Une hospitalisation est-elle nécessaire ? Pourquoi l'équipe soignante de l'établissement hébergeant Mme B., par exemple, a-t-elle estimé que cette prise en soins serait plus adaptée en secteur psychiatrique ? N'aurait-elle pas pu s'occuper elle-même de cet accompagnement ou alors faire appel à une équipe de psychiatrie en ambulatoire ? Le passé psychiatrique de ces différentes personnes a-t-il influencé leur accompagnement et leur orientation ? Comment le personnel infirmier en EHPAD appréhende-il l'accompagnement de ces personnes ? Ont-ils reçu une formation spécifique ? Quels sont les éléments qui peuvent interférer dans la qualité de cet accompagnement ?

1.3 Ma question de départ

Au fil de mon questionnement, j'ai pu ainsi mettre en exergue ma question de départ à savoir :

En quoi les antécédents psychiatriques d'un résident en EHPAD influencent-ils la prise en soin infirmier ?

[4] Soins de Suite et Réadaptation

CADRE THEORIQUE

2- Cadre théorique

Afin de mener à bien cette initiation à la démarche de recherche, j'ai ciblé mes lectures sur différents concepts qui s'inscrivent à la fois dans le champ de la psychologie, de la sociologie et de la psychiatrie. J'ai souhaité également comprendre le contexte en faisant des recherches sur les pratiques professionnelles et les contraintes organisationnelles.

Ainsi, en partant du concept de représentation, j'ai pu cheminer vers la stigmatisation et les préjugés et plus particulièrement ceux liés aux troubles psychiques. A travers l'histoire de la psychiatrie, nous pouvons voir la construction de ces représentations et les émotions en lien avec cette image du « fou » et plus particulièrement du « vieux fou ». Tous ces concepts s'inscrivent à la fois dans le cadre de la pratique infirmière et dans le contexte d'une prise en soin en EHPAD, avec toutes les spécificités propres à ce lieu de vie.

2.1 Concepts :

2.1.1 Représentations, stéréotypes, stigmatisations, préjugés et discriminations des malades souffrant de pathologies psychiatriques :

« Vieux fou ». Lorsque nous utilisons cette expression, nous avons tous une image qui nous vient à l'esprit. Cette image mentale va correspondre aux représentations que nous nous faisons à la fois de la vieillesse et de la folie. Mais comment se construit cette représentation ? Pour JC. ABRIC *« la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* [5] *»*. La représentation ne serait donc pas une image du réel mais plutôt l'idée que nous nous faisons du réel, *« de sorte que s'il existe une réalité unique, elle est comprise et interprétée de façon différente par les uns et les autres*[6] *»*. L'interprétation qu'un individu se fait d'une situation sera donc propre à chacun. Malgré tout, cette représentation s'inscrit dans le contexte culturel et le vécu de l'individu en question dans un groupe social donné. Ainsi, la représentation va s'appuyer à la fois sur la mémoire

[5] ABRIC, Jean-Claude, *Pratiques sociales et représentations*

[6] MOLINER P, GUIMELLI C. *Les représentations sociales.* Disponible sur Internet : https://assets.edenlivres.fr/assets/publications/49851/medias/excerpt.pdf

individuelle mais également sur la mémoire collective. Pour D. JODELET, la représentation sociale *« est 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*[7]*»*. Selon elle, *« nous avons toujours besoin de savoir à quoi nous en tenir avec le monde qui nous entoure. […] c'est pourquoi nous fabriquons des représentations*[8] *»*. Celles-ci *« nous guident dans la façon de nommer et de définir ensemble les différents aspects de notre réalité de tous les jours, dans la façon de les interpréter, de statuer sur eux et, le cas échéant, de prendre une position à leurs égards et de la défendre*[9] *»*.

A travers ces différentes définitions, nous pouvons donc dire que les représentations que nous avons d'un patient vont fortement influencer la façon dont nous allons le prendre en soin.

Mais alors, sommes-nous réduits à être guidés par nos représentations sans pouvoir nous détacher de celles-ci ? Selon JC ABRIC, toute représentation est organisée autour d'un noyau central et d'un système périphérique[10]. Pour lui, ce noyau va servir de base à la représentation et aura une fonction génératrice (qui donne le sens) et une fonction organisatrice (qui va donner l'orientation générale de la représentation, qui sera alors perçue comme positive ou négative). Ce noyau est lui-même entouré par un système périphérique que JC ABRIC définit comme *« l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation*[11] *»*. Selon lui, *« les éléments périphériques se déforment, changent, mais cela n'affecte en rien le contenu global et l'orientation générale de la représentation sociale touchée* [12]».

Ainsi, selon JC ABRIC, pour modifier nos représentations sociales, nous pouvons plus facilement agir sur les éléments périphériques de sorte à modifier notre façon d'appréhender une prise en soin. Mais pour qu'une représentation change réellement, il faut que le noyau central change, ce qui, on le voit, est un processus complexe qui oblige à une remise en

---

[7] JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Disponible sur Internet : http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/jodelet_denise/representations_pratiques_individu/Metho_jodelet_representations_soc.pdf

[8] Ibid

[9] Ibid

[10] Voir Tableau « Caractéristiques du système central et du système périphérique d'une représentation » selon J-C ABRIC en annexe I

[11] ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations*. p 25

[12] Ibid.

question profonde. Pour lui, les représentations ne se transforment *« pas par des mots, des informations mais par des actes, des pratiques nouvelles* [13]*»*.

Nos représentations vont avoir de nombreuses fonctions, parmi lesquelles celle de créer une identité sociale par le biais de la catégorisation des différents type de population, nous pouvons alors parler de stéréotype. Selon V. BONNOT, le stéréotype correspondrait à « *une croyance qui est partagée par les personnes, les membres d'une société sur les attributs, les caractéristiques personnelles, les comportements que sont censés posséder ou produire les personnes qui appartiennent à un même groupe. On va attribuer aux membres de ce groupe cet ensemble de caractéristiques qui seront considérées comme typiques du groupe* [14]».

On le voit ici, stéréotype et représentation sont des concepts très proches. Mais, lorsque le côté négatif est mis en avant, la population concernée (pour nous les « vieux fous ») peut alors être stigmatisée. Pour E. GOFFMAN, *« la stigmatisation est un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres*[15] *»*.

Ainsi, lorsque l'infirmière déclare *« Moi j'ai du mal avec les psys »*, elle stigmatise cette patiente en lui attribuant une étiquette, un comportement préalablement défini par le biais de ses représentations des personnes souffrant de pathologie psychiatrique. On pourrait même parler de préjugé, qui se définit comme un *« jugement sur quelqu'un, quelque chose, qui est formé à l'avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions d'esprit à l'égard de cette personne, de cette chose* [16]*»*. Avant même d'avoir rencontré la patiente, les préjugés de l'infirmière en question vont influencer la façon dont elle va prendre en soin le patient en le limitant à ses antécédents psychiatriques sans chercher à le connaître en tant qu'individu à part entière, la maladie n'étant qu'un des nombreux aspects de sa personnalité. De même, lorsqu'une autre infirmière déclare *« De toute façon, elle le fait exprès… elle est psy »*, elle réduit l'origine du comportement de la patiente à sa pathologie psychiatrique en excluant d'office tout autre raison pouvant expliquer sa conduite. Pire, on peut penser que cette patiente sera discriminée en raison de ses antécédents. La discrimination

---

[13] ABRIC, Jean-claude. L'approche structurale des représentations sociales. Disponible sur Internet : http://www.europhd.eu/html/_onda02/07/PDF/9th%20Lab%20Meeting%20Lecture%20copia/10-07-2007_ABRIC/1_abric.ppt.

[14] Virginie Bonnot, Psychologue sociale. Disponible sur internet : http://www.inegalites.fr/spip.php?page=analyse&id_article=2044&id_groupe=15&id_rubrique=28&id_mot=27

[15] INPES. *Stigmatisation : quel impact sur la santé ?* La santé de l'homme numéro 419. Disponible sur internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf

[16] Dictionnaire Larousse. Préjugé. Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/pr%C3%A9jug%C3%A9/82358

étant le *« fait de distinguer et de traiter différemment (le plus souvent plus mal) quelqu'un ou un groupe par rapport au reste de la collectivité ou par rapport à une autre personne*[17] *»*.

Rappelons que, selon l'article 225-1 du code pénal, *« constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques en raison […] de leur état de santé, de leur handicap, […] de leur âge* [18]». Des poursuites judiciaires peuvent être engagées allant jusqu'à des peines de 3 à 5 ans d'emprisonnement. L'article 4312-25 du code de la santé publique précise que *« l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation*[19] *»*.

Pour conclure, les résultats de l'enquête *« Santé mentale en population générale : images et réalités* [20]*»* menée en France entre 1999 et 2003 montrent que dans *« l'imaginaire collectif, le fou, c'est celui qui n'a pas conscience de sa folie et dont les actes ne peuvent être expliqués. Le malade mental possède les mêmes caractéristiques que le fou mais intégrées à une compréhension médicale (maladie/cause/traitement). Enfin, le dépressif correspond à un état passager, justifié par les événements de vie et l'histoire individuelle. Pour résumer, on pourrait dire : « Le fou est fou, le malade mental a une maladie et le dépressif fait une dépression* [21]*»*.

2.1.2 Petite histoire de la psychiatrie :

Nous l'avons vu précédemment, selon JC ABRIC, le noyau central des représentations est lié à la mémoire collective et à l'histoire du groupe social auquel appartient la personne. Ainsi, il

---

[17] Dictionnaire Larousse. *Discrimination*. Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/discrimination/43853

[18] Code pénal. Article 225-1 version en vigueur au 23 février 2014. Disponible sur Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417828

[19] Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Article 4312-25. Disponible sur Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000002238633&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id

[20] DREES. *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale.* Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES_-_Representations_de_la_sante_mentale.pdf

[21] INPES. *Stigmatisation : quel impact sur la santé ?* La santé de l'homme numéro 419. Disponible sur internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf

me semble pertinent de revenir rapidement sur l'histoire de la psychiatrie et sur la construction de ces représentations.

« La folie n'a pas toujours été considérée comme une maladie mentale : le regard porté sur elle varie selon le contexte culturel de l'époque [22]*»*. Ainsi, dans l'Antiquité, le terme de *« mania* [23]*»* va concerner à la fois une folie d'inspiration divine mais également une pathologie sur laquelle vont se pencher des grands noms de la médecine, tel Hippocrate avec sa théorie des humeurs. Si la première est ressentie comme une sagesse, une folie recherchée et envoyée par les dieux, quelque chose de « plus », la deuxième est plutôt perçue comme quelque chose en « moins », une maladie qui provoque la perte de l'esprit, de la raison.

Au Moyen âge, cette dualité persiste encore. D'un côté, la folie fascine, le fou fait rire, il est celui qui ne croit pas en Dieu (image du bouffon, de l'insensé, de la fête des fous…). D'un autre côté, la place de plus en plus prédominante de l'Eglise va faire de lui le possédé du démon, celui qu'il faut exorciser, soigner ou enfermer. *« Au Moyen âge, l'origine surnaturelle de la folie était un dogme: l'aliéné, maudit de Dieu, préférant servir l'esprit du mal, est traîné au bûcher pour crime de sorcellerie*[24]*»*.

Au fil des siècles, le regard sur la folie passe du rang de punition divine à celui de maladie. *« Le fou* [devient] *un malade curable. L'asile naît au début du XIX*[ème] *de cette volonté de soigner. Il se transforme vite en lieu de réclusion* [25]*»*. C'est l'époque du « grand renfermement » où *« le fou est interné aux-côté des délinquants, des mendiants et marginaux, c'est-à-dire tous ceux qui constituent une charge pour la société* [26]*»*.

Avec la construction des asiles, les « fous » sont regroupés dans un même lieu qui sert plus de prison que de lieu de soins. L'enferment est le seul moyen de prendre en charge ces patients qui sont alors encadrés par les « gardiens de fous ». L'arrivée des médecins aliénistes (comme Philippe Pinel (1745-1826) va ouvrir la voie à une prise en soin plus humaniste et va poser les bases de la psychiatrie en mettant en place une nosographie des troubles mentaux.

---

[22] GALOIN, Alain. *Approche historique de la folie*. Disponible sur Internet : http://www.histoire-image.org/site/oeuvre/analyse.php?i=897

[23] *« Dans l'antiquité grecque, mania est le terme le plus général pour désigner toute espèce de comportements « fous » ».* Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie, d'Erasme à Foucault. *Les collections de l'Histoire*, avril 2011, n° 51.

[24] LUBOMIRSKA. *Les Préjugés sur la folie*. Disponible sur Internet : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55125670/f31.image.r=

[25] Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie, d'Erasme à Foucault. *Les collections de l'Histoire*, avril 2011, n° 51.

[26] GALOIN, Alain. *Approche historique de la folie*. Disponible sur Internet : http://www.histoire-image.org/site/oeuvre/analyse.php?i=897

Accompagné par JB PUSSIN, (considéré comme le père spirituel des infirmiers en psychiatrie), ils vont « libérer » les fous, retirer leurs chaînes et mettre en place les fondements d'un nouveau regard sur la folie qui devient curable. Mais les fous restent marginaux, enfermés, éloignés de la société et cette mise à l'écart est renforcée par la loi du 30 juin 1838 qui va imposer la création d'un asile d'aliénés dans chaque département. Ces asiles sont censés être un refuge pour les malades, un lieu de traitement moral, mais derrière les murs, surpopulation, contention et réclusion demeurent… Cette situation va perdurer de nombreuses années. Durant cette période, des essais de thérapie ont lieu : hydrothérapie, électrothérapie, insulinothérapie… et ce n'est vraiment qu'après la Seconde Guerre mondiale et l'avènement des traitements médicamenteux, que la prise en soin des malades psychiques va progresser. L'approche relationnelle est alors mise en avant ainsi que l'approche psychanalytique développée par S. FREUD dès 1895.

Le secteur psychiatrique se transforme et les portes des établissements vont à nouveau s'ouvrir pour arriver à la prise en soin que nous connaissons actuellement. La psychiatrie de secteur voit le jour dans les années 60 et va être organisée en unités géographiques (un secteur pour environ 70 000 habitants). L'objectif est de développer au maximum l'accompagnement en ambulatoire, de prendre en soin hors des murs, mais également de renforcer le droit des patients soignées en psychiatrie[27]. Parallèlement, la mise en place de cette politique de soin ambulatoire a entrainé la fermeture de nombreux lits en psychiatrie et le transfert des patients âgés vers des structures médico-sociales telles que les EHPAD, où les équipes ont dû s'adapter à ces prises en soin particulières sans en avoir réellement les moyens.

Finalement, au travers de l'histoire de la psychiatrie, on remarque que le « fou » a toujours été craint et mis à l'écart, quelle que soit l'époque et qu'aujourd'hui, en dépit d'un objectif affiché d'intégration, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont encore trop souvent marginalisées.

2.1.3 Emotions et mécanismes de défenses : la peur du fou.

a- Quand le fou fait peur.

Nous venons de le voir, au cours des siècles, les malades psychiques ont souvent été maintenus éloignés de la société car considérés comme dangereux. *« La généralisation des faits observés a répandu dans le public cette notion bizarre des fous furieux, criant sans cesse*

[27] ALAMOWITCH N., CARIA A., ARFEUILLERE S. *Modalité de soins en psychiatrie*. Disponible sur Internet : http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie

et véritablement acrobatiques dans leurs gestes ; ainsi que la croyance dans le danger que présentent toujours les aliénés [28]*»*. Si cette citation date de 1908, une enquête menée par la MGEN[29] en 2004 démontre que cette image de dangerosité perdure encore aujourd'hui puisque 58% des personnes interrogées lors de cette étude pensent que *« les personnes qui ont des maladies mentales sont potentiellement dangereuses pour les autres* [30]*»*.

Cette image de la folie qui est à la base de nos représentations va être à l'origine de différentes émotions chez les soignants qui vont remplir *« une fonction d'orientation de la conduite* [31]*»*.

La peur figure parmi les 6 émotions primaires reconnues universellement. Elle va engendrer des émotions dites « secondaires » telles que l'angoisse, l'anxiété, la crainte, l'inquiétude, la perplexité ou encore la méfiance[32]. On distinguera cependant émotions et sentiments. En effet *« alors que l'émotion est de courte durée et passe par le corps, le sentiment est durable, il passe par la pensée, il est une forme de rationalisation* [33]*»* et il est décrit comme un *« état affectif complexe et durable lié à certaines émotions ou représentations*[34] *»*.

Pour J. HOCHMANN, *« La peur du fou est, sans doute, aussi vieille que le monde* [35]*»*. Selon R. DANTZER, *« la peur correspond* [...] *à une réaction affective intense à un évènement survenant de manière soudaine et inattendue et menaçant* [notre] *intégrité physique et mentale.* [Elle] *peut survenir en réaction à un danger réel ou imaginaire, mais elle peut également être ressentie quand on anticipe une situation potentiellement dangereuse* [36]*»*. Toujours selon lui, *« la peur ne se confond pas totalement avec l'inquiétude, l'anxiété ou l'angoisse. L'inquiétude est une peur relativement modérée qui survient en cas d'incertitude ou d'irrésolution. Si le danger est diffus et la situation incertaine, on parle plutôt d'anxiété*

---

[28] Dr J. Voisin préface de LUBOMIRSKA. *Les Préjugés sur la folie*. Disponible sur Internet : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55125670/f31.image.r=

[29] MGEN Mutuel Générale de l'Education Nationale

[30] MGEN. *Enquête Santé Mentale*. Disponible sur Internet : https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/Communiques_de_presse/2014/20141204_Enquete_MGEN_OpinionWay_sante_mentale.pdf

[31] COUZON E., DORN F. *Les émotions : Développer son intelligence émotionnelle*. p 14

[32] COUZON E., DORN F. *Les émotions : Développer son intelligence émotionnelle* p 27

[33] Ibid p.50

[34] Dictionnaire Larousse. *Sentiment*. Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/sentiment/72138

[35] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*.

[36] DANTZER, Robert. *Psychologie de la peur*. Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1993_num_57_1_1864

que de peur, ce dernier terme désignant l'émotion évoquée par un événement bien circonscrit [37]*».*

On peut donc dire que le « fou » fait peur et les soignants ne sont pas exempts de cette émotion face à un patient ayant des antécédents psychiatriques. Oui, mais de quoi le soignant pourrait-il avoir peur exactement ? Si l'infirmier peut avoir peur face à la violence (avérée ou potentielle) d'un patient, pour J. HOCHMANN, cette peur du fou *« est infiniment plus pernicieuse et beaucoup plus difficile à définir* [38]*»*. Fréquemment, face à un patient souffrant de troubles psychiques, l'infirmier peut ressentir un sentiment de malaise (le plus souvent inconscient) qui serait en lien avec cette *« inquiétante étrangeté* [39]*»* définie par S. Freud. Cette forme d'angoisse apparait lorsque le familier laisse la place à l'étrangeté, lorsque les relations basées habituellement sur l'empathie, l'identification et la communication sont confrontées à cet « autre » pour qui ces bases sociales n'ont que peu de sens.

Il faut également prendre en considération le fait que, de nos jours encore, la maladie psychique reste un mystère et cette ignorance des origines de la folie fait peur. Peur de perdre sa capacité à penser, de devenir fou nous aussi. Et si comme le dit R. DESCARTES « Je pense donc je suis », peur, peut-être, de ne plus penser à notre tour et donc de ne plus être ? Le fou représente alors celui qui est autre, différent de nous et nous tenir éloigné de cette différence, c'est maintenir la folie loin de nous, pour ne pas perdre à notre tour la raison, ne pas « perdre la tête ».

Et pour finir, peur de mal faire ou de ne pas être en capacité d'accompagner, de soigner ces patients ? Pour P-C RACAMIER[40], les psychotiques sont des malades qui *« nous renvoient à notre propre inanité, qui nous donnent l'impression d'être complétement insignifiants. […] Dans ces moments, notre métier nous paraît absurde et nous éprouvons le sentiment pénible d'être des incapables majeurs* [41]*»*. C'est alors qu'un contre-transfert peut apparaitre et faire que le soignant risque de reporter la faute de cet échec dans la prise en soin sur le patient lui-même.

---

[37] DANTZER, Robert. *Psychologie de la peur*. Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1993_num_57_1_1864

[38] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*.

[39] MENES, Martine. *L'inquiétante étrangeté*. Disponible sur Internet : https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=LETT_056_0021

[40] P-C RACAMIER, psychiatre et psychanalyste français 1924- 1996

[41] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*. p. 6

b- Les mécanismes de défense du soignant face à la peur du fou

« Contre cette peur du fou, il est naturel que le soignant cherche à se protéger [42]». Selon M. RUSZNIEWSKI, *« toute situation d'angoisse, d'impuissance, de malaise, […] engendre en chacun de nous des mécanismes psychiques qui s'instaurent à notre insu, revêtent une fonction adaptative et nous préservent d'une réalité vécue comme intolérante parce que trop douloureuse. Ces mécanismes de défense, fréquents, automatiques et inconscients, ont pour but de réduire les tensions et l'angoisse et s'exacerbent dans les situations de crise et d'appréhension extrême* [43]». Ce concept a été développé à l'origine par S. FREUD pour qui un mécanisme de défense est un processus *« inconscient élaboré par le Moi sous la pression du Surmoi et de la réalité extérieure permettant de lutter contre l'angoisse* [44]». Je ne citerai pas ici tous les mécanismes de défense qui existent, mais plutôt ceux que l'on retrouve fréquemment chez les soignants confrontés à un patient souffrant de troubles psychiques. Ainsi, pour J. HOCHMANN, la négation de la folie et l'activisme sont deux des mécanismes mis en place par les soignants. Selon lui, la négation de la folie est *« le procédé défensif le plus fréquent devant la peur du fou [et] consiste à nier la folie et sa dangerosité* [45]». Concernant l'activisme, l'objectif inconscient serait de gérer cette peur par le recours à l'action qui permettrait de maintenir à l'écart du Moi la réflexion ou le vécu des affects. Parmi les autres mécanismes rencontrés, on pourra également retrouver l'évitement : le soignant va éviter le plus possible la rencontre et les échanges avec le patient qui pourrait le mettre en difficulté. Souvenez-vous, dans ma situation de départ, lorsqu'une infirmière dit : *« Moi j'ai du mal avec les psys… »*. Au regard de cette réflexion, on peut imaginer que cette infirmière n'ira pas facilement à la rencontre de la patiente et pourra être dans l'évitement, la fuite. Et que dire de celle qui déclare ne pas avoir la patience avec les patients dépressifs ou encore que les « psy » le font exprès ? En rejetant la faute sur le patient, n'est-ce pas une façon de se protéger contre sa propre incapacité à prendre soin de ces personnes, de justifier sa peur d'être mise en échec ? Enfin, que dire de la banalisation lorsqu'un patient dépressif déclare « J'ai pas le moral » et que la réponse apportée risque d'être la suivante : « De toute façon, vous n'avez jamais le moral ! ».

---

[42] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*. p. 12
[43] RUSZNIEWSKI Martine *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants*.
[44] COUZON E., DORN F. *Les émotions : Développer son intelligence émotionnelle* p 30
[45] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*. P13

c- Peur, stress et Coping

Si les mécanismes de défense sont des processus inconscients, alors comment faire pour agir consciemment face au stress engendré par la « peur du fou » ?

C'est ici qu'intervient le concept de « Coping ». Ce terme vient du verbe anglais « to cope » qui signifie « faire face [46]». Il va donc désigner « *les stratégies qu'utilise une personne pour faire face à une situation stressante [47]*». Ainsi, *« un mécanisme de défense est rigide, inconscient, indifférencié irrésistible, lié à des conflits intrapsychiques et à des événements de vie anciens, il distord généralement la réalité. Sa fonction est de maintenir l'angoisse à un niveau tolérable.* [Tandis qu'une] *stratégie de coping est flexible, consciente, différenciée (spécifique par rapport à un problème qui se pose dans les relations entre individu et environnement), elle est orientée vers la réalité (interne ou externe). Sa fonction est de permettre à l'individu de maîtriser, réduire ou supporter les perturbations induites par cet événement (ou par cette situation) [48]*». Selon R. LAZARUS et S. FOLKMAN[49], il existe deux stratégies de coping : la première est centrée sur le problème (chercher à résoudre le problème, affronter la situation…) et la seconde sur les émotions (apprendre à gérer les émotions engendrées par la situation). L'utilisation de ces stratégies va dépendre de la personne concernée, elle sera propre à chacun et adaptée à la situation de soins.

2.1.4 Psychiatrie de l'âge avancé :

a- Représentation du « vieux fou »

Jusqu'ici, j'ai surtout évoqué les représentations liées à la folie et les émotions des soignants qui en résultent, mais qu'en est-il de la vieillesse et surtout des « vieux fous » ? Pour G. JOVELET, *« les patients psychotiques vieillis cumulent les représentations sociales négatives, les préjugés et le rejet liés à la psychose […]. S'y associent les représentations liées à l'âge avancé et à la sommation des handicaps [50]*». Ainsi, pour l'OMS, « *les personnes*

---

[46] BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Disponible sur Internet : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

[47] IONESCU, Serban. *Les mécanismes de défense*. Disponible sur Internet : http://www.scienceshumaines.com/articleprint2.php?lg=fr&id_article=11581

[48] BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress*. Disponible sur Internet : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

[49] Ibid

[50] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47. Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039.

âgées souffrant de troubles mentaux portent une double charge qui mérite une attention particulière [51]». Paradoxalement, *« les personnes âgées avec troubles psychotiques sont perçues comme étant moins dangereuses que les personnes plus jeunes portant le même diagnostic* [52]» ce qui se traduit par le fait que *« le préjugé que les personnes âgées sont toutes bizarres, fait que les troubles psychotiques sont moins identifiés et les personnes ne reçoivent pas la reconnaissance de leurs difficultés, ni le traitement et les approches en réadaptation, dont elles ont besoin* [53]». Nous pouvons retrouver ce type de préjugé dans les dires d'une infirmière puisqu' *« Elle le fait exprès…elle est psy ! »*. Il est intéressant de noter que, pour G. JOVELET, *« certains sujets psychotiques trouvent au sein de la maison de retraite, une nouvelle identité, se rangent sous le signifiant de « l'âgé » abandonnant celui de la psychiatrie sans regret* [54]» préférant ainsi l'étiquette acceptable du « vieux » plutôt que celle du « fou ».

b- De qui parlons-nous ?

Mon TFE cible la personne âgée ayant des antécédents de pathologies psychiatriques et résidant dans un EHPAD. Pour l'HAS[55], la définition de la personne âgée est basée sur un critère d'âge : 65 ans et plus. Mais dès 60 ans, une personne peut être accueillie dans ce type de structure sans avoir besoin de dérogation.

Précisons que sont exclus de ma recherche les patients souffrant de trouble neurocognitif comme la démence de type Alzheimer, bien que cette pathologie apparaisse dans la classification des troubles psychiatriques du DSM V et/ou CIM 10[56].

Ainsi, quand j'évoque les « vieux fous », je souhaite cibler particulièrement les résidents ayant des antécédents de pathologie psychiatrique. Parmi ces pathologies, nous pouvons retrouver des patients souffrant de schizophrénie, de délire chronique, de syndrome dépressif ou encore des patients diagnostiqués comme bipolaires. *« En France, les malades*

---

[51] Genève. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE. *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord*. Disponible sur Internet : http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

[52] Ibid

[53] Ibid p 12

[54] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47. Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039.

[55] SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE. *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées*. Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

[56] DSM V et CIM 10 : système de classification des troubles mentaux.

psychiatriques âgés de plus de 60 ans représentent 18% de la population souffrant de troubles mentaux [57]*»*. L'avancée en âge de ces patients entraîne souvent la réduction de leurs troubles psychiatriques au profit des symptômes négatifs qui vont entrainer une réduction de leur autonomie et justifier un accueil dans un EHPAD. Ils arrivent soit de leur domicile, soit d'une autre structure d'accueil. Ainsi, certains d'entre eux peuvent être orientés par le secteur psychiatrique (soins de longue durée pour les patients dits « chroniques ») ou bien avoir été hébergés en foyer de vie ou autre type d'hébergement du secteur médico-social.

Pour évoquer la prise en soin de ces patients, plutôt que de parler de psychogériatrie, l'OMS préfère utiliser l'expression *« psychiatrie de l'âge avancé* [58]*»*. Elle explique que cette spécialité *« s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques, et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies. Elle traite en outre les patients souffrant, depuis déjà auparavant, de maladies psychiques chroniques* [59]*»*.

c- Spécificité de la prise en soin d'une personne âgées souffrant de maladie psychique

Selon l'OMS, *« dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux* [60]*»*.

Il faut savoir que, dès leur arrivée dans la structure, une vigilance particulière va être nécessaire dans l'accompagnement de ces patients. En effet, il y a un risque accru de décompensation suite à la perte de repères qu'entraine l'entrée en structure et encore plus pour ces personnes déjà fragiles psychologiquement parlant. Ainsi, pour G. JOVELET, *« la nouvelle organisation de l'espace, des liens, la faible densité de temps de psychologue, d'infirmier, le style des rapports marqués par l'infantilisation, la sur-stimulation ou une trop*

---

[57] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47. Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[58] Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région Lausannoise ». *Psychiatrie de l'âge avancé.* Disponible sur Internet : https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2014/02/charte_paa.pdf

[59] Ibid

[60] Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région Lausannoise ». *Psychiatrie de l'âge avancé.* Disponible sur Internet : https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2014/02/charte_paa.pdf

grande proximité du corps sont déstructurant, de même que l'attitude peu bienveillante des autres résidents et parfois des équipes [61]».

Outre cette fragilité psychologique, les patients souffrant de maladie psychique peuvent également présenter des pathologies somatiques liées, entre autres, au vieillissement. Il faudra alors prendre en considération à la fois l'aspect psychologique de l'accompagnement, mais également l'aspect physiologique avec un regard particulier sur le risque iatrogénique. Il faut savoir que ces patients reçoivent, pour la plupart, un traitement psychotrope (neuroleptiques, hypnotiques, anxiolytiques). Il est reconnu que ces traitements ont des *« effets néfastes lorsqu'ils sont prescrits dans la durée […] au plan cognitif, neurologique (les dyskinésies, les akinésies), mais aussi au plan viscéral* [62]».

Ainsi, il arrive souvent que les traitements soient réévalués lors de l'entrée en EHPAD pour tenir compte du vieillissement du patient. En effet, *« les données de pharmacocinétique, ainsi que le risque de la iatrogénie médicamenteuse amènent à diminuer le nombre et les doses des neuroleptiques.* [De plus,] *les études longitudinales sur l'appauvrissement au fil des années de l'activité délirante et hallucinatoire*[63] *»* conduisent à *« limiter progressivement les doses de psychotropes reçues* [64]».

Malgré tout, *« nombre de psychotiques âgés continuent […] à recevoir des doses considérables de psychotropes*[65] *».* Lorsqu'une adaptation du traitement est envisagée, les équipes soignantes sont souvent dans la crainte de l'apparition d'un *« effet rebond avec réactivation du délire, des hallucinations* [66]» comme dans le cas de Mme B. hospitalisée en psychiatrie pour adapter son traitement.

2.2 Contexte :

2.2.1 La formation des infirmiers en psychiatrie

Cette crainte des équipes dans la prise en soins de ces patients m'amène à m'interroger sur la formation des infirmières. *« La formation des infirmiers psychiatriques s'inscrit dans un long*

---

[61] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47 Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[62] Ibid p 46

[63] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47. Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[64] ibid

[65] ibid

[66] ibid

processus historique, indissociable de l'évolution de la prise en charge de la folie et de la maladie mentale au cours des siècles, dont trois verbes peuvent rendre compte : « garder, surveiller, soigner [67]*»*. En 1992, le diplôme d'ISP (Infirmier de Secteur psychiatrique) a été supprimé, la formation théorique a été réduite à 400 heures et les stages en santé mentale limités à 280 heures. Depuis la réforme de 2009, l'enseignement de la psychiatrie se fait sur deux semestres pour un total de 100 heures et au moins un stage obligatoire dans le domaine de la santé mentale. A noter que la psychiatrie de l'âge avancé n'apparaît pas dans le référentiel de formation.

Lors de ma formation à l'IFSI, j'ai pu remarquer que nombre d'étudiants se disent en difficulté dans cette unité d'enseignement ou bien disent ne pas être intéressés par la psychiatrie. Au vu de ma situation de départ, il semble que la représentation négative de cette spécialité semble persister lorsqu'ils sont diplômés et qu'ils doivent prendre en soins des patients présentant des pathologies psychiatriques. Comme dans le cas de Mme B. hospitalisée en psychiatrie pour adapter son traitement ou encore Melle G. et M. M.

2.2.2 Le rôle des infirmier(e)s en EHPAD

Il me semble pertinent d'évoquer maintenant le rôle spécifique des infirmier(e)s dans les EHPAD. Ainsi, l'infirmier(e) va s'occuper du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des résidents[68]. Il va également avoir un rôle relationnel important auprès des patients et de leurs proches. De plus, l'infirmier(e) va participer à l'élaboration des projets de vie individualisés des résidents. Il va travailler en collaboration étroite avec divers professionnels (sanitaire et social) et va avoir un rôle de coordination auprès de ces différents intervenants (médecin traitant, pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute…). Une étude de la FNESI [69] a mis en évidence que les jeunes infirmiers souhaitent éviter certains domaines dont celui de la psychiatrie et des EHPAD… Alors que dire de la prise en soin des troubles psychiatriques dans le contexte d'un EHPAD ?

2.2.3 Un travail en réseau ?

Pour faire face à ces difficultés, il était prévu que *« le psychiatre, les infirmier(e)s devaient se rendre dans [les EHPAD] afin d'assurer des consultations de suivi, l'adaptation régulière du*

---

[67] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47. Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[68] Voir annexe II : rôle ide

[69] ACTUSOINS. *Pourquoi les jeunes infirmières boudent les EHPAD ?* Disponible sur internet : http://www.actusoins.com/22270/les-jeunes-infirmieres-boudent-les-ehpad.html

traitement et « assurer prévention et dépistage ». L'implication d'infirmiers de secteurs parfois qualifiés « de liaison » lorsqu'ils étaient affectés principalement sur l'extrahospitalier garantissait les bonnes conditions d'admission du patient et le maintien d'un lien thérapeutique avec l'équipe de la maison de retraite [70]». Mais, dans le contexte actuel alliant augmentation des files actives et baisse des moyens, ce travail de liaison n'est que rarement effectué. *« Le patient admis en EHPAD est reçu à quelques reprises par le psychiatre de secteur, les équipes infirmier(e)s interviennent au décours puis cessent leur visite, la reprise de contact a lieu à l'occasion d'une ré-hospitalisation pour décompensation* [71]*»* comme pour Melle G. Dans son article « psychose et vieillissement », G. JOVELET nous dit que *« Certains EHPAD ont signé avec les unités sectorielles, une convention qui facilite l'accueil de patients psychotiques âgés, cet engagement tripartite avec la DDASS leur permet d'obtenir un ratio plus important d'AMP ! Le secteur en retour s'engage à un suivi régulier. Dans tous les cas, la préservation des liens avec les équipes de secteur est nécessaire pour faciliter l'insertion et le maintien d'un espace de parole autre et une qualité de vie* [72]».Cet article datant de 2010, il serait intéressant de savoir si ces conventions sont toujours d'actualité et comment s'organise ce travail en réseau.

2.2.4 Les EHPAD

Pour l'OMS, *« Tout patient a le droit à être placé dans un environnement aussi peu restrictif que possible et à y recevoir le traitement le moins astreignant ou envahissant qui puisse lui être administré* [73]*»*.

La diminution du nombre de lits dans le secteur psychiatrique ainsi que la réduction de la durée des séjours, font que de nombreux patients sont accueillis maintenant dans des EHPAD. Mais les moyens ne sont pas les mêmes entre ces deux secteurs, entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social. Concernant la tarification dans les EHPAD, elle est divisée en trois parties : l'hébergement, les soins et la dépendance. L'hébergement va être à la charge du résident (ou de sa famille avec possibilité d'aide sociale). Concernant les soins (pris en charge

---

[70] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47 Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[71] Ibid

[72] JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47 Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

[73] Genève. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE. *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord*. Disponible sur Internet : http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

par l'assurance maladie), s'il existe des aides pour la prise en soins des patients présentant des troubles du comportement (type démence), il semblerait que les troubles d'ordre psychiatrique ne bénéficient pas de la même prise en charge. Ainsi, *« le système PATHOS attribue aux patients psychiatriques un « profil de soins » qualifié de P1 (prise en charge psychothérapeutique d'une crise sévère), ou de P2 (prise en charge psychothérapeutique de soutien). La classification de P1 ou P2 n'est autorisée que si les soins requis sont apportés. Faute de budgets, pas de soins et la lettre P n'existe pas. Le profil P comme Psychiatrie, au coût élevé, est alors remplacé par le profil S comme Surveillance (simple prescription médicamenteuse)* [74]». Ainsi, si la pathologie psychiatrique n'est pas reconnue au niveau des cotations de soin, le financement ne pourra pas être adapté à la charge de travail réelle du personnel soignant. Le montant du tarif dépendance quant à lui, correspond aux aides apportées aux résidents dans les actes de la vie quotidienne. Il est fixé par le biais de la grille AGGIR et est à la charge de la personne et du département (au travers de l'APA[75]).

Le financement alloué aux EHPAD va donc dépendre des grilles AGGIR et PATHOS pourtant peu représentatives de la charge de travail des infirmiers auprès des patients souffrant de pathologie psychiatrique, patients qui nécessitent un temps de présence conséquent, notamment en terme d'écoute.

L'ensemble des concepts présentés dans mon cadre théorique m'a permis de cerner la situation dans sa globalité. Grace à ce premier travail d'investigation, j'ai pu mettre en place un guide d'entretien cohérent qui m'a permis de mener des entretiens afin de réaliser une analyse pertinente en lien avec ma question de départ qui est, rappelons-le : En quoi les antécédents psychiatriques d'un résident en EHPAD influencent-ils la prise en soin infirmier ?

[74] MONFORT, Jean-Claude. *La psychogériatrie : Appréhender la vulnérabilité psychique des personnes âgées.* p 15
[75] Allocation Personnalisée d'Autonomie

METHODOLOGIE

3- Méthodologie

3.1 Construction de l'outil d'enquête.

Pour connaître l'influence des antécédents psychiatriques des patients accueillis en EHPAD sur la prise en soin infirmier, je me suis orientée vers la réalisation d'entretiens semi-directifs. En effet, mon objectif était de recueillir des données auprès d'infirmier(e)s afin de m'apporter à la fois des données quantitatives (nombre de patients ayant des antécédents de pathologie psychiatrique accueillis sur les EHPAD visités, ressources et travail en réseau…) mais également qualitatives (relations avec ces patients, représentations…). J'ai donc réalisé un guide[76] qui m'a servi de base pour mes entretiens. Ce guide était partagé en cinq grandes parties qui se composaient de deux à quatre questions. Ce support d'entretien comportait à la fois des questions fermées (pour pouvoir délimiter le cadre de mon enquête) mais également de questions semi-ouvertes et ouvertes permettant au soignant rencontré de pouvoir s'exprimer plus facilement. De mon côté, j'ai été amenée à faire des relances et de la reformulation pour accompagner le soignant dans l'expression de son ressenti et pour approfondir si nécessaire les réponses données.

3.2 Le cadre de mon enquête.

3.2.1 Lieux

Au regard de la population concernée par mon enquête, mes entretiens ont eu lieu exclusivement avec des infirmier(e)s exerçant en EHPAD.

3.2.2 Population

J'ai eu l'opportunité de pouvoir rencontrer sept infirmières exerçant en EHPAD. La deuxième question de mon guide d'entretien m'a permis de construire un tableau[77] présentant le profil des infirmières rencontrées. Il se trouve que toutes les infirmières rencontrées ont travaillé exclusivement en EHPAD (sauf l'infirmière RF qui a exercé un peu en cardiologie). Malgré un âge et un temps de diplôme différents, aucune n'a exercé en secteur psychiatrique et leur

[76] Voir guide d'entretien en annexe III
[77] Voir tableau sur le profil des infirmières rencontrées lors des entretiens en annexe IV

seule expérience dans ce domaine se limite à un ou deux stages effectués lors de leur formation.

3.2.3 Déroulement de l'enquête.

Après avoir sollicité par courrier dix EHPAD dans un rayon de trente kilomètres de mon domicile, j'ai obtenu l'accord de la direction des soins pour six d'entre eux. J'ai donc pris contact avec les cadres infirmiers qui m'ont alors orientée vers une infirmière de leur structure qui accepterait de répondre à mes questions. Après avoir pris rendez-vous, je me suis donc rendue sur place. Les entretiens ont eu lieu dans le poste infirmier (sauf un où l'infirmière a préféré que l'on s'installe dans une salle de réunion pour ne pas être dérangées). Tous ont eu lieu en début d'après-midi. Les entretiens ont duré entre 20 et 35 minutes et ont été enregistrés[78] après accord de la personne interrogée. A noter que, sur une des structures, deux infirmières ont souhaité répondre ensemble à mes questions. Lors des entretiens, j'ai plus ou moins suivi la trame de mon guide, car rebondissant parfois sur une parole, cela m'amenait à évoquer un aspect que j'avais prévu de voir un peu plus loin. J'ai fait le choix de commencer mes entretiens par une association libre à partir de deux mots inducteurs pour repérer le contenu des représentations des soignants sur la psychiatrie et la vieillesse. Ces deux questions étaient volontairement posées dès le début de l'entretien pour éviter toute influence potentiellement induite par les échanges suivants. Puis j'ai poursuivi mes entretiens en délimitant le cadre de mon enquête (côté soignants et côté résidents) pour enchainer sur l'influence des antécédents psychiatriques sur la prise en soins (généralités) et le rôle infirmier auprès des patients concernés. Pour terminer, mon objectif était d'amener l'infirmière à s'exprimer sur ses émotions et son ressenti face à ces résidents.

3.3 Limites et obstacles rencontrés.

Au cours de mes entretiens, j'ai eu à m'adapter à chacune des infirmières rencontrées, car certaines semblaient plus à l'aise que d'autres avec ma thématique. Il se trouve également que quatre des entretiens ont eu lieu dans des EHPAD où j'avais eu l'occasion de me rendre dans le cadre de mon ancienne fonction. De ce fait, certaines infirmières m'ont reconnue et il se peut que cela ait pu influencer leurs réponses. J'ai également rencontré des difficultés au sujet d'un EHPAD en particulier car j'y ai exercé pendant de nombreuses années. Je n'y avais jamais rencontré les infirmières mais je connaissais nombre de résidents de la structure et, à

[78] Les retranscriptions anonymisées sont disponibles à la demande.

certains moments, j'ai eu du mal à me détacher de mes souvenirs pour me focaliser sur ce que me disaient les infirmières. Lors de ce même entretien, deux infirmières ont souhaité répondre ensemble à mes questions et j'ai eu l'impression que l'une d'entre-elles avait plus de facilités à s'exprimer, ce qui a pu influer sur les réponses données.

3.4 Analyse critique du travail de recherche

Lors de la réalisation de ce mémoire, plusieurs problématiques se sont posées à moi.

La première concerne ma difficulté à faire un choix dans mes recherches et synthétiser les données recueillies. En effet, d'un naturel curieux, je me suis rendue compte que plus je cherchais, plus je trouvais ! Un concept m'amenant à un autre, j'ai dû, à un moment donné, faire des choix et prioriser les données de mon cadre théorique.

Ensuite, alors que je pensais avoir des difficultés à obtenir l'autorisation de mener mes entretiens (en lien avec la disponibilité des soignants), j'ai reçu 6 réponses positives et j'ai même dû limiter le nombre d'entretiens puisque certaines structures me proposaient de rencontrer plusieurs infirmières. De plus, j'ai reçu une réponse positive d'un EHPAD alors que mon analyse était quasiment terminée. J'ai fait le choix de procéder malgré tout à l'entretien puisque l'établissement concerné était une structure fermée accueillant notamment des patients issus du service de long séjour psychiatrique situé à proximité. J'ai alors choisi de ne pas suivre entièrement mon guide d'entretien, mais d'orienter plutôt mes questions au regard de mon analyse. Ainsi, les données recueillies lors de cet échange pourront me servir dans le cadre de la soutenance orale.

Au cours de la rédaction de ce mémoire, j'ai également été confrontée à mes propres représentations. Ainsi, j'ai pris conscience en réalisant mon cadre théorique que même si je pensais ne pas avoir d'à priori sur les résidents ayant des antécédents psychiatriques, je ne pouvais pas faire abstraction de mon histoire personnelle et culturelle. Moi qui pensais étudier l'influence de cette pathologie sur la prise en soin des infirmiers, ce travail m'a permis de m'interroger sur ma propre pratique.

Enfin, au fil de mon analyse, je me suis rendue compte que ma question de départ était plus complexe qu'elle n'en avait l'air et que celle-ci m'amenait vers de nouveaux questionnements. Ainsi, faire le choix d'un nouvel axe de recherche a été ardu, car tout me semblait intéressant à étudier et il m'a fallu à nouveau mener une réflexion pour savoir vers quel axe de recherche m'orienter.

ANALYSE

4- Analyse des données

L'analyse des entretiens va me permettre de mobiliser la théorie développée dans le cadre conceptuel au regard de la réalité du terrain. Ainsi, je commencerai par contextualiser ma recherche en lien avec les patients et le personnel soignant. Puis, après avoir évoqué les représentations et les émotions des soignants vis-à-vis des résidents ayant des antécédents de pathologies psychiatriques, je poursuivrai en évoquant les difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ces patients et les solutions mises en place pour y remédier. Enfin, j'aborderai un paradoxe mis en avant lors de l'analyse des entretiens et je terminerai par une synthèse présentant une nouvelle question de recherche.

4.1 Le cadre de mon enquête

4.1.1 Les patients ayant des antécédents de pathologies psychiatriques.

Pour commencer, il m'a semblé important de définir le cadre de mon enquête et plus particulièrement la présence de résidents présentant des antécédents de pathologies psychiatriques sur les structures où j'ai mené mes entretiens. Ainsi, dans chacun des six EHPAD, les infirmières m'ont dit que ce profil de résident était présent et lorsque j'examine les chiffres donnés, je constate que nous retrouvons un pourcentage moyen d'environ 15% de patients présentant des antécédents de maladies psychiques[79]. Parmi les pathologies rencontrées, nous trouvons des patients atteints de syndromes anxio-dépressifs, des troubles bipolaires, des paraphrénies, des schizophrénies, des délires paranoïaques et des personnes avec des addictions. Lorsque j'ai demandé à l'infirmière B. quelles pathologies psychiatriques elle rencontrait sur sa structure, il est intéressant de noter que celle-ci m'a cité les démences (j'ai dû lui préciser que les démences ne faisaient pas partie de mon enquête) et des troubles bipolaires mais *« non diagnostiqués »* m'a-t-elle précisée. Je m'interroge donc sur sa connaissance des pathologies psychiatriques, surtout lorsqu'elle évoque un peu plus loin les injections retard de Modécat®, ce médicament est un neuroleptique indiqué dans le traitement des schizophrénies et autres types de psychoses.

Concernant le parcours de soins de ces résidents, il va être individuel et dépendre de leur histoire de vie, même si l'on retrouve deux types de parcours. Une partie de ces patients

[79] Voir tableau en annexe V

étaient hospitalisés sur le secteur psychiatrique et, à l'âge de 60 ans, ont été orientés vers un EHPAD. Ces patients ont la particularité d'être bien plus jeunes que le reste des résidents pour qui la moyenne d'âge à l'entrée est de 84 ans et 5 mois[80]. Deux infirmières ont précisé qu'il s'agissait de patients stabilisés car *« On se dit que si ils arrivent ici, c'est qu'ils ont déjà une certaine stabilité »* ou encore *« En règle générale, quand ils arrivent chez nous, c'est qu'ils sont stabilisés, sinon ils seraient sur une unité de psychiatrie »*. L'autre partie de ces résidents arrivent du domicile suite, à une baisse d'autonomie pour ceux qui vivaient seuls ou, pour ceux vivant en couple ou en famille, lorsque l'aidant n'est plus en capacité de prendre soin de la personne. Pour cette deuxième catégorie de résidents, l'âge d'entrée dans la structure est souvent plus élevé.

4.1.2 Les infirmières en EHPAD et leur rôle auprès de ces résidents.

Concernant les infirmières rencontrées lors des entretiens, la majorité d'entre-elles ont exercé uniquement en EHPAD et aucune n'avait d'expérience en psychiatrie en dehors des stages effectués lors de leur formation. A part l'infirmière F qui avait *« une sensibilité »* particulière pour la psychiatrie, les autres soignants ont exprimé une certaine réticence vis-à-vis de cette spécialité. Soit elles se sentaient démunies ou alors estimaient que ça ne relevait pas de leurs compétences[81] comme pour l'infirmière C qui explique : *« Si j'avais voulu travailler en psychiatrie, j'aurais postulé »* ou encore l'infirmière G qui n'est pas *« forcément super à l'aise avec la pathologie psychiatrique »*. L'infirmière A quant à elle, ressentait une véritable appréhension et avait même *« trouvé un compromis »* lors de sa formation car elle ne *« voulait pas faire de stage en psychiatrie »* préférant effectuer son stage en pédopsychiatrie.

Au cours de mes entretiens, j'ai souhaité également mettre l'accent sur le rôle infirmier spécifique auprès de ces résidents.

Ainsi, la distribution des traitements et la surveillance de la prise ont été mis en évidence par toutes les infirmières rencontrées. Une d'entre-elles m'a également parlé de la pharmacodynamie, en mettant en exergue l'âge des patients et l'imprégnation des médicaments en lien avec l'adaptation des traitements psychiatriques. Il est effectivement reconnu que le risque iatrogénique est plus élevé chez les personnes âgées. De plus, l'avancée en âge de ces patients entraîne parfois un appauvrissement des symptômes amenant les

[80] VOLANT, Sabrina. *Etudes et résultats : 693 000 résidentes en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*. Disponible dur Internet : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf

[81] Voir annexe VI : compétences IDE

médecins à envisager une adaptation du traitement. Les observations cliniques de l'infirmière durant cette période d'adaptation seront primordiales pour que cette transition se fasse dans les meilleures conditions possibles, l'objectif étant d'éviter un effet rebond qui pourrait entrainer une réactivation d'un délire ou des hallucinations nécessitant une hospitalisation en secteur psychiatrique.

La compétence relationnelle a été également évoquée par toutes les infirmières rencontrées. Elles m'ont parlé de *« l'écoute »*, de la *« réassurance »* ou encore du *« dialogue »* mais la majorité d'entre elles affirment ne pas faire d'entretiens d'aide formels, elles vont plus le faire de manière informelle *« sur le temps pour prendre la tension »* par exemple. L'infirmière F déclare pourtant *« Qu'il est de notre rôle propre justement, de prendre un temps pour faire un entretien »*. En effet, on va retrouver cet aspect relationnel du soin dans les compétences 4 (conduire une relation d'aide thérapeutique) et 6 (communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins) du référentiel des compétences infirmières[82]. Pourtant, certaines pensent qu'*« On n'a pas la formation »* et que, parfois, *« Ça dépasse nos compétences »*.

Le dernier rôle mis en avant concernant la prise en soin des résidents ayant des antécédents de pathologie psychiatrique concerne le travail en interprofessionnalité. D'un côté les infirmières vont recueillir les informations données par les aides-soignantes et aides médico-psychologiques sur la prise en soins, le comportement de ces résidents et, d'un autre côté, elles vont transmettre ces informations ainsi que leur propres observations au médecin traitant ou au psychiatre : *« On travaille vraiment en toute collégialité »*. Ce rôle de coordination, de lien entre les différents protagonistes, rejoint la compétence 9 qui consiste à organiser et coordonner les interventions soignantes.

4.2 Représentations et émotions.

Lorsque j'évoque avec l'infirmière F l'influence des pathologies psychiatriques, celle-ci me répond que *« Ça dépend vraiment des individus »*. Ce qui m'amène à faire du lien avec le concept de représentation.

[82] France. MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétences.* Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

4.2.1 Psychiatrie et personnes âgées.

Pour tenter de repérer le contenu des représentations des soignants sur la psychiatrie et la personne âgée, j'ai utilisé la technique de l'association libre. Les infirmières ont eu beaucoup de mal à me donner 4 mots. En effet, en interrogeant leurs représentations, je leur demandais ce qu'elles pensaient en tant que personne, pas en tant qu'infirmière ce qui relève de la sphère privée. Lorsque j'analyse les réponses données[83] concernant les personnes âgées, deux axes ressortent des termes utilisés : la sémiologie et la prise en soin. Globalement, une vision assez pessimiste ressort de l'image de la personne âgée : *« souffrance », « isolement », « angoisse », « dépendance », « fin de vie »…* Interrogée à ce propos, l'infirmière F me dit que justement, *« C'est sur quoi on travaille après dans l'accompagnement »*. Concernant la psychiatrie, silences et rires gênés ont accompagné cette question. J'ai pu classer les mots donnés en trois catégories : la nosographie[84], la sémiologie[85] et la prise en soin. J'ai remarqué que les infirmières avaient eu plus de mal pour trouver leurs mots concernant la psychiatrie que pour les personnes âgées et j'ai eu l'impression qu'elles se retranchaient sur l'aspect nosographique. Au fil de l'entretien, la représentation de ces patients, à travers le regard, le vocabulaire utilisé par les soignants, s'est affinée. Ainsi, la façon dont les infirmières décrivent leur accompagnement auprès de ces résidents est un reflet de leurs représentations puisque ce sont celles-ci qui les guident, qui nous guident tous dans notre façon d'agir, de penser, de prendre soin.

Il est intéressant de noter que les représentations de l'infirmière F ont évolué suite à son stage en court séjour psychiatrique. Elle explique qu'elle *« a vraiment été mise à mal »* et qu'elle a été *« en souffrance », « démunie de moyens »* face à ces patients *« bizarres »* durant la première partie de son stage. Mais *« Tout à coup, c'est venu tout seul, je m'y suis intéressée »* et ses représentations ont évolué jusqu'à se dire que *« Ce n'est pas parce que ça se voit pas physiquement qu'elles ne souffrent pas psychologiquement »*. Ce qui rejoint ce que nous dit J-C ABRIC sur les représentations qui ne se transforment *« pas par des mots, des informations mais par des actes, des pratiques nouvelles[86] »*.

---

[83] Voir annexe VII : Représentations sur la psychiatrie et les personnes âgées.
[84] Nosographie : description et classification des troubles et des maladies.
[85] Sémiologie : étude des signes de la maladie.
[86] ABRIC, Jean-Claude. *L'approche structurale des représentations sociales*. Disponible sur Internet : http://www.europhd.eu/html/_onda02/07/PDF/9th%20Lab%20Meeting%20Lecture%20copia/10-07-2007_ABRIC/1_abric.ppt.

4.2.2 Emotions et mécanismes de défenses.

Les émotions sont difficiles à exprimer et c'est parfois au détour d'un mot, d'une expression que va ressortir le vécu émotionnel d'une situation. La peur face à une possible violence, à l'agressivité du patient est peu ressortie lors de mes entretiens même si certaines infirmières m'ont expliquée *qu'« Il y a des gens vis-à-vis desquels on a une petite distance quoi, parce qu'on se dit qu'il faut faire attention »* ou encore *« Il y a une appréhension, oui quand même »*. En fait, la principale inquiétude des soignants concerne plutôt le fait de ne pas être en capacité d'aider le patient. Certaines infirmières n'ont *« pas l'impression d'apporter quelque chose à la personne »* tandis que d'autres se sentent *« désarmée assez rapidement »* ce qui rejoint ce que dit P-C RACAMIER sur les patients psychotiques *« qui nous renvoient à notre propre inanité »*[87]. Pour M. PHANEUF, l'infirmière est *« formée à l'efficacité et lorsque celle-ci devient inopérante, elle vit un grand sentiment d'impuissance, en tension continuelle entre l'idéal de l'entretien de la vie et la dureté de la réalité* [88]*»*. Face à ce sentiment d'impuissance, cette difficulté rencontrée dans l'accompagnement de ces résidents, certaines personnes peuvent mettre en place des mécanismes de défense. Les propos recueillis me permettent de mettre en évidence deux stratégies susceptibles d'être employées par les soignants. Tout d'abord la fuite, ainsi que le mentionne l'infirmière F *« C'est vrai que la pathologie psy y'en a qui vont pas fuir mais…à reculons quoi »*. Pour d'autres, la solution consistera à passer le relais comme l'infirmière E : *« Si on voit que ça dépasse nos compétences on appelle tout de suite »* (la psychologue ou le CMP). La deuxième stratégie relevée, c'est le rejet de la responsabilité de l'échec thérapeutique sur le patient. Comme le dit l'infirmière C, *« Ce sont des éternels insatisfaits »* ou pour l'infirmière A qui a *« l'impression d'être coincée »*, qu'*« On peut lui prouver par A + B tout ce qu'on fait… mais non…*[…] O*n répond à ses questions, mais elle n'est pas satisfaite »*.

4.3 Difficultés rencontrées par les infirmières

Parmi les difficultés rencontrées par les infirmières dans l'accompagnement des patients ayant des antécédents psychiatriques en EHPAD, j'ai pu mettre en avant trois problématiques. Je ne reviendrai pas sur le sentiment d'impuissance vu précédemment, mais je vais évoquer le rapport au temps et le manque de formation mis en avant par les infirmières rencontrées.

---

[87] HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*. p. 6

[88] PHANEUF, Margot. *La souffrance des soignants un mal invisible… Jalons pour une réflexion.* Disponible sur Internet : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf

4.3.1 Le rapport au temps

Ainsi, pour nombre d'entre elles, ces résidents demandent plus de temps, de présence que les autres résidents de la structure. Pour l'infirmière E, *« C'est vrai qu'elle nous prend du temps »* et l'infirmière B de déclarer que, avec *« les personnes qui ont des troubles psychiatriques, on ne peut pas faire du vite avec eux, ce n'est pas possible. Tout est dans le temps »*. Lors de mes recherches théoriques, je n'avais pas appréhendé cette notion de temporalité dans la spécificité de la prise en soin de ces résidents. Il est vrai que le rapport au temps est très personnel. Mais finalement la question se pose-t-elle en termes de quantité ? Ne serait-ce pas plutôt une question de disponibilité ? Se rendre disponible pour l'écoute c'est déjà assurer au patient que l'on prend en compte sa souffrance. L'objectif ne sera donc pas de donner une réponse, mais d'amener le patient à trouver lui-même la réponse. Ce qui pourrait m'amener à faire du lien avec le concept d'écoute active développé par C. ROGERS dans son approche centrée sur la personne. Parmi les techniques utilisées, la reformulation pourra être utilisée. Ainsi au lieu de dire *« Ne vous inquiétez pas »* comme le fait l'infirmière A, il serait plus pertinent par exemple de lui dire « Je vois que vous êtes inquiète » ou comme le dit l'infirmière F, *« déjà de s'assoir et de dire, voilà je vous écoute »…* Mais on peut également penser que certains soignants peuvent avancer l'argument du manque de temps pour justifier une difficulté dans la prise en soins *car « Y'a des collègues qui vont se cacher dans … y'a du boulot, on n'a pas le temps »*.

4.3.2 Un manque de formation ?

La question de la formation a été également abordée par les infirmières lors des entretiens. Le cas de l'infirmière E est différent des autres puisqu'elle est diplômée depuis 1983 et, *« à l'époque, y'avait des infirmières qui étaient spécialisées »* c'est-à-dire les ISP. Pour l'infirmière F, *« on survole dans les trois ans »* quant à l'infirmière D *« On apprend à l'école mais en pratique, c'est pas la même chose »*. Selon l'infirmière A, *« On ne se rend pas compte en tant qu'étudiant de l'importance d'aller en cours de psychiatrie »* et sur le moment *« C'était un peu rébarbatif »*. Lors de l'entretien avec les infirmières C et D, j'ai été interloquée par l'utilisation du terme *« psychose maniaco dépressive »* qui est l'ancien terme utilisé pour désigner les troubles bipolaires, pourtant, elles m'ont déclaré *« Moi c'est parce que je sors de l'école et j'ai appris comme ça »* (diplômée depuis 10 mois) et *« Moi c'est PMD pareil »* (diplômée depuis 9 ans). Qu'en est-il de l'enseignement de la psychopathologie dans les IFSI ? Comment rendre attractive cette spécialité ? Comment accompagner les

étudiants et leur donner les moyens de prendre en soin les personnes souffrants de maladie psychique car, comme le dit l'infirmière F *« Il y a beaucoup de personnes âgées qui maintenant ont une patho psy et qui arrivent en structure et qui, malheureusement, nous mettent à mal »*. Malgré tout, si certaines infirmières ne se jugent pas assez formées, d'autres en revanche ne sont *« pas forcément attirée par ce type de formation »* (sur la psychiatrie) alléguant le fait que les patients sont stabilisés. Finalement, l'intérêt des formations complémentaires ne semble être reconnu qu'au moment des crises, comme sur la structure de l'infirmière F où une formation sur les troubles psychiatriques en gériatrie était proposée suite au suicide d'un patient.

4.4 Les solutions potentielles.

Face à ces difficultés, les infirmières vont avoir recours à plusieurs possibilités. Je fais ici le lien avec le concept de « coping » développé dans mon cadre théorique. Selon R. LAZARUS et S. FOLKMAN, il existerait deux stratégies de coping mais, au cours de mes entretiens, je n'ai identifié que celle centrée sur le problème. Il est vrai que le côté personnel des émotions est difficilement abordable avec une personne que l'on ne connaît pas.

4.4.1 Le recours aux traitements (neuroleptique/ placebo)

Les infirmières rencontrées identifient la médication comme une stratégie de résolution de problème. Ainsi, la distribution des traitements fait partie du rôle de l'infirmière qui devra aussi surveiller la prise ainsi que l'apparition d'effets secondaires. Concernant les traitements psychiatriques, *« Ce n'est pas qu'on est dans la facilité mais c'est la solution qu'on a »*. En effet, dans le cas d'une majoration des troubles ou d'un changement dans le comportement d'un résident ayant des antécédents psychiatriques, les infirmières vont informer le médecin traitant qui pourra modifier le traitement si besoin, pour retrouver un équilibre de la thymie. La solution médicamenteuse semble être une des réponses apportées aux difficultés rencontrées car *« Si on a besoin, on a toujours les médicaments, on lui donne tant de gouttes et voilà »*. Malgré tout, nous avons vu dans le cadre théorique que le risque iatrogène augmentait avec l'âge et l'on peut s'interroger sur les bénéfices et les risques d'un tel traitement.

Sur deux structures, les infirmières m'ont également parlée de l'utilisation des placebos. Ainsi, elles ont pu mettre en avant que certains résidents étaient dans la demande de traitements, dans la somatisation et que l'utilisation de placebos pouvait être une solution pour

certains d'entre eux. *« On donne des sucrettes* […] *des petits cachets blancs et ça va tout de suite mieux ! »*. L'infirmière D m'explique que, lorsqu'une des patientes (souffrant de bipolarité) est trop dans la demande, *« On joue avec les placebos », « Elle prend et puis elle s'en va »*. Mais l'utilisation de ces placebos, outre le fait que celle-ci doit se faire sur prescription médicale (ce qui n'était pas le cas ou alors suite à une prescription orale), n'est pas toujours efficace et les infirmières doivent alors se tourner vers d'autres solutions pour répondre aux difficultés rencontrées dans la prise en soin de ces résidents.

4.4.2 Le travail en équipe.

Lorsqu'une prise en soin devient problématique, l'équipe semble être un soutien privilégié par les infirmières rencontrées. Le travail en interdisciplinarité est mis en avant : aides-soignantes, aides médico-psychologiques, ergothérapeutes, psychologues, médecins traitants, cadres infirmiers, médecins coordinateurs, autant de professionnels qui travaillent en étroite collaboration avec les infirmières, *« en toute collégialité »* dans l'accompagnement des résidents ayant des antécédents de maladie psychique.

Malgré tout, il existe quelques disparités selon les structures en lien avec le temps de présence de certains professionnels et l'organisation de service. Ainsi, sur l'établissement de l'infirmière F, ce sont les ergothérapeutes qui réalisent les toilettes évaluatives par exemple alors que cette évaluation est faite par les aides-soignantes et AMP sur les autres structures. De plus, le temps de présence des psychologues est variable selon les établissements (entre 1 à 2 jours et demi par semaine). De son côté, l'infirmière E m'a expliqué qu'une psychologue intervenait sur la structure mais, que depuis son départ, elle n'a pas été remplacée. Elle m'a également dit qu'ils n'avaient qu'une seule ergothérapeute qui intervenait une fois par semaine pour 190 résidents et qu'elle *« n'a pas le temps du tout »* de proposer des activités pour ces résidents.

Au cours de mon échange avec l'infirmière F, celle-ci à un moment donné me dit : *« je pense qu'il y a des soignants qui vont être plus sur le plan somatique… et y'a d'autres soignants qui vont être sur le psychisme »*. Suite à cette remarque, je me suis interrogée sur la notion de référent dans l'équipe. Ainsi, sur les EHPAD, il existe des référents plaies et pansements, des référents manutentions… mais a priori, je n'ai encore jamais entendu parler de référent en psychiatrie… Je n'ai pas développé le sujet des formations complémentaires, telles que les diplômes universitaires dans mon cadre théorique, mais comme le dit l'infirmière F *« C'est*

vrai que c'est dommage car ça pourrait être une bonne idée » car *« Il n'y a beaucoup de personnes âgées qui maintenant ont une patho psy et qui arrivent en structure et qui malheureusement nous mettent à mal ».*

4.4.3 Le travail en réseau.

En plus de l'équipe soignante de l'EHPAD, les infirmières s'appuient également sur des intervenants extérieurs appartenant au secteur psychiatrique. Lors de mes recherches pour mon cadre théorique, je m'étais interrogée sur l'existence de la mise en place d'un réseau organisé entre les EHPAD et le secteur psychiatrique. Aux dires des infirmières, une collaboration étroite entre ces différents acteurs existe effectivement mais j'ignore si celle-ci est organisée sous le couvert d'une convention. Pour les patients qui arrivent du secteur psychiatrique, un relais est fait entre les deux équipes sur le temps de l'accueil. L'infirmière E a évoqué *« Un monsieur qui est entré y'a quelques mois et qui arrivait directement du* [service d'hospitalisation en psychiatrie] *et qui était assez jeune… En fait le relais s'est fait parce que les infirmiers qui le suivaient là-bas l'ont accompagné ici, ils l'ont présenté et du coup en fait, ils ont fait un peu le relais et nous, ils nous ont un peu expliqué quelle attitude avoir par rapport à ce monsieur-là ».* Sur l'établissement des infirmières C et D, à l'arrivée d'un nouveau résident, un psychiatre s'est déplacé pour leur *« parler de la pathologie de la personne ».* Ensuite, sur la durée, le relais se fait avec les infirmières du CMP puisque les prises en soin s'organisent en fonction du secteur. Ces dernières se déplacent sur les EHPAD une à deux fois par mois selon les structures mais *« On peut toujours les appeler si y'a un souci », « Les infirmières du CMP, c'est vraiment notre relais ».* Concernant le suivi psychiatrique, l'accompagnement sera variable selon les praticiens. Ainsi, la majorité des résidents se rendent au cabinet du psychiatre et les transmissions se font par le biais de courriers. Le fonctionnement est différent sur la structure de l'infirmière G puisque c'est le psychiatre qui vient sur l'EHPAD toutes les deux semaines. *« C'est dans ses habitudes à lui. Mais après, quand il est absent, il n'est pas remplacé donc du coup la prise en charge est plus compliquée car il faut organiser le transport sur le CMP ou sur les UMP aux urgences ».* Notons par contre que, lors de son passage, les infirmières ne font pas la visite avec lui et *« Au niveau transmission, il faut surtout relire avant qu'il parte, parce qu'il a une écriture pas fluide du tout et si on n'a pas eu le décryptage, on est quasi tous dans l'incapacité de le relire ! ».*

4.4.4 L'hospitalisation : le dernier recours.

Enfin, en dernier recours, il arrive que les résidents doivent être hospitalisés en secteur psychiatrique suite à une décompensation de leur pathologie. Quand j'ai questionné les infirmières sur les raisons de cette hospitalisation, l'absence de psychiatre sur la structure a été l'argument avancé. Pour l'infirmière G, *« C'est certaines fois le manque de présence de médecin, traitant ou spécialiste… des fois on est dans l'impasse et y'a besoin d'une présence médicale plus importante et on ne peut pas assumer ici »* et il ne faut pas *« hésiter à passer le relais quand ce n'est plus gérable »*.

Lorsque les infirmières se sentent *« désarmées »*, qu'il y a un *« épuisement, un ras le bol »*, ou quand *« le traitement n'est plus adapté »* l'hospitalisation semble être la seule solution. Malgré tout, je m'interroge sur ce qui se fait en plus lors d'une hospitalisation en psychiatrie. Il serait intéressant de pouvoir rencontrer des soignants exerçant dans un service d'hospitalisation et pouvoir comparer la prise en soin. Mais finalement, au regard des remarques des infirmières, je m'interroge : dans certaines circonstances, l'hospitalisation est-elle mise en place pour soulager le patient ou pour soulager l'équipe ?

4.5 Un accompagnement non valorisé ?

Pour terminer, je me suis intéressée à la visibilité et la traçabilité du temps de prise en soin de ces résidents. Si l'on considère que ce qui n'est pas tracé n'est pas fait, alors comment justifier ce besoin en temps dans l'accompagnement de ces patients ?

Ainsi, lorsque j'ai interrogé les infirmières sur leurs pratiques en termes de transmissions écrites, je me suis rendue compte que très peu d'entre elles notaient le temps passé dans les entretiens formels ou informels. Pour elles, ce temps d'échange fait partie de *« ces petites choses qu'on fait spontanément »*, *« Ça fait partie de notre travail »* et finalement, les soins relationnels semblent être une évidence pour les infirmières qui, de ce fait, ne vont pas le noter. Des transmissions écrites vont être réalisées lorsque *« des éléments nouveaux qui peuvent nous aider dans le prise en charge »* apparaissent au cours de l'entretien. Par contre, pour celles qui font des transmissions écrites, une certaine lassitude peut apparaitre. Ainsi, l'infirmière E m'a expliqué que *« Des fois, on essaye de le marquer dans le dossier de soin quand ça nous a pris du temps, mais des fois c'est du quotidien, donc au bout d'un moment on ne marque plus… On marque le premier, le deuxième jour et après on ne marque pas parce que c'est toujours pareil »*. Cette absence de traçabilité va avoir une répercussion sur l'outil

d'évaluation PATHOS. Ainsi, l'infirmière G a pu soulever que *« Sur les PATHOS, ça pourrait nous aider à monter en points. Mais vu que ce n'est pas tracé, c'est peu quantifiable et du coup ça ne joue pas en notre faveur »*. De même, concernant la grille AGGIR, il existe bien une inadéquation entre le GIR et la réelle charge de travail car *« Ils peuvent être GIR 5 alors qu'au final, ils nous prennent beaucoup plus de temps qu'une personne en GIR 3 où c'est juste pour une toilette »*.

4.6 Synthèse de l'analyse

L'objectif de cette analyse était de pouvoir faire du lien entre théorie et réalité du terrain en lien avec ma question de départ qui était : En quoi les antécédents psychiatriques d'un résident en EHPAD influencent-ils la prise en soin infirmier ?

Au regard des données recueillies, j'ai pu me rendre compte que les représentations de l'infirmière sur la psychiatrie vont orienter sa prise en soin. Ainsi, la sensibilité de chacun vis-à-vis des troubles psychiques va faire que la prise en soins sera envisagée comme relevant de notre rôle propre ou non. En effet, la plupart des infirmières rencontrées estimaient qu'elles n'avaient pas forcément les compétences pour accompagner efficacement ces patients. J'ai eu l'impression qu'elles considéraient les entretiens d'aide comme relevant uniquement du rôle du CMP. Certaines ont également mis en avant le manque de temps, de personnel… Paradoxalement, la traçabilité des soins relationnels pourrait permettre de justifier l'attribution de temps soignant supplémentaire par les autorités compétentes, mais celui-ci n'étant pas tracé… Après réflexion, même si la mise en place de référents en psychiatrie pourrait être une piste de réflexion, il me semblerait plus intéressant de valoriser le rôle propre infirmier et notamment celui concernant l'aide et le soutien psychologique[89]. Mais comment donner les moyens à toutes les infirmières de prendre en soin des patients atteints de maladie psychique, à dépasser leur appréhension, cette impression de ne pas faire bien… ? En référence à D. WINNICOTT[90], ne suffirait-il pas finalement d'accepter de ne pas être une « bonne infirmière » mais plutôt une « infirmière suffisamment bonne[91] » ? Ce qui pourrait m'amener à formuler une nouvelle question de recherche qui serait : **L'idéal du moi infirmier est-il un frein ou un moteur dans la prise en soin des patients ?**

[89] Alinéa 41 de l'article 4311-5 du CSP
[90] Donald Winnicott, psychiatre et psychanalyste anglais. 1896-1971
[91] Référence à la théorie de Winnicott sur la mère suffisamment bonne.

CONCLUSION

Au cours de la réalisation de ce travail de fin d'études, j'ai eu l'occasion d'échanger sur le sujet des résidents en EHPAD ayant des antécédents psychiatriques avec de nombreux professionnels. Aides-soignants, infirmiers, ISP mais également cadres de santé, tous m'ont fait part de cette difficulté dans la prise en soin de ce public, que ce soit concernant les lieux d'accueil ou encore l'approche du personnel soignant vis-à-vis de ces pathologies.

Au cours de mes recherches, j'ai pu me rendre compte de la complexité de cette problématique de soin mais également de l'importance de pouvoir ancrer cette recherche dans la réalité du terrain au regard de la pratique infirmière.

Parmi mes motivations pour faire la formation d'infirmière, se trouvait la volonté de comprendre, d'aller plus loin dans l'analyse d'une situation, approfondir mes connaissances pour pouvoir être en capacité de proposer aux patients un accompagnement réfléchi et adapté. Ainsi, la réalisation de cette initiation à la démarche de recherche m'a permis d'étudier un phénomène qui m'avait interpellé il y a longtemps déjà et qui m'avait laissé comme un sentiment d'incompréhension… Avant de commencer la formation, je cherchais peut-être inconsciemment des solutions, des réponses, mais au terme de mon parcours, je me rends compte que ce n'est pas la réponse qui compte, mais plutôt le processus qui m'a permis d'aboutir à ce résultat et qui me permettra par la suite de mener une réflexion en équipe pluri-professionnelle et ce, dans l'optique d'améliorer notre pratique au quotidien.

Au-delà de l'objectif à court terme, à savoir l'obtention de mon diplôme d'état d'infirmier, j'y vois également un intérêt dans ma pratique future car, si l'on se base sur les trois paliers de l'apprentissage qui sont - comprendre, agir et transférer - on peut considérer que ce travail de fin d'études m'a permis de comprendre cette problématique de soin infirmier pour pouvoir agir auprès de ce public et enfin transférer ces connaissances (que ce soit sur la méthodologie de la recherche ou sur l'accompagnement de ces personnes) auprès d'un public ou d'un service de soins différents.

Pour terminer, je souhaiterais citer M-F. COLLIERE pour qui *« la formation universitaire ne saurait être le gage en soi d'une amélioration de la qualité des soins, les savoirs issus de l'écriture pouvant donner l'illusion de la scientificité à chaque fois qu'ils se réfugient dans les théories et concepts en s'éloignant de la lecture sur la réalité des situations de soins. En*

accédant à la formation universitaire, il importe donc que les infirmières et les infirmiers aient le souci constant de réduire l'écart entre les savoirs empiriques acquis par l'expérience et les savoirs théorisés afin de redonner une plus-value aux soins infirmiers quotidiens, donc aux soignants. Retrouvons l'Art des pratiques en utilisant la Science des écrits[92] ».

[92] COLLIERE M-F « *Soigner… Le premier art de la vie* » p. 453

BIBLIOGRAPHIE

📖 **<u>Ouvrages</u> :**

- ABRIC, Jean-Claude. *Pratiques sociales et représentations.* 2ème éd. Paris : Presse Universitaire de France, 1994. 396p. (Collection Quadrige)

- COLLIERE, Marie-Françoise. *Soigner… Le premier art de la vie*. 2ème éd. Paris : Masson, 2001. 464p.

- FERREY, Gilbert, LE GOUES Gérard. *Psychopathologie du sujet âgé*. 5ème éd. Paris : Masson, 2000. 308 p. (Collection Les âges de la vie)

- MANNONI, Pierre. *Les représentations sociales.* Paris : Presse Universitaire de France, Septembre 2012. 128p. (Collection Que sais-je ?)

- MANOUKIAN, Alexandre, MASSEBOEUF, Anne. *La relation soignant-soigné.* 4ème éd. Lamarre, 2014. 201 p. (Collection pratiquer)

- MONFORT, Jean-Claude. *La psychogériatrie : Appréhender la vulnérabilité psychique des personnes âgées.* 5ème éd. Paris : Presse Universitaire de France, août 2014. 127 p. (Collection Que sais-je ?)

- RUSZNIEWSKI Martine. *Face à la maladie grave, patients, famille, soignants*, Dunod, 2014. 216 p. (Collection Santé sociale)

- COUZON E., DORN F. *Les émotions : Développer son intelligence émotionnelle*. ESF éditeur. 2011. 236 p. (Collection Formation permanente)

📖 **<u>Revues</u> :**

- « Psychotique vieillissant ? » *Santé mentale. Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, octobre 2008, n° 131. P. 25-68.

- Depuis quand a-t-on peur des fous ? La folie, d'Erasme à Foucault. *Les collections de l'Histoire*, avril 2011, n° 51.

💻 **<u>Documents issus d'Internet</u> :**

- MALFATTO, Emilienne. *Quand les « fous » vieillissent*. [en ligne] [14 mars 2013] [référence du 22/12/2015] Disponible sur internet : http://emiliennemalfatto.blog.lemonde.fr/2013/03/14/quand-les-fous-vieillissent/

- GUILLEMETTE, Françoise. *Les « psychotiques vieillissants » en EHPAD : où ? quand ? comment ? pourquoi ? Que fait le médecin coordonnateur confronté à l'entrée en EHPAD d'une personne âgée atteinte de maladie psychiatrique ?* [en ligne] [2006-2007] [référence du 22/12/2015] Disponible sur internet : http://ehpad.org/Bibliotheque/Memoires/memoires-2006-2007/Memoire%20de%20Francoise%20Guillemette.pdf

- TOURTAUCHAUX R., VAILLE-PERRET E., PONTONNIER A-L, JALENQUES I. *Patients souffrant de schizophrénie en EHPAD : quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur ?* [en ligne] [03/02/2011] [référence du 22/12/2015] Disponible sur internet : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00562287/document

- JOVELET, Georges. *Psychose et vieillissement*. L'information psychiatrique (volume 86), p. 39-47 [en ligne] [2010] [référence du 22/12/2015] Disponible sur internet : http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0039

- GRAS, Adrien. *« Etiqueté, cortiqué, archi-connu » : A propos d'une forme d'argot psychiatrique.* [en ligne] [17/06/2014] [référence du 22/12/2015] Disponible sur internet : http://www.reseauprosante.fr/actualites/affep-association-francaise-federative-des-etudiants-en-psychiatrie/etiquete-cortique-archi-connu-a-propos-d-une-forme-d-argot-psychiatrique/11537

- GARRE, Coline. *EHPAD : de la difficulté de prendre en charge les pathologies mentales*. [en ligne] [03/10/2013] [référence du 04/01/2016] Disponible sur internet : http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2013/10/03/ehpad-de-la-difficulte-de-prendre-en-charge-les-pathologies-mentales_672636#

- OEYNHAUSEN, Marc. *Stigmatisation en psychiatrie*. [en ligne] [05/2015] [référence du 04/01/2016] Disponible sur internet : http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Stigmatisation-en-psychiatrie

- France, MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. *Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015*. 43p. [en ligne] [01/02/2012] [référence du 04/01/2016] Disponible sur internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

- ALEXANDRE Nicolas, BRILLIARD Valérie, CASTAING Brigitte, et al. *Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ?* EHESP Module interprofessionnel de santé publique . 2010 [en ligne] [2010] [référence du 04/01/2016] Disponible sur internet : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/mip/2010/groupe_2.pdf

- PANCRAZI, Marie-Pierre. Le sujet âgé et les psychotropes. L'information psychiatrique 2010/1 volume 86 [en ligne] [2010] [référence du 04/12/2015] Disponible sur internet : http://www.cairn.info/article.php?ID_ARTICLE=INPSY_8601_0091&DocId=251716&hits=3528+3519+3513+3508+3391+3388+3241+3240+3058+3055+3040+3036+2547+2538+1709+1707+

- CAIRE, Michel. *La profession infirmière en psychiatrie.* [en ligne] [2014] [référence du 04/12/2015] Disponible sur internet : http://psychiatrie.histoire.free.fr/psyhist/gene.htm#infirm

- CHARAZAC, Pierre. *Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard*. L'information psychiatrique5/2006 (volume 82), p.383-387 [en ligne] [2006] [référence du 04/12/2015] Disponible sur internet : http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-5-page-383.htm

- CHABROL, Henri. *Les mécanismes de défense*. [en ligne] [référence du 04/12/2015] Disponible sur internet : http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=RSI_082_0031

- INPES. *Stigmatisation : quel impact sur la santé ?* La santé de l'homme numéro 419. [en ligne] [mai/juin 2012] [référence du 22/11/2015] Disponible sur internet : http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-419.pdf

- L'information psychiatrique numéro 8 volume 83 [en ligne] [octobre 2007] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : http://www.jle.com/fr/revues/ipe/sommaire.phtml?cle_parution=2085

- HOCHMANN, Jacques. *La peur du fou*. Santé mentale au Québec, vol 6 n°1 p. 3-18 [en ligne] [1981] [référence du 22/11/2015] Disponible sur internet : https://www.erudit.org/revue/smq/1981/v6/n1/030085ar.pdf

- GOFFMAN, E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps.* [en ligne] [mars 2013] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : http://www.lacisaille.fr/sociologie/l2/goffman-erving-stigmate-les-usages-sociaux-des-handicaps/

- BENDER, T. *Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie*. [en ligne] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : http://www.intercludvendee.fr/psychiatrie/Historique-profession-infirmiere-psychiatrie.pdf

- LE PARTENAIRE, vol.18 n°1. *Stigmatisation et troubles mentaux : un enjeu collectif.* [en ligne] [2009] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/05/partenaire-v18-n1.pdf

- L'information psychiatrique. Volume 83 n°8. *Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale.* [en ligne] [octobre 2007] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : http://www.jle.com/fr/revues/ipe/sommaire.phtml?cle_parution=2085

- STIEFEL F. *Le soutien des soignants : éléments-clés.* [en ligne] [2008] [référence du 22/11/2015] Disponible sur Internet : https://www.cairn.info/revue-infokara-2008-4-page-138.htm

- LAMBOY Beatrice, SAIAS Thomas. *Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature.* [en ligne] [Paris] [2012] [référence du 27/11/2015] Disponible sur Internet : http://mediagoras.fr/bordeaux/files/2015/03/Lutte-stigma-Lamboy-Sais-AMPSY.pdf

- Genève. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Santé mentale et vieillissement*. [en ligne] [septembre 2015] [référence du 10/01/2016] Disponible sur Internet : http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/

- Genève. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE. *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. Un protocole technique d'accord*. [en ligne] [2002] [référence du 10/01/2016] Disponible sur Internet : http://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

- Genève. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.* [en ligne] [référence du 10/01/2016] Disponible sur Internet : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf

- SCHMIDT, Nina. *« Les stéréotypes légitiment les inégalités sociales », entretien avec Virginie Bonnot, psychologue sociale*. [en ligne] [février 2015] [référence du 12/01/2016] Disponible sur Internet : http://www.inegalites.fr/spip.php?page=analyse&id_article=2044&id_groupe=15&id_rubrique=28&id_mot=27

- MARTIN SANCHEZ, Marie-Odile. *Concept de représentation sociale.* [en ligne] [référence du 12/01/2016] Disponible sur Internet : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

- JOUET LE PORS, Michèle. *La théorie des représentations sociales* [en ligne] [Référence du 07/02/2016]. Disponible sur Internet : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/representation_sociale_MJLP.pdf

- BERGAMASCHI, Alessandro. *Attitudes et représentations sociales, Revue européenne des sciences sociales* [en ligne] [Date de mise à jour 01/01/2015] [Référence du 07/02/2(Disponible sur Internet : https://ress.revues.org/996#tocto2n2

- BOURION, Christian. *Le concept de représentation mentale* [en ligne] [Référence du 08/02/2016]. Disponible sur Internet : http://cbourion.free.fr/Articles%20sur%20site/le%20concept%20de%20repr%E9sentation%20mentale.pdf

- FONDATION JEAN PIAGET. *Image mentale : les recherches* [en ligne] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.fondationjeanpiaget.ch/fjp/site/ModuleFJP001/index_gen_page.php?IDPAGE=33&IDMODULE=17

- ROULOIS, Pascal. *Introduction aux images mentales* [en ligne] [3/08/2010] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : https://neuropedagogie.com/images-mentales/introduction-aux-images-mentales.html

- METHIVIER, Jeremy. *L'impact de la peur sur les représentations sociales* [en ligne] [Montpellier] [2012] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nnt.jsp?nnt=2012MON30051

- JODELET, Denise. *Les représentations sociales* [en ligne] [1989] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/jodelet_denise/representations_pratiques_individu/Metho_jodelet_representations_soc.pdf

- JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*. [en ligne] [1989] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : http://classiques.uqac.ca/contemporains/jodelet_denise/folies_representations_soc/folies_representations_soc.pdf

- ABRIC, Jean-Claude. *L'approche structurale des représentations sociales*. [en ligne] [Rome] [2007] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.europhd.eu/html/_onda02/07/PDF/9th%20Lab%20Meeting%20Lecture%20copia/10-07-2007_ABRIC/1_abric.ppt.

- MOLINER P, GUIMELLI C. *Les représentations sociales* [extrait en ligne] [Grenoble] [02/2015] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet : https://assets.edenlivres.fr/assets/publications/49851/medias/excerpt.pdf

- DANTIER, Bernard. *Représentations, pratiques, société et individu sous l'enquête des sciences sociales : Denise Jodelet, Les représentations sociales.* [en ligne] [27/05/2007] [Référence du 08/02/2016] Disponible sur Internet :

http://classiques.uqac.ca/collection_methodologie/jodelet_denise/representations_pratiques_individu/Metho_jodelet_representations_soc.pdf

- SANCHEZ, Marie-Odile. *Concept de représentation sociale* [en ligne] [Référence du 10/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

- LO MONACO G., LHEUREUX F. *Représentations sociales : théorie du noyau central et méthodes d'étude. Revue électronique de Psychologie Sociale, n°1, pp. 55-64* [en ligne] [2007] [Référence du 10/02/2016] Disponible sur Internet : http://psychologiesociale.eu/wp-content/uploads/2010/01/Lo-monaco-Lheureux-2007.pdf

- LUBOMIRSKA. *Les Préjugés sur la folie* [en ligne] [Paris] [1908] [Référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k55125670/f31.image.r=

- BERTHIER. *Erreurs et préjugés relatifs à la folie* [en ligne] [1863] [Référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5469148k/f6.image

- GALOIN, Alain. *Approche historique de la folie* [en ligne] [Référence du 14/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.histoire-image.org/site/oeuvre/analyse.php?i=897

- BANTREIL, Noëlle. *Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours* [en ligne] [02/08/2010] [Référence du 14/02/2016] Disponible sur Internet : http://clio-cr.clionautes.org/histoire-de-la-folie-de-l.html

- MGEN. *Enquête Santé Mentale* [en ligne] [12/2014] [Référence du 15/02/2016] Disponible sur Internet : https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/Communiques_de_presse/2014/20141204_Enquete_MGEN_OpinionWay_sante_mentale.pdf

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques .Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé. *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en population générale.* [en ligne] [10/2004] [Référence du 15/02/2016] Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Annexe_3_DREES_-_Representations_de_la_sante_mentale.pdf

- DANTZER, Robert. *Psychologie de la peur* [en ligne] [1993] [Référence du 18/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/comm_0588-8018_1993_num_57_1_1864

- MENES, Martine. *L'inquiétante étrangeté* [en ligne] [2004] [Référence du 20/02/2016] Disponible sur Internet : https://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=LETT_056_0021

- FREUD, Sigmund. *L'inquiétante étrangeté* [en ligne] [1919] [Référence du 20/02/2016] Disponible sur Internet : http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/essais_psychanalyse_appliquee/10_inquietante_etrangete/inquietante_etrangete.pdf

- FLAUX, Hélène. *La peur de la folie : un mal universellement humain ?* [en ligne] [09/09/2010] [Référence du 20/02/2016] Disponible sur Internet : https://scribium.com/helene-flaux/a/la-peur-de-la-folie-un-mal-universellement-humain/

- TAUBES, Isabelle. *Pourquoi la folie fait peur* [en ligne] [03/2006] [Référence du 20/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Troubles-Maladies-psy/Articles-et-Dossiers/Pourquoi-la-folie-fait-peur

- LACAS, Pierre-Paul. *Défense mécanismes de*. [en ligne] [Référence du 20/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.universalis.fr/encyclopedie/mecanismes-de-defense/

- BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou. *Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress* [en ligne] [Bordeaux] [12/2001] [Référence du 21/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.irepspdl.org/_docs/Fichier/2015/2-150316040214.pdf

- IONESCU, Serban. *Les mécanismes de défense* [en ligne] [12/1997] [Référence du 21/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.scienceshumaines.com/articleprint2.php?lg=fr&id_article=11581

- BRIENT, Pierrick. *Du regard à la parole : la relation soignant-soigné en psychiatrie* [en ligne] [2007] [Référence du 23/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-61.htm

- ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS. *Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières.* [en ligne] [03/2010] [Référence du 27/02/2016]

Disponible sur Internet : http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cnoi_psychiatrie_sante_mentale.pdf

- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE. *Les coupes AGGIR-PATHOS* [en ligne] [11/02/2015] [Référence du 27/02/2016] Disponible sur internet : http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-allocation-des-ressources/les-soins-en-ehpad/les-coupes-aggir-pathos

- Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région Lausannoise ». *Psychiatrie de l'âge avancé.* [en ligne] [Lausanne] [09/2004] [Référence du 27/02/2016] Disponible sur Internet : https://www.reseau-sante-region-lausanne.ch/system/files/2014/02/charte_paa.pdf

- SOCIETE FRANCAISE DE GERIATRIE ET GERONTOLOGIE. *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées* [en ligne] [04/2016] [Référence du 24/03/2016] Disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf

- ACTUSOINS. *Pourquoi les jeunes infirmières boudent les EHPAD ?* [en ligne] [26/05/2014] [Référence du 24/03/2016] Disponible sur internet : http://www.actusoins.com/22270/les-jeunes-infirmieres-boudent-les-ehpad.html

- CHARAZAC, Pierre. *Psycho-gériatrie* [en ligne] [11/03/2015] [Référence du 26/03/2016] Disponible sur internet : https://books.google.fr/books?id=A12GBwAAQBAJ&pg=PA284&lpg=PA284&dq=patient+psychotique+en+ehpad&source=bl&ots=0bxGzY1jrK&sig=Bny0Ac4rL9zWgV-4YGtwowcGyOg&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwjQh8L7yN7LAhUE2hoKHQ56B-s4ChDoAQggMAE#v=onepage&q=patient%20psychotique%20en%20ehpad&f=false

- ALAMOWITCH N., CARIA A., ARFEUILLERE S. *Modalité de soins en psychiatrie* [en ligne] [Date de mise à jour 03/2016] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie

- VOLANT, Sabrina. *Etudes et résultats : 693 000 résidentes en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011*. [en ligne] [12/2014] [Référence du 29/03/2016] Disponible dur Internet : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf

- PHANEUF, Margot. *La souffrance des soignants un mal invisible… Jalons pour une réflexion.* [en ligne] [10/2012] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/01/La-souffrance-des-soignantes-.pdf

- SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS. *Infirmière en EHPAD : fiche de poste.* [en ligne] [12/08/2014] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html

- France. MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétences.* [en ligne] [15/08/2009] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

- Dictionnaire Larousse. *Discrimination*. [en ligne] [référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/discrimination/43853

- Dictionnaire Larousse. Préjugé [en ligne] [Référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/pr%C3%A9jug%C3%A9/82358

- Code pénal. Article 225-1 version en vigueur au 23 février 2014. [en ligne] [référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417828

- Code de la santé publique. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Article 4312-25. [en ligne] [Référence du 13/02/2016] Disponible sur Internet : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000002238633&cidTexte=LEGITEXT000005822264&categorieLien=id

ANNEXES

- **Annexe I** : Caractéristiques du système central et du système périphérique d'une représentation selon J-C ABRIC.

- **Annexe II** : Rôle IDE en EHPAD.

- **Annexe III** : Guide d'entretien.

- **Annexe IV** : Profil des infirmières rencontrées lors des entretiens.

- **Annexe V** : Les résidents ayant des antécédents psychiatriques.

- **Annexe VI** : Compétences IDE.

- **Annexe VII** : Représentations sur la psychiatrie et sur les personnes âgées.

ANNEXE I

Caractéristiques du système central et du système périphérique d'une représentation

SYSTEME CENTRAL	SYSTEME PERIPHERIQUE
Lié à la mémoire collective et à l'histoire du Groupe	Permet l'intégration des expériences et histoires individuelles
Consensuel : définit l'homogénéité du groupe	Supporte l'hétérogénéité du groupe
Stable Cohérent Rigide	Souple Supporte des contradictions
Résiste au changement	Evolutif
Peu sensible au contexte immédiat	Sensible au contexte immédiat
Fonctions : • Génère la signification de la représentation • Détermine son organisation	Fonctions : • Permet l'adaptation à la réalité concrète • Permet la différenciation du contenu • Protège le système central

Source :

ABRIC, Jean-Claude. L'approche structurale des représentations sociales. Disponible sur Internet : http://www.europhd.eu/html/_onda02/07/PDF/9th%20Meeting%20Key%20%Lecture%20Copia/10-07-2007_ABRIC/1_abric.ppt.

ANNEXE II

RÔLE IDE EN EHPAD

Source : SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSIONNELS INFIRMIERS. *Infirmière en EHPAD : fiche de poste.* [en ligne] [12/08/2014] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://www.syndicat-infirmier.com/Infirmiere-en-EHPAD-fiche-de-poste.html

En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), l'infirmière s'occupe du maintien, de l'amélioration de l'état de santé et de l'autonomie des patients en leur prodiguant des soins. Elle doit adapter la prise en charge en fonction des particularités de chacun d'entre eux.

La spécificité des services de gériatrie est qu'ils sont des lieux de vie pour des personnes âgées dépendantes, ce qui implique un rôle relationnel majeur envers les résidents et leurs familles ou proches, dans le cadre du projet de vie institutionnel. L'infirmière doit élaborer et mettre en œuvre les projets de vie individuels des résidents : l'objectif premier est une bonne prise en considération du résident pour préserver la continuité de la vie et l'autonomie de la personne

Le développement des pathologies de type Alzheimer renforce les besoins de compétences spécifiques par rapport aux objectifs d'accompagnement des projets de vie, de maintien / stimulation des capacités cognitives, de socialisation.

L'infirmière en EHPAD doit être capable de :

- Prendre en charge un grand nombre de résidants
- Détecter l'urgence et d'y faire face en prenant les initiatives qui s'imposent.
- Assurer l'encadrement d'une importante équipe d'aides-soignant(e)s
- Encadrer les stagiaires (IDE, AS, BEP)

Activités principales :

- Recueil des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne et de son entourage
- Établissement du projet de soins et de la planification des activités infirmières pour le patient
- Réalisation, contrôle des soins infirmiers et accompagnement de la personne et de son entourage

- Surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients
- Assistance technique lors de soins réalisés par le médecin
- Information et éducation de la personne et de son entourage
- Rédaction et mise à jour du dossier du patient
- Accueil et encadrement pédagogique des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité
- Coordination et organisation des activités et des soins concernant un patient ou un groupe de patients pendant l'hospitalisation et lors de sa sortie
- Réalisation d'études et de travaux de recherche et veille professionnelle
- Gestion et contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- Mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets

Savoir-faire requis :

- Etre capable d'anticipation (prévoir les activités des autres personnels soignants, prévoir les périodes sans médecin)
- Évaluer l'état de santé et le degré d'autonomie de la personne
- Effectuer et formaliser le diagnostic infirmier et décider de la réalisation des soins relevant de son initiative
- Réaliser les soins infirmiers et les activités thérapeutiques adaptés aux situations en respectant les protocoles d'hygiène et les règles de bonnes pratiques
- Identifier les situations d'urgence ou de crise et y faire face par des actions adaptées
- Créer une relation de confiance avec le patient et son entourage
- Planifier et organiser son temps et celui de ses collaborateurs dans le cadre du travail d'équipe
- Évaluer la qualité des pratiques et les résultats des soins infirmiers
- Élaborer et utiliser des protocoles de soins concernant le rôle infirmier
- Travailler en équipe interprofessionnelle
- Analyser, synthétiser des informations permettant la prise en charge de la personne soignée et la continuité des soins
- Conduire des entretiens de soutien d'aide
- Éduquer, conseiller le patient et l'entourage en vue d'une démarche d'autonomisation

ANNEXE III

GUIDE D'ENTRETIEN

Etudiante en 3ème année à l'Institut de Formation en Soins Infirmier, je réalise actuellement une enquête dans le cadre de mon travail de fin d'étude concernant les patients en EHPAD ayant des antécédents psychiatrique.

Cet entretien est anonyme et durera environ 30 minutes. Avec votre accord, je souhaiterais enregistrer nos échanges pour faciliter la retranscription de cet entretien. *(L'enregistrement sera effacé dès que j'aurais terminé la retranscription).*

Objectif général : Recueillir des données lors d'entretiens avec 6 infirmier(e)s exerçant en EHPAD. Ces données me permettront de confronter les aspects conceptuels développés dans mon cadre théorique et la réalité de terrain et de réaliser une analyse en lien avec ma question de départ qui est : **« En quoi les antécédents psychiatriques d'un résident en EHPAD influencent-ils la prise en soins infirmiers ? »**

I- Les représentations.

Objectif : Essayer de faire ressortir les représentations des soignants sur la psychiatrie et la vieillesse.

Méthode : Association libre à partir d'un mot inducteur pour repérer le contenu de la représentation. Ces questions sont volontairement posées dès le début de l'entretien pour éviter toute influence potentiellement induite par les échanges suivants.

- Pouvez-vous me donner les 4 premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous parle de psychiatrie ?
- Et les 4 premiers mots lorsque que je vous dis « personne âgée » ?

II- Le cadre de mon enquête.

Objectif 1 : Connaître le profil des soignants interrogés pour savoir si le parcours de l'infirmier a une influence sur la prise en soins des patients ayant des antécédents de pathologie psychiatrique.

Méthode : Questions fermées n'interrogeant pas les motivations des soignants, seulement leur parcours professionnel.

- Pourriez-vous me donner votre âge ?
- Depuis quand exercez-vous la profession d'infirmier(e) ?
- Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette structure ?
- Avez-vous déjà eu une expérience dans le domaine de la psychiatrie ?
  - Professionnelle : si oui, dans quel service ?
  - Lors de votre formation : dans quel service ?

Objectif 2 : Connaître le nombre et le profil des résidents ayant des antécédents psychiatriques et accueillis dans l'EHPAD pour pouvoir faire du lien avec la prise en soin infirmière.

Méthode : Questions fermées et semi-ouvertes.

- Dans votre structure, accueillez-vous des patients ayant des antécédents psychiatriques ? Si oui, combien (environ) ?
- Quelle type de pathologie psychiatrique rencontrez-vous le plus fréquemment sur votre structure ?
- Ces patients ont-ils déjà effectué des séjours en psychiatrie ? Ont-ils toujours un suivi psychiatrique ?
  - Si oui, avec quel professionnel ? (Psychiatre, CMP, psychologue…)
  - Si non, pourquoi (selon vous) ne sont-ils pas suivis et pensez-vous que cette absence est préjudiciable dans votre accompagnement au quotidien ?

III- Influence des antécédents psychiatriques d'un résident sur sa prise en soins en EHPAD. (Généralités)

Objectif : Connaître l'influence de la maladie psychique sur la prise en soin des patients en EHPAD.

Méthode : Questions ouvertes avec relances.

- Pensez-vous que les antécédents psychiatrique d'un résident peuvent influencer sa prise en soins ? si oui, dans quelle mesure ?
- Pour vous, existe-t-il une spécificité dans la prise en soins de personnes âgées souffrant de pathologie psychiatrique en EHPAD ? Si oui, pouvez-vous m'expliquez lesquelles ? *(amener le soignant à parler de décompensation, de violence, de peur , du rapport avec les autres patients, de la vie en collectivité, de la spécificité de l'EHPAD, nombre de personnel…)*
  - Lors de l'accueil ?
  - Au long court ?
  - Le rapport avec les autres résidents ?

IV- Le rôle de l'infirmier dans la prise en soins d'un résident ayant des antécédents psychiatrique en EHPAD.

Objectif : Connaître la vision du soignant sur son rôle auprès de ces patients.

Méthode : Questions ouvertes avec relances.

- Quel est votre rôle infirmier spécifique auprès de ces patients ?
- Avez-vous l'occasion de réaliser des entretiens d'aide auprès de ces patients ? Si oui, à quel rythme ? Si non, pourquoi ?
- Ce temps de présence est-il pris en compte dans votre planification de soin ? Est-t-il tracé dans vos validations de soins ? (entretien d'aide ? écoute ?...)

V- Emotions et ressentis des infirmier(e)s face à un patient ayant des antécédents de maladie psychique.

Objectif : Connaître le ressenti des soignants sur la prise en soins de ces patients et sur les difficultés rencontrées dans l'accompagnement de ces résidents ainsi que sur les ressources disponibles pour faire face à ces difficultés.

Méthode : Questions ouvertes avec relances.

- Vous arrivent-ils d'éprouver de l'appréhension dans la prise en soins de ces patients ? Si oui, pouvez-vous me dire dans quelles circonstances ? Si non, qu'est-ce qui fait que vous n'éprouvez pas d'appréhension ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en soins ces résidents ?
- Pensez-vous être assez formée pour accompagner ces résidents au quotidien ?
- En cas de difficultés, à qui pouvez-vous vous adresser pour obtenir de l'aide et des conseils ?

Merci de m'avoir accordé un peu de votre temps.

(Guide d'entretien validé le 09/03/2016)

ANNEXE IV

PROFIL DES INFIRMIERES RENCONTREES LORS DES ENTRETIENS

Soignant	âge	Nombre d'années d'exercice	Nombre d'années sur la structure	Expérience en psychiatrie		Lieux d'exercice
				Formation	Professionnelle	
Infirmière A	26	10 mois	1 mois	Pédopsychiatrie	Non	EHPAD
Infirmière B	45	2 ans et demi	2 ans et demi	Pavillon d'entrée	Non	EHPAD
Infirmière C	46	9 ans	2 ans	CMP et long séjour	Non	EHPAD
Infirmière D	22	10 mois	10 mois	CMP	Non	EHPAD
Infirmière E	54	33 ans	33 ans	CHS	Non	EHPAD
Infirmière F	36	2 ans	8 mois	Court séjour	Non	EHPAD + Cardio
Infirmière G	38	15 ans	8 ans	Court séjour et géronto-psychiatrie	Non	EHPAD

Source : Données recueillies lors des entretiens.

ANNEXE V

LES RESIDENTS AYANT DES ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Structure	Nombre de résidents ayant des antécédents psychiatriques		Pathologies
	Nombre	%	
Infirmière A	2 ou 3 sur 37	8%	Bipolaire Dépression
Infirmière B	Beaucoup sur 80	?	Démence Bipolaire non diagnostiqué
Infirmière C	Environ 15 sur 60	25%	Psychose Maniaco Dépressive Angoisse
Infirmière D	> 10 sur 60	16%	PMD Syndrome anxio-dépressif
Infirmière E	+/- 15 sur 90	16%	Paraphrénie Schizophrénie Délire Dépression Addiction
Infirmière F	3 au moins sur 20	15%	Trouble du comportement Délire paranoïde Schizophrénie Névrose avec paranoïa Syndrome anxio-dépressif
Infirmière G	N'a pas su répondre	?	Dépression

Source : Données recueillies lors des entretiens.

ANNEXE VI

COMPETENCES IDE

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

Les référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'Etat ne se substituent pas au cadre réglementaire. En effet, un référentiel n'a pas vocation à déterminer des responsabilités. Il s'agit de décrire les activités du métier, puis les compétences. Celles-ci sont rédigées en termes de capacités devant être maîtrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat. Cette description s'inscrit dans la réglementation figurant au code de la santé publique (CSP).

Compétences

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

COMPÉTENCES DÉTAILLÉES

Compétence 1

Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique ;
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins...) ;
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution ;
4. Conduire un entretien de recueil de données ;
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé ;
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives ;
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires ;
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des informations recherchées au regard d'une situation donnée.	Plusieurs sources d'information sont utilisées (personnes, dossiers, outils de transmission...) ; Tous les éléments d'information pertinents sont recherchés dans le dossier ou les documents et auprès du patient, de la famille, de l'entourage ou du groupe ; Les informations utilisées sont mises à jour et fiables ; Des explications sont données sur le choix des informations sélectionnées au regard d'une situation donnée, la sélection est pertinente.
2. Cohérence des informations recueillies et sélectionnées avec la situation de la personne ou du groupe.	Les informations recueillies sont en adéquation avec les besoins de la personne ; Le recueil des informations (entretien, observation, échanges avec la famille...) est réalisé dans le respect de la déontologie et des règles professionnelles ; Les informations sélectionnées sont priorisées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence du diagnostic de situation clinique posé.	Le diagnostic de situation et/ou le diagnostic infirmier s'appuie sur une analyse pertinente des différentes informations et sur la mise en relation de l'ensemble des éléments recueillis ; La situation de santé est analysée de manière multidimensionnelle ; Les signes d'urgence ou de détresse, de décompensation d'une pathologie ou d'un dysfonctionnement sont repérés ; Le lien entre les éléments recueillis est expliqué ; Le raisonnement clinique utilisé et la démarche d'analyse des informations sont expliqués ; Les connaissances utilisées sont précisées.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité ;
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations ;
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité, de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité ;
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées ;
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien ;
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins ;
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants ;
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...) ;
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence du contenu du projet et de la planification en soins infirmiers.	Le projet prend en compte les informations recueillies sur toutes les dimensions de la situation ; Le projet comporte des objectifs, des actions, des modes d'évaluation ; Le projet de soins est réalisé (si possible) avec la personne soignée ; Il y a adéquation entre le projet et l'évaluation de la situation ; Les actions prévues sont en adéquation avec le contexte et les ressources ; Les étapes du parcours de soins sont identifiées ; Les choix et les priorités sont expliqués et justifiées ; Les réajustements nécessaires sont argumentés.
2. Justesse dans la recherche de participation et de consentement du patient au projet de soins.	Les objectifs de soins et les actions posées sont négociés avec la personne, sa famille ou son entourage ; Les réactions du patient sont décrites ; Le consentement du patient est recherché, et des explications sur la manière dont les réactions du patient ont été prises en compte sont données.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence et cohérence dans les modalités de réalisation du soin.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité sont respectées ; Les contrôles de conformité (réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; Le geste est réalisé avec dextérité ; Les réactions du patient au soin sont prises en compte ; La qualité et l'efficacité du soin réalisé sont évaluées ; La réalisation des soins et l'application des protocoles sont adaptées à la situation et au contexte ; Les règles de traçabilité sont respectées.
4. Pertinence des réactions en situation d'urgence.	Les situations d'urgence et de crise sont repérées ; Les mesures d'urgence appropriées sont mises en œuvre ; Les mesures d'urgence à mettre en œuvre dans différentes situations d'urgence sont expliquées.
5. Rigueur et cohérence dans l'organisation et la répartition des soins.	La réalisation des soins prescrits et des soins du rôle propre infirmier est assurée ; La répartition des tâches est expliquée de manière cohérente ; Le contrôle des soins confiés est réalisé ; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée ; L'organisation prend en compte le contexte et les aléas ; Les choix d'organisation sont expliqués et les priorités argumentées.

Compétence 3

Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins (1) quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage ;
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps ;
3. Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité ;
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne ;
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique ;
6. Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Adéquation des activités proposées avec les besoins et les souhaits de la personne.	Les activités proposées prennent en compte les besoins de la personne ; Les ressources de la personne sont mobilisées pour maintenir ou restaurer son autonomie.
2. Cohérence des modalités de réalisation des soins avec les règles de bonnes pratiques.	La pudeur et l'intimité de la personne sont respectées ; Les règles d'hygiène et de sécurité sont respectées ; Les moyens mobilisés sont adaptés à la situation ; Les conditions de bien-être, de confort et de qualité de vie de la personne sont vérifiées ; Les principes d'ergonomie et de sécurité sont connus et appliqués dans les soins et les différentes activités ; Les règles de l'hydratation et de la diététique sont connues et expliquées.

(1) La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensembles d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». (*Dictionnaire des soins infirmiers*, Masson, 2005).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
3. Pertinence dans l'identification des risques et adéquation des mesures de prévention.	Les risques liés à la situation et la manière de les prévenir sont repérés et expliqués.

Compétence 4

Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste ;
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène et d'asepsie ;
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements ;
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne ;
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux ;
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique ;
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapique ;
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne ;
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique ;
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonnes pratiques ;
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées ;
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, comptes rendus infirmiers, transmissions...).

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Justesse dans les modalités de mise en œuvre des thérapeutiques et de réalisation des examens, et conformité aux règles de bonnes pratiques.	Les règles sécurité, hygiène et asepsie sont respectées ; Les règles de qualité, traçabilité sont respectées ; Les contrôles de conformité (prescription, réalisation, identification de la personne...) sont effectivement mis en œuvre ; Toute action est expliquée au patient ; Une attention est portée à la personne ; La préparation, le déroulement de l'examen et la surveillance après réalisation sont conformes aux protocoles et modes opératoires ; Les gestes sont réalisés avec dextérité ; La prévention de la douleur générée par le soin est mise en œuvre ; La procédure d'hémovigilance est respectée.
2. Justesse dans le respect de la prescription après repérage des anomalies manifeste.	La thérapeutique administrée est conforme à la prescription ; Les anomalies manifestes sont identifiées et signalées.
3. Exactitude du calcul de dose.	Aucune erreur dans différentes situations de calcul de dose.
4. Pertinence dans la surveillance et le suivi des thérapeutiques et réalisation d'examens.	Les effets attendus et/ou secondaires sont repérés ; La douleur est évaluée de manière fiable et une réponse appropriée est mise en œuvre ; Les thérapeutiques antalgiques sont adaptées dans le cadre des protocoles.
5. Pertinence dans l'identification des risques et des mesures de prévention.	Les risques liés à l'administration des thérapeutiques et aux examens sont expliqués ; Les différentes étapes de la procédure d'hémovigilance sont expliquées au regard des risques associés ; Les risques et les mesures de prévention des accidents d'exposition au sang sont expliqués ; Les risques liés à un défaut de traçabilité sont connus et les règles de traçabilité expliquées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
6. Justesse d'utilisation des appareillages et DM conforme aux bonnes pratiques.	L'utilisation des appareillages et DM est conforme au mode opératoire ; Le choix et l'utilisation des appareillages et DM sont adaptés à la situation.
7. Pertinence de mise en œuvre de l'entretien d'aide thérapeutique et conformité aux bonnes pratiques.	Les techniques d'entretien thérapeutique sont utilisées ; La dynamique relationnelle est analysée ; Les changements de discours et/ou de comportement après entretien sont observés et restitués à l'équipe.
8. Fiabilité et pertinence des données de traçabilité.	La synthèse des informations concernant les soins et les activités réalisées est en adéquation avec les données de la situation ; La traçabilité des données est opérée dans les temps, elle est claire, réalisée dans le respect de la confidentialité et conforme aux règles de bonnes pratiques ; Une synthèse claire de la situation de la personne est faite et restituée aux professionnels concernés ; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 5

Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique ;
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement ;
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé... ;
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées ;
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives ;
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes ;
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de la séquence éducative.	Les besoins et les demandes ont été repérés, analysés et pris en compte ; Les ressources de la personne et du groupe sont identifiées et mobilisées ; La séquence est adaptée à la situation de la personne ou du groupe.
2. Pertinence dans la mise en œuvre des soins éducatifs et préventifs.	La personne est prise en compte dans la mise en œuvre de l'action ; La participation de la personne ou du groupe est recherchée ; Les techniques et les outils pédagogiques utilisés sont adaptés et leur utilisation évaluée ; Les actions réalisées sont évaluées.
3. Pertinence de la démarche de promotion de la santé.	La démarche de promotion de la santé est adaptée à la population cible ; Les informations sont analysées en tenant compte de l'ensemble des paramètres des situations ; Les objectifs et les actions correspondent aux résultats escomptés, aux ressources et aux contextes.

Compétence 6

Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne ;
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte ;
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication ;
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique ;
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement ;
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité ;
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle.	La situation relationnelle est analysée en fonction des personnes et du contexte ; Les besoins spécifiques de communication d'une personne en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité sont explicités et les attitudes adaptées identifiées ; Les besoins spécifiques des patients atteints de troubles psychiques sont explicités et les attitudes adaptées identifiées.
2. Cohérence dans la mise en œuvre d'une communication adaptée aux personnes soignées et leur entourage.	Les conditions propices à la communication sont mises en œuvre ; Une attention est portée à la personne ; La communication prend en compte l'expression et le contexte de vie du patient ; Le langage professionnel et les modes de communication (verbal, non verbal) sont adaptés à la personne ; La posture professionnelle est adaptée à la relation soignant-soigné et vise au respect de la personne.
3. Justesse dans la recherche du consentement du patient.	Le consentement de la personne aux soins est recherché et négocié si nécessaire.

Compétence 7

Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle ;
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels ;
3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée ;
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques ;
5. Evaluer l'application des règles de traçablité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité ;
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence ;
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence de l'analyse dans l'utilisation du protocole pour une situation donnée.	L'utilisation d'un protocole est expliquée en fonction d'une situation donnée.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
2. Pertinence de l'analyse dans l'application des règles : – de qualité, sécurité, ergonomie ; – de traçabilité ; – liées aux circuits d'entrée, de sortie et de stockage du linge, des matériels et des déchets.	Les non-conformités sont identifiées ; Les règles de la traçabilité sont explicitées selon les situations ; Les risques de non-traçabilité sont explicités ; Le circuit de la gestion des déchets est expliqué ; Les propositions de réajustement sont pertinentes.
3. Conformité de la désinfection, du nettoyage, du conditionnement, et de la stérilisation.	Les techniques de nettoyage des instruments ou des matériels sont connues et expliquées de manière appropriée ; Les opérations de stérilisation sont expliquées conformément aux normes en vigueur et au contexte.
4. Complétude dans la vérification de la fonctionnalité des matériels, produits et dispositifs utilisés.	Les défauts de fonctionnement sont identifiés et signalés pour les appareils et dispositifs médicaux nécessaires aux soins et pour le matériel d'urgence ; Les conditions de stockage des médicaments, des dispositifs médicaux, des appareillages, sont contrôlés.
5. Pertinence dans la démarche d'analyse critique d'une situation de travail.	La démarche d'analyse et le raisonnement sont formalisés et logiques ; Les difficultés et les erreurs sont identifiées ; Les causes sont analysées ; Des améliorations sont proposées ; Les valeurs professionnelles et règles déontologiques sont repérées dans la démarche d'analyse ; La satisfaction de la personne soignée est prise en compte.

Compétence 8

Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles ;
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement ;
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées ;
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles ;
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre ;
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée.	Les données scientifiques pertinentes sont recherchées ; Les éléments d'information pertinents sont recherchés dans les documents professionnels et scientifiques ; Les bases documentaires sont utilisées ; Des explications sont données sur le choix des données sélectionnées au regard d'une problématique donnée, la sélection est pertinente ; Les méthodes et outils d'investigation choisis dans un cadre donné sont adaptés (enquêtes, questionnaires...).
2. Pertinence dans la qualité du questionnement professionnel.	Des questions pertinentes sont posées en relation avec les problématiques professionnelles.

Compétence 9

Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...) ;
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences ;
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité ;
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile ;
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale ;
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins ;
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes ;
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs.	Les autres professionnels de santé sont sollicités à bon escient; Les ressources externes sont identifiées; La répartition des activités est conforme au champ de compétences des intervenants.
2. Cohérence dans la continuité des soins.	Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités; L'organisation des activités pour optimiser le travail en collaboration est expliquée et argumentée; Le contrôle des soins confiés est réalisé; La continuité et la traçabilité des soins sont assurées.
3. Fiabilité et pertinence des informations transmises.	Toutes les informations requises sont transmises aux professionnels de santé concernés dans les délais; Les informations transmises sont pertinentes, fiables et sélectionnées avec discernement dans le respect de la réglementation et de la protection du patient (traçabilité, comptabilité, liaison avec les organismes de remboursement...); Une synthèse claire de la situation de la personne est restituée; Les anomalies ou les incohérences entre les informations transmises par les différents acteurs sont repérées.

Compétence 10

Informer, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins ;
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants ;
3. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage ;
4. Superviser et évaluer les actions des aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration ;
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique ;
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.

CRITÈRES D'ÉVALUATION : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	INDICATEURS : Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1. Qualité de l'organisation de la collaboration avec un aide-soignant.	Les soins relevant du rôle propre et qui peuvent faire l'objet d'une collaboration avec les aides-soignants sont identifiés et pris en compte dans l'action ; La pratique d'un aide-soignant dans le cadre de la collaboration est évaluée et les erreurs signalées.
2. Qualité de l'accueil et de la transmission de savoir-faire à un stagiaire.	Une démarche d'accueil est mise en œuvre et les informations nécessaires sont transmises ; Les explications nécessaires sont apportées à un stagiaire ; La transmission de savoir-faire est assurée avec pédagogie en conformité avec le niveau de formation du stagiaire.

Source : France. MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITE ET DE LA VILLE. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. *Diplôme d'état d'infirmier, référentiel de compétences.* [en ligne] [15/08/2009] [Référence du 29/03/2016] Disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_2.pdf

ANNEXE VII

REPRESENTATIONS SUR LA PSYCHIATRIE ET SUR LES PERSONNES ÂGEES

- Pouvez-vous me donner les 4 premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous parle de psychiatrie ?
- Et les 4 premiers mots lorsque que je vous dit « personne âgée » ?

INFIRMIERE	PSYCHIATRIE	PERSONNE ÂGEE
A	Bipolaire Schizophrénie Traitement lourd Faciès	Vieillesse Accompagnement Choix (fin de vie) Famille
B	Egarement Incompréhension Difficulté Adaptation de la prise en charge	Dépendance GIR Patience Habitude de vie
C	Maladie Difficulté Comportement Maladie mentale	Grand âge Fin de vie
D	Angoisse	Ecoute Réassurance Entretien Angoisse
E	Comportement Fragilité Vigilance	Expérience Dépendance Accompagnement respect
F	Pathologie Diagnostic Névrose Psychose	Souffrance Douleur Isolement Repli sur soi
G	Pathologies diverses Inconnu Troubles du comportement Mutisme	Histoire de vie Dépendance Aide besoin

Source : Données recueillies lors des entretiens.

« Vieux Fous »

UE 6.2 S6 : Anglais

Résumé :

De plus en plus de personnes âgées présentant des troubles psychiques sont accueillies dans des structures du secteur médico-social ; les infirmières qui y exercent doivent faire face à cet accompagnement particulier. Cette situation m'a amenée à m'interroger sur la façon dont la prise en soins infirmiers d'un résident en EHPAD peut être influencée par l'existence d'antécédents psychiatriques. Les représentations, émotions et mécanismes de défenses des soignants en lien avec ce thème, s'inscrivent dans un contexte à la fois historique et culturel mais également économique. L'analyse des données recueillies lors des entretiens réalisés auprès de sept infirmières en EHPAD, m'a permis de mettre en évidence certains aspects clés de cette prise en soins et de savoir comment cet accompagnement est perçu par les soignants. Alors que le travail en réseaux se développe entre secteur psychiatrique et secteur médico-social, les infirmières en EHPAD sont encore souvent en difficultés et la reconnaissance de leur rôle propre pourrait être une piste de réflexion pour limiter les difficultés rencontrées au quotidien.

Mots clés : Psychiatrie, personnes âgées, EHPAD, soins infirmiers, représentations.

Abstract :

More and more older persons with psychiatrics troubles have to be supported in social and medical sector ; nurses who practice in these care facilities have to establish a special care for them. This situation led me to a question : how history of mental illness can affect the management and nursing of those specific patients in geriatric institutions ? Social representations, feelings, defensive mechanisms of the nurses are connected to this question, all of this is part of a specific historical, social and also economic context. Analysis of all data collected during interviews realized with seven nurses in Senior Nursing Home, allowed me to highlight several aspects issues in this nursing care, and better understand how this is perceived by caregivers. While networking develops between psychiatric, social and medical sectors, nurses in nursing home are still facing difficulties in the practice of their profession. Increasing recognition of their own role could be an interesting track to limit the difficulties in their everyday professional practice.

Key words : Psychiatry, elderly, Senior Care Home, nursing care, representations.