

Faculté de santé publique

Comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent-elles les soins somatiques et leur réalisation dans leur pratique quotidienne ?

Mémoire réalisé par
Coline Everaerts

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent-elles les soins somatiques et leur réalisation dans leur pratique quotidienne ?

Mémoire réalisé par
Coline Everaerts

Promoteur
Pr Walter Hesbeen

Année académique 2024-2025
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Résumé

Ce travail de recherche qualitative porte sur la perception et la réalisation des soins somatiques par les infirmières et infirmiers travaillant au sein de structures psychiatriques.

La santé des patients psychiatriques est moins bonne que celle de la population générale. Leur durée de vie est plus courte, et leur qualité de vie est altérée. Ceci s'explique notamment par leur maladie mentale, leur médication et leur mode de vie. Ces facteurs peuvent s'influencer et s'accumuler.

La littérature met en évidence plusieurs obstacles aux soins somatiques pour ce public en lien avec les prestataires de santé, le système de soins et les patients eux-mêmes. Elle souligne, également, le rôle important des infirmières et des infirmiers dans la prévention et le traitement des comorbidités des patients psychiatriques. Mais ces professionnels ne reconnaissent pas nécessairement l'importance de leur rôle et certains se sentent démunis.

Grâce à une recherche phénoménologique basée sur les entretiens de 9 infirmières dans deux hôpitaux psychiatriques bruxellois, nous avons pu observer que les obstacles rencontrés rejoignent régulièrement ceux nommés dans la littérature. Les participantes ont aussi évoqué des pistes de solution pour améliorer la santé de leurs patients. L'analyse met en évidence une ambivalence par rapport à la perception de leur fonction. Au regard de la revue de la littérature et de la législation professionnelle, et en s'appuyant sur les cercles d'influence de S. Covey, nous pouvons constater que les infirmières et les infirmiers ont une marge d'action réelle sur leur pratique quotidienne et ont la possibilité d'influencer positivement la dynamique institutionnelle. Cette ambivalence et cet apparent désintérêt pour les soins somatiques pourraient être liés à une méconnaissance du fondement de leur fonction.

Ce travail a aussi été une occasion de se rendre compte que les infirmières interrogées, malgré les difficultés rencontrées, avaient la santé de leurs patients à cœur. Leurs témoignages pourraient témoigner d'une dynamique de changement déjà en mouvement..

Mots clés : Soins infirmiers, Soins somatiques, Psychiatrie, Fonction infirmière, Santé

Remerciements

Bien que ce travail soit personnel, je ne l'ai pas écrit seule. J'ai en effet été accompagnée tout au long de cette épreuve par ma famille, des amis, des collègues, et mon promoteur, le Professeur Walter Hesbeen.

Je voudrais sincèrement remercier toutes ces personnes. Sans elles, ce travail ne serait encore qu'un embryon dans un coin de ma tête. C'est grâce à mes collègues que j'ai eu la force de le commencer, grâce à des amis que j'ai pu m'y accrocher, grâce à ma famille que j'ai réussi à le terminer, et grâce à mon promoteur que j'ai pu garder le cap tout du long.

Merci à vous d'avoir été là.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. (Vade-mecum 2025-2026)

Liste des abréviations

- CFAI : Conseil Fédéral de l'Art Infirmier
- DMG : Dossier médical global
- DPI : Dossier patient informatisé
- EBN : « Evidence based nursing » , pratique infirmière basée sur les preuves
- EBP : « Evidence based practice » , pratique basée sur les preuves
- INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
- KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- NHS : National Health System
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- PSA : « Prostatic specific antigen » , antigène spécifique de la prostate
- SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
- SPF : Service public fédéral ; ici on parle du SPF Santé publique et sécurité de la chaîne alimentaire
- VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Résumé	1
Remerciements	2
Le plagiat	3
Liste des abréviations	4
Table des matières	5
Introduction	7
Chapitre 1 : Contexte	8
1.1 Définitions	8
1.2 Contexte général	8
1.3 Causes de la mortalité	9
1.4 Obstacles à un meilleur suivi des soins somatiques	11
1.4.1 Facteurs en lien avec les prestataires de soins de santé (1)	11
1.4.1.1 Manque d'expérience ou de pratique (1)	11
1.4.1.2 Stigmatisation des patients psychiatriques (1)	11
1.4.1.3 Manque de clarté des rôles et responsabilités entre les différents prestataires (1)	12
1.4.1.4 Problème de transfert et de partage d'informations (1)	13
1.4.2 Facteurs en lien avec le système de soins de santé (1)	13
1.4.2.1 Problème de pharmacie dans les hôpitaux (disponibilité de traitements spécifiques) (1)	13
1.4.2.2 Équipements ou infrastructures non disponibles ou inadaptés (1)	14
1.4.2.3 Barrières financières (1)	14
1.4.2.4 Manque de promotion de la santé (1,2)	14
1.4.2.5 Guidelines inadaptés	15
1.4.3 Facteurs liés au patient (1)	15
1.4.3.1 Méconnaissance de problèmes de santé somatique (1)	15
1.4.3.2 Manque de compliance thérapeutique (1)	15
1.4.3.3 Dépendance et besoin d'accompagnement (1)	16
1.5 Fonction infirmière	16
1.5.1 En psychiatrie	18
1.6 Recommandations	19
1.7 Conclusion	21
Chapitre 2 : Méthode	22
2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants	22
2.2 Résultats escomptés	23
2.3 Élaboration du guide d'entretien	23
2.4 Échantillonnage et interviews.	24

2.5 Analyse des résultats	25
Chapitre 3 : Résultats	26
3.1 Santé somatique des patients	27
3.1.1 Perception de la santé somatique des patients en psychiatrie	27
3.1.2 Perception de l'évolution de la santé des patients	27
3.1.3 Perception de l'impact de la durée de séjour sur la pratique infirmière	28
3.2 Fonction et pratique infirmière	30
3.2.1 Expérience et perception des soins somatiques	30
3.2.2 Pratique des soins somatiques	32
3.2.3 Problématiques rencontrées et actions	33
3.3 Collaborations internes et externes	35
3.3.1 Collaborations internes et impact des manquements institutionnels	35
3.3.2 Collaborations externes	38
3.4 Pistes d'amélioration	42
3.4.1 Changement de paradigme institutionnel	42
3.4.2 Changement de paradigme dans la fonction infirmière	44
3.4.3 Initiatives personnelles	46
3.5 Constats transversaux et conclusion du chapitre	46
Chapitre 4 : Discussion	48
4.1 Similitudes avec la littérature et nuances	48
4.2 Différences	52
4.3 Fonction infirmière en psychiatrie	54
4.3.1 Cercle de contrôle	56
4.3.2 Cercle d'influence	57
4.3.3 Cercle des préoccupations	58
4.4 Biais et limites	59
Chapitre 5 : Conclusion et perspectives	61
Biographie	63
Annexes	66
Annexe 1 : Guide d'entretien initial	66
Annexe 2 : Guide d'entretien final	68
Annexe 3 : Exemple de retranscription d'interview	70

Introduction

Ce mémoire, réalisé dans le cadre d'un Master en Sciences de la Santé publique, abordera la santé somatique des patients en psychiatrie et la fonction infirmière dans son suivi quotidien. Inspiré par mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière spécialisée en santé mentale et travaillant en hôpital psychiatrique, il part du constat personnel que cette dimension de la santé est parfois sous-estimée. En effet, les patients psychiatriques sont confrontés à des enjeux de santé mentale majeurs, mais ils souffrent, également, de comorbidités somatiques qui affectent leur bien-être global (1–5). Cette réalité nécessite une attention particulière et un engagement de la part des soignants, notamment des infirmières¹, qui jouent un rôle central dans la prise en compte de ces affections ainsi que des soins que ces patients requièrent (3,6).

Afin de mieux cerner le sujet, je commencerai par clarifier les termes clés et les concepts associés à la santé, somatique et mentale, en vue de proposer une base de compréhension commune. Je m'attarderai, ensuite, sur le contexte général de la santé somatique des patients psychiatriques, en présentant la prévalence des troubles physiques au sein de cette population et les causes de la mortalité accrue observée chez ces patients. Je m'intéresserai également aux multiples obstacles qui empêchent une prise en compte optimale de la santé des patients psychiatriques dans ses différents aspects, ainsi qu'aux recommandations établies par des instances telles que l'OMS, le NHS au Royaume-Uni ou le KCE en Belgique. Enfin, je parlerai de la fonction infirmière en psychiatrie et de ce qu'elle implique dans le suivi des patients.

L'objectif de cette recherche est de mieux comprendre comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent les soins somatiques et conçoivent la réalisation de ceux-ci dans leur pratique quotidienne. J'espère ainsi pouvoir mettre en lumière les défis qu'elles rencontrent afin de proposer des pistes de réflexion et d'action sur la manière dont elles pourraient contribuer à une amélioration des soins liés à la santé somatique dans le milieu psychiatrique hospitalier.

Ainsi, la question de recherche qui va guider la mise en œuvre de mon mémoire peut être formulée de cette manière : « **Comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent-elles les soins somatiques et leur réalisation dans leur pratique quotidienne ?** »

¹ Le terme « infirmière » sera utilisé de façon épiciène tout au long de ce travail.

Chapitre 1 : Contexte

1.1 Définitions

Dans ce premier chapitre, je vais chercher à clarifier certains termes pour une meilleure compréhension commune. En effet, certains termes seront utilisés de façon générique.

Les termes « patient psychiatrique » et « patients en psychiatrie » concerneront des patients adultes, des deux sexes (sauf en cas de précision contraire), atteints de troubles mentaux tels que définis dans le DSM-5 (7), qui est un manuel de diagnostics psychiatriques de référence.

Les expressions « santé physique » et « santé somatique » seront utilisées de manière interchangeable et feront référence à l'aspect corporel de la santé, souvent en contraste avec la « santé mentale » ou « santé psychique ». Le terme « santé », ou parfois « santé globale » ou « santé holistique », désignera l'ensemble des dimensions de la santé ; il renverra à la santé d'une personne reconnue dans la singularité de son existence.

L'appellation « soins somatiques » ou « soins physiques » seront également interchangeables, et incluront les soins apportés aux dimensions physiques des patients, par opposition et complémentarité aux soins psychiques, psychologiques ou psychiatriques. Ils incluront par ailleurs tant l'aspect curatif, que les aspects préventifs ou éducatifs qui y sont liés.

Le terme « somaticien » désignera tout médecin qui n'est pas psychiatre ou tout prestataire de soins de santé qui ne travaille pas en psychiatrie.

Le terme « infirmière » désignera les infirmiers et les infirmières, tous cursus confondus, et sera utilisé de manière épiciène. Les termes « infirmière en psychiatrie » et « infirmière psychiatrique » désigneront toute infirmière travaillant dans le domaine de la psychiatrie, sans nécessairement être détentrice d'une spécialisation ou d'une qualification en santé mentale.

1.2 Contexte général

Les patients psychiatriques ont globalement une moins bonne santé physique que la population générale (1–6,8). Ils ont un moins bon accès aux soins généraux (2,5), notamment à cause de la stigmatisation liée à leur état et du fait que des professionnels peuvent se sentir démunis face à ce public (1,5,8). Il en résulte que ces patients ont une espérance de vie réduite par rapport à la population générale (1–6,8), cet écart pouvant atteindre de 15 à 20 ans (2,8),

voire 25 ans selon certains auteurs (6). Le taux de mortalité des patients psychiatriques serait de deux à trois fois plus élevé par rapport au reste de la population, et cet écart serait encore en train de se creuser actuellement. Cet écart entre la population générale et les patients psychiatriques est observé mondialement, peu importe le niveau de développement des pays (1).

La nécessité de mettre l'accent sur les soins somatiques pour les patients atteints de troubles psychiatriques est largement reconnue (3). L'OMS a rédigé un rapport et des recommandations pour assurer de meilleurs soins somatiques aux patients atteints de troubles de santé mentale (4). Le NHS en Angleterre a lui aussi produit des recommandations à l'intention des infirmières travaillant avec des patients atteints de troubles de la santé mentale, afin d'agir sur la prévention des comorbidités les plus fréquentes chez ce public (9).

En Belgique, le KCE a également sorti en 2021 un rapport sur les soins de santé somatiques en institutions psychiatriques qui dresse un état des lieux sur les pratiques actuelles, et a établi des recommandations pour les améliorer (5) que nous parcourrons plus loin dans ce travail.

1.3 Causes de la mortalité

Le plus grand taux de mortalité peut être expliqué par le fait que les patients souffrant de trouble mental ont souvent des comorbidités importantes (1–5,8). Ces comorbidités peuvent être en rapport avec des facteurs non-médicaux liés à l'hygiène de vie de ces patients, ainsi qu'à des facteurs médicaux en lien avec la prise de médicaments (1,2). Selon Martens et al, jusqu'à 60% de cette mortalité plus élevée est en lien avec ces comorbidités (10). D'après la littérature, le plus haut taux de mortalité à cause de comorbidités somatiques pourrait être en lien avec une mauvaise évaluation des professionnels de santé, qui attribueraient certaines plaintes à la maladie mentale alors qu'elles sont liées à des comorbidités somatiques (8).

L'hygiène de vie des patients psychiatriques peut avoir des conséquences importantes sur leur santé physique. Le taux de fumeurs réguliers est plus élevé que dans la population générale, les patients sont plus souvent sédentaires, et peuvent user de substances nocives, comme l'alcool ou des psychotropes illégaux. (1,5)

Les différents médicaments utilisés pour stabiliser des pathologies psychiatriques peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique des personnes qui en prennent. Les

neuroleptiques au long cours sont reconnus comme un facteur favorisant l'apparition de troubles somatiques importants, notamment métaboliques et cardiovasculaires (1–6).

Ces différentes causes peuvent s'additionner et favoriser l'apparition de comorbidités supplémentaires. Par exemple, la prise de neuroleptiques et l'hygiène de vie des patients favorisent l'obésité, qui elle-même implique des problèmes de santé importants. Selon l'OMS, le risque d'obésité est 50% plus élevé chez les patients psychiatriques (2). En effet, l'effet sédatif de certains médicaments et les symptômes de certaines maladies peuvent avoir un impact sur la capacité des patients à exercer une activité physique (6).

Par ailleurs, il est à noter que les patients psychiatriques souffrent parfois de problèmes de santé somatiques, liés à leur histoire de vie ou à leur mode de vie. Ainsi, ils peuvent notamment souffrir de bronchopneumopathies chroniques obstructives (dus au tabagisme et à la sédentarité), de problèmes de foie, ou d'épilepsie (5).

Une mauvaise santé physique peut elle-même entraîner des problèmes de santé mentale. Le fait d'être en mauvaise santé a des conséquences sur la vie sociale des patients psychiatriques. C'est notamment un des facteurs diminuant les chances d'obtenir ou de garder un emploi stable (11).

De façon générale, les personnes atteintes de maladie mentale sont plus à risque d'être sans emploi, sans domicile fixe, et d'avoir un statut social plus précaire. Toutes ces causes précitées tendent à avoir un impact négatif important sur la qualité de vie des patients et accentuent le risque de paupérisation (5,10), ainsi que le risque de suicide (3).

Selon Sølvhøj IN et al, la stigmatisation des patients psychiatriques dans les soins de santé pourrait être un facteur important et récurrent de développement ou d'aggravation de comorbidités somatiques. En effet, cette stigmatisation peut engendrer des retards de diagnostic et de traitement, ainsi que des complications (8).

En Belgique, les recherches de Martens et al. suggèrent que, dans les faits, seulement la moitié des demandes de soins somatiques pour les patients atteints d'une maladie mentale sévère seraient traitées. Il y aurait donc un suivi insuffisant des soins somatiques de ce public (10).

1.4 Obstacles à un meilleur suivi des soins somatiques

Dans leur article, Kohn et al. identifient plusieurs barrières à un meilleur suivi de la santé physique des patients psychiatriques en Belgique (1). Je me suis permis d'en faire une traduction libre, de les reprendre et de compléter les informations grâce à d'autres sources.

1.4.1 Facteurs en lien avec les prestataires de soins de santé (1)

1.4.1.1 Manque d'expérience ou de pratique (1)

Il revient régulièrement que les infirmières exerçant en psychiatrie ne se sentent pas ou plus légitimes concernant les soins de santé somatiques. Elles rapportent un manque de confiance dans leurs compétences et un manque de connaissances résultant de l'oubli ou de la perte de ces dernières (3). Les infirmières travaillant en psychiatrie ont l'impression de ne plus être capables de suivre les problèmes somatiques des patients, que ce soit pour du dépistage, et donc de la prévention, ou du suivi (1,3). Certaines souhaiteraient avoir plus de formation ou de rappel sur les soins somatiques pour améliorer leur travail auprès des patients psychiatriques (6). À la lecture de cette partie de la revue de la littérature, nous pouvons constater que la perte du sentiment de légitimité du suivi des soins somatiques peut questionner l'identité professionnelle des infirmières, qui devrait reposer sur une approche globale et singulière de chaque patient, et prendre en compte toutes les dimensions de sa santé (12). Ceci fait écho aux recommandations du Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belge, qui stipule que les infirmières doivent se former de façon continue pour assurer les meilleurs soins aux personnes (13), et au CFAI, qui a établi des recommandations pour la pratique infirmière et de formations continues (14).

1.4.1.2 Stigmatisation des patients psychiatriques (1)

Les patients psychiatriques peuvent souffrir d'une forme de stigmatisation de la part des somaticiens (1,3,5,6,8,10,11). La problématique de la stigmatisation des patients psychiatriques est omniprésente dans les soins somatiques (8). Ces patients peuvent être stigmatisés à cause de leur apparence ou de leur comportement (1,8). Certains somaticiens sont méfiants vis-à-vis du suivi de ce public, alors même que leur intervention est essentielle. Ils anticipent des consultations compliquées du fait de la pathologie mentale, et peuvent éprouver un sentiment de malaise face à ces patients. Leurs connaissances des pathologies psychiatriques étant limitées, certains se sentent démunis par rapport aux réactions parfois inattendues des patients.

Certains prestataires de soins ont aussi des idées préconçues sur leur attitude, les jugeant comme potentiellement dangereux et comme réfractaires aux soins (5).

Ce sentiment de malaise et ces préjugés peuvent être accentués par le fait que ces patients ne correspondent pas toujours au « rôle de malade » tel que défini par la théorie de Parsons. Selon cette théorie, on accepte que la personne malade ne puisse plus assumer son rôle social habituel et qu'elle n'est pas responsable de sa maladie. Mais on attend aussi d'elle qu'elle souhaite guérir et qu'elle collabore avec le personnel soignant. (15). Or, les patients psychiatriques peuvent présenter des troubles du comportement, et accuser des retards ou des absences aux rendez-vous fixés par les professionnels de santé. De par leur maladie, ils peuvent aussi manquer de compliance thérapeutique et refuser ou abandonner le traitement, ce qui peut décourager les professionnels (1).

Par ailleurs, les patients psychiatriques peuvent être perçus comme moins fiables que le reste de la population. Lorsqu'ils arrivent à exprimer leurs plaintes, certaines ne sont pas prises au sérieux et ne sont donc pas investiguées du fait qu'elles sont mal comprises ou sous-estimées. Ceci induit un moins bon diagnostic, un moins bon suivi du problème et parfois une mauvaise orientation du patient vers une unité psychiatrique plutôt que dans un service spécialisé. La perception négative que peuvent avoir certains somaticiens des patients psychiatriques se révèle ainsi délétère pour leur santé (1).

Les articles de la littérature ne distinguent pas nécessairement les différents métiers des soignants impliqués dans le suivi de la santé des patients psychiatriques. Selon Hesbeen W, tous les soignants, quel que soit leur métier, ont pourtant une même finalité, qui est celle de prendre soin de leurs patients. L'apport de la vision humaniste du soin est d'avoir la volonté d'essayer de considérer l'humanité de chaque patient, et d'ainsi reconnaître qu'aucun d'eux n'est réductible à la maladie ou au trouble dont il souffre. Chaque professionnel devrait donc considérer chaque patient et essayer de comprendre ce qu'il vit pour comprendre comment l'aider (12).

1.4.1.3 Manque de clarté des rôles et responsabilités entre les différents prestataires (1)

Kohn et al. citent aussi un manque de clarté dans les rôles et responsabilités des différents prestataires de soins autour des patients. Selon leurs recherches, les infirmières en psychiatrie

ne savent pas toujours vers quel spécialiste se tourner (1). Par ailleurs, pour certains actes, les infirmières ont le sentiment de dépendre d'un médecin, ou en dépendent effectivement. Ceci contribue à la décrédibilisation de leur rôle, notamment lors de la mise en place d'actions de prévention de complications somatiques (2). La fonction infirmière étant difficile à définir par les infirmières elles-mêmes et souvent confondue avec des actes techniques, il est possible qu'elle s'en trouve limitée et que les infirmières n'usent pas du plein potentiel de leur formation (12).

1.4.1.4 Problème de transfert et de partage d'informations (1)

Certains professionnels de santé estiment que les informations liées à l'état physique des patients en psychiatrie sont parfois difficiles à obtenir. Certains rapports sont trop succincts pour permettre un véritable suivi (1). En Belgique, les soignants soulignent qu'il est difficile d'avoir accès aux informations médicales des patients, qui sont pourtant indispensables à leur bon suivi somatique. La collaboration entre psychiatres et médecins généralistes devrait aussi être améliorée en Belgique. Les soignants trouvent cette recherche d'informations difficile et très longue (5).

1.4.2 Facteurs en lien avec le système de soins de santé (1)

1.4.2.1 Problème de pharmacie dans les hôpitaux (disponibilité de traitements spécifiques) (1)

Certains patients psychiatriques ont des maladies somatiques diagnostiquées qui ne sont pas bien soignées en hôpital psychiatrique à cause du manque de traitement spécifique. En effet, les pharmacies des hôpitaux psychiatriques ont un éventail de médicaments moins important que dans les hôpitaux généraux. Le fait de ne pas avoir certains médicaments spécifiques en stock peut amener à des retards de prise de traitement car il faut les commander. Également, le fait que toute prescription d'un nouveau traitement par un somaticien doit être validée par le psychiatre du patient peut engendrer du retard dans les soins (1,5). Ceci induit que les équipes soignantes doivent se montrer créatives, et aller parfois jusqu'à accompagner les patients en pharmacie à l'extérieur de l'hôpital pour se procurer le médicament, ou à demander à la famille de le fournir (5).

1.4.2.2 Équipements ou infrastructures non disponibles ou inadaptés (1)

De façon générale, l'étude de Kohn et Al. met en évidence le fait que les structures de soins psychiatriques ne sont pas toujours adaptées à la prise en compte de soins somatiques, en utilisant l'exemple d'un pied à perfusion dans des structures qui ne sont pas prévues pour accueillir ce type d'équipement, où qui en sont simplement dépourvues (1). Ceci est repris dans le rapport du KCE, où est également mentionné le fait que certains praticiens regrettent que les outils informatiques et logistiques ne sont pas toujours adaptés, ce qui rend par exemple l'accès aux résultats d'examens compliqué et complexifie le suivi (5).

1.4.2.3 Barrières financières (1)

En Belgique, les hôpitaux psychiatriques n'ont pas de financement prévu pour employer des médecins généralistes salariés, ce qui implique que leurs consultations ne sont pas incluses dans le forfait hospitalier des patients et peut représenter un coût supplémentaire pour ces derniers dans le cas où ces médecins sont payés à l'acte. Parfois ils sont sous contrat dépendant du financement généré par les psychiatres (via les consultations par exemple). Il n'y a pas non plus d'enveloppe pour les activités de prévention ou les dépistages chez des patients en bonne santé physique. Le KCE souligne aussi que, de par les nomenclatures, les psychiatres ne peuvent pas prescrire de soins somatiques aux patients pour des raisons non psychiatriques. Ces soins doivent être prescrits par des médecins généralistes, et les actes validés par le psychiatre responsable du patient. (5)

En Belgique, on peut encore relever des incohérences entre la volonté de mettre en place des actions de prévention liées au tabac, et le fait qu'il n'y a pas de remboursement pour les substituts nicotiniques, alors même que les patients psychiatriques sont souvent plus à risque d'avoir des difficultés financières et de ne pas pouvoir se payer cette aide médicamenteuse au sevrage (5).

1.4.2.4 Manque de promotion de la santé (1,2)

Il apparaît que les événements en lien avec la promotion de la santé peuvent être compliqués à organiser dans des hôpitaux psychiatriques à cause d'un manque de personnel, de temps, de matériel ou de financement (1). Par ailleurs, si les infirmières font partie des acteurs de soin ayant le plus d'occasions de faire de la promotion à la santé auprès des patients et de leur entourage, tant par leur formation initiale que par la nature de leur présence quotidienne auprès

de ces derniers, il semblerait qu'elles ne s'impliquent pas de façon optimale dans ce rôle (2). Pourtant, en Belgique, le Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges précise que les infirmières doivent promouvoir la santé, car ceci fait partie de leur fonction (13).

En effet, la promotion à la santé n'est en général pas reconnue comme prioritaire dans les soins de santé mentale en Belgique, surtout dans les services avec de courtes durées de séjour. Les actions de promotion de la santé sont jugées trop difficiles à mettre en place. Pourtant, les patients psychiatriques sont plus sujets que la population générale à cumuler plusieurs facteurs de risques de péjoration de leur santé, telles que la précarité, la solitude, ou la sédentarité (5).

1.4.2.5 Guidelines inadaptés

Selon Kohn et al, bien que des guidelines existent par rapport à la prévention ou au traitement de pathologies somatiques, ces derniers peuvent être trop généraux et ne pas tenir compte des particularités des patients psychiatriques (1). En Belgique, la demande des équipes de soins semble être d'avoir des guidelines plus synthétiques et incluant une série de tests et d'outils cliniques standards à appliquer (5).

1.4.3 Facteurs liés au patient (1)

1.4.3.1 Méconnaissance de problèmes de santé somatique (1)

Selon les professionnels de santé, certains patients atteints de maladie psychiatrique ont du mal à exprimer leurs plaintes, à les adresser à la bonne personne, ou à reconnaître le besoin d'investiguer un problème. Ceci peut amener à des consultations répétitives pour une même problématique, et à des retards de suivi (1).

1.4.3.2 Manque de compliance thérapeutique (1)

Toujours selon les professionnels de santé mentale, la compliance thérapeutique des patients psychiatriques peut être compliquée, notamment à cause des caractéristiques de leurs pathologies (1). Certains soignants hésitent parfois à entamer des examens ou des traitements spécifiques car ils doutent de leur bon suivi par les patients (5). Ce dernier aspect peut également être lié à la stigmatisation de ces patients, qui peuvent alors éprouver un sentiment de rejet de la part des prestataires de soins, ou de la honte, et finir par s'exclure eux-mêmes de leur suivi (8).

1.4.3.3 Dépendance et besoin d'accompagnement (1)

Selon la littérature, on constate que lorsqu'un patient accueilli dans une institution psychiatrique a besoin de soins somatiques, il est souvent référé à un hôpital général. (1,5). Or, il ressort que ces patients doivent régulièrement être accompagnés pour les consultations ou les interventions somatiques en dehors des unités ou des structures psychiatriques, notamment à cause de potentiels états d'agitation des patients, des risques de fugue, ou du risque de pertes d'informations entre les deux structures (1), ou tout simplement pour rassurer le patient et s'assurer d'une bonne compréhension de la situation, tant par le patient que par le spécialiste (5). De plus, la littérature nous informe que les patients psychiatriques sont plus enclins à aller en consultation lorsqu'ils sont accompagnés d'un professionnel de santé mentale qu'ils connaissent déjà (6). Cependant, le fait d'accompagner les patients en examen est chronophage (1,5), et passe après le besoin de personnel dans les unités ; ceci implique qu'en cas d'indisponibilité de personnel pour l'accompagnement, celui-ci est parfois annulé et le suivi somatique peut alors prendre du retard (1).

Pour tenter de remédier à ce problème, certains hôpitaux psychiatriques ont des accords avec des somaticiens pour avoir des consultations régulières ou ponctuelles. Mais les moyens sur place sont souvent plus limités qu'à leur cabinet ou qu'à l'hôpital général. Les soins sont donc plus sommaires, et le nombre de consultations proposées reste faible. (5)

1.5 Fonction infirmière

Ce travail de recherche ayant pour objectif une meilleure compréhension de la perception des soins somatiques de leur patientèle par les infirmières travaillant dans des structures psychiatriques et de leur fonction par rapport à ceux-ci, nous allons reprendre ici des éléments de définition de l'art infirmier.

Tout d'abord, il est important de souligner que la fonction infirmière en elle-même est difficile à définir. Or, ce qui n'est pas nommé ne peut être reconnu ou valorisé. On ne la distingue pas des soins infirmiers et il est compliqué de lui trouver une définition simple et commune. Il y a beaucoup de dimensions à aborder dans les soins infirmiers, et ils ne peuvent définir la pratique infirmière à eux seuls. En effet, selon Hesbeen W, « *les soins infirmiers ne sont pas la finalité du métier d'infirmière [...], ils en sont les moyens* » (12).

Selon Walter Hesbeen, le fondement des soins infirmiers est de « *venir en aide aux personnes qui manquent de force, de connaissances, de capacités, de volonté, pour réaliser ce qu'elles feraient habituellement par elles-mêmes si leur état le leur permettait* » (12). Si c'est le fondement du métier d'infirmière, il devrait être le même partout, peu importe le service où l'on exerce (12).

Les soins qui sont prodigués par les infirmières le sont à une personne, pour lui venir en aide dans ce qu'elle a à traverser. Si les infirmières ne se concentrent que sur les tâches à effectuer, elles ne peuvent pas porter attention au patient à ce qu'il a à vivre ; elles ne voient qu'une partie de la personne et pas la personne en entier. Elles ne peuvent donc pas exercer de jugement clinique. Comme elles sont auprès du patient au quotidien et à tout moment, lorsqu'elles effectuent des soins d'hygiène par exemple, elles ne peuvent pas se contenter de « faire » une toilette. Elles doivent prodiguer un soin, observer le patient, le rencontrer. Chaque soin est une opportunité de rencontre avec le patient et de reconnaître son humanité. Le fait de négliger une dimension du soin, qu'elle soit somatique ou psychique, peut amoindrir la qualité du soin apporté, et interroger l'identité professionnelle de l'infirmière (12). Ainsi, dans le contexte qui nous intéresse, il est important de souligner que les infirmières doivent porter un regard attentif à la dimension somatique des soins et au corps des patients, même en travaillant en psychiatrie.

Selon Hesbeen W, dans leur pratique, les infirmières s'occupent « de tout » ou « presque tout ». Elles coordonnent et organisent des soins, elles en prodiguent, elles appliquent des prescriptions ou des protocoles médicaux et conseillent les patients en les accompagnant par l'éducation à la santé et de la prévention. En filigrane de ces actions qui rythment leur journée, elles doivent porter un regard humaniste sur chaque patient, et s'intéresser à ce qu'il vit et à ce qui l'entoure, afin de pouvoir ajuster au mieux ses interventions pour aider le patient à vivre ce qu'il doit vivre (12).

En Belgique, le métier d'infirmière est défini par la loi du 18 mai 2024, modifiant la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui précise dans l'article 46 dédié à l'art infirmier : « *On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités qui constituent ensemble les soins infirmiers. Les soins infirmiers peuvent être préventifs, curatifs et/ou palliatifs et sont réalisés de manière autonome et, le cas échéant, interprofessionnelle, en concertation avec le patient et son entourage. Ils sont de nature technique, relationnelle et/ou éducative. Ils s'adressent aux individus et à leur entourage,*

groupes et collectivités et tiennent compte d'une approche personnalisée et intégrée, incluant notamment les composantes psychologique, sociale, économique, culturelle et spirituelle. Ils tiennent comptent des acquis scientifiques, technologiques, des normes de qualité et de la déontologie professionnelle. » (16)

Il est intéressant de constater que, si l'on s'en tient à cette définition, la pratique infirmière est résumée à « *des activités de soins infirmiers* » aux yeux de la loi (16). Le CFAI nuance cette définition par un avis remis en septembre 2024 pour définir le profil professionnel et de compétences de l'infirmier responsable de soins généraux. Dans ce profil, l'art infirmier est défini comme holistique, prenant en compte tous les aspects de la personne soignée. Il y est inscrit que « *l'infirmier responsable de soins généraux vise à promouvoir l'humanisation des patients/clients, c'est-à-dire à dispenser des soins personnalisés visant à maintenir ou restaurer leur intégrité, leur autonomie et leur dignité* ». (14) On voit donc que le CFAI intègre dans son avis une dimension, non seulement holistique, mais également humaniste dans l'art infirmier. Ceci pourrait peut-être suggérer une volonté d'évolution de paradigme des soins.

En Belgique, la profession infirmière est également encadrée par le Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges, qui pose un cadre pour l'éthique et l'identité professionnelle. Il rappelle que l'approche infirmière doit être globale et aborder les dimensions physique, psychique et sociale, et que la mise à jour des compétences pour garantir un suivi de qualité aux patients est un élément important de la profession.

1.5.1 En psychiatrie

Il est reconnu que les infirmières font partie des professionnels de santé les plus à même d'observer les patients et de surveiller leur état de santé. Grâce à leur proximité organisationnelle et relationnelle avec les patients, elles ont une meilleure possibilité de suivi, notamment somatique, et peuvent ainsi contribuer à un meilleur accompagnement des patients et à une réduction du nombre ou de la gravité de comorbidités (6).

Cependant, il n'y a pas de réel consensus quant au sentiment des infirmières psychiatriques par rapport à l'intégration des soins somatiques dans leur pratique quotidienne. Certaines études montrent que les infirmières ne se sentent pas légitimes (3), d'autres qu'elles n'estiment pas toujours que cela rentre dans leur rôle (2), et d'autres qu'elles reconnaissent qu'elles sont les plus à même d'assurer un suivi pour certains paramètres et aspects des soins somatiques

(2,3,6). D'après une étude britannique, certaines estiment que leurs compétences ne leur permettent pas d'assumer un rôle important à ce niveau, surtout en cas de situation d'urgence (6).

Dickens et al. relèvent que les données issues de la littérature à ce sujet dépendent de l'attitude des infirmières interrogées par rapport aux soins somatiques : des infirmières qui sont plus à l'aise avec ces soins ou qui y accordent plus d'importance estimeront plus facilement que le suivi des soins somatique est important dans leur pratique quotidienne. Cependant, ils concluent leur article en spécifiant que de façon générale, la plupart des sources indiquent que les infirmières reconnaissent qu'elles ont un rôle à jouer dans le suivi de ces soins (3).

1.6 Recommandations

La littérature montre que le besoin d'amélioration des soins de santé somatiques pour les patients psychiatriques est bien une problématique de santé publique au niveau mondial. De plus en plus d'études sortent sur le sujet, et des recommandations et des guidelines ont été édités, notamment par l'OMS (3,10). Cependant, on constate qu'il y a assez peu d'actions concrètes sur le terrain. Les politiques ne sont pas ou peu implémentées (3). Il semblerait que la mise en pratique de ces recommandations peut être difficile à mettre en place (10).

En 2016 au Royaume-Uni, le National Health System (NHS) a publié une série de recommandations pour les infirmières travaillant en santé mentale pour améliorer la santé de leurs patients. Ces recommandations incluaient huit thèmes pour lesquels elles pouvaient avoir un rôle, avec des actions concrètes et des outils à appliquer. Ces thèmes étaient (traduction libre) « soutenir l'arrêt du tabagisme » , « s'attaquer à l'obésité » , « améliorer le niveau d'activité physique » , « réduire l'abus d'alcool et de drogue » , « la santé sexuelle et reproductive » , « optimisation de traitement » , « santé bucco-dentaire » , et « réduire les chutes ». Toutes ces actions peuvent être menées séparément mais peuvent avoir des liens les unes avec les autres. Par exemple, pour améliorer la santé bucco-dentaire de leurs patients, les infirmières peuvent les inviter à arrêter de fumer (9).

En 2021, l'OMS a également publié des recommandations. Celles-ci rejoignent quelque peu les recommandations du NHS (traduction libre) : « usage du tabac » , « surpoids/obésité » , et « usage de substances » s'y retrouvent. L'OMS ajoute qu'il faudrait avoir des actions sur « les maladies cardiovasculaires et les risques cardiovasculaires » et mentionne notamment l'activité

physique comme possible intervention. Elle parle aussi du « diabète », du « VIH/SIDA », et d'autres « troubles infectieux (tuberculose, hépatites B/C) ». Pour chacun de ces thèmes, l'OMS développe brièvement quelques actions possibles. Quant à l'implémentation de ces recommandations, elle préconise une approche intégrée et centrée sur la personne (4).

En 2021 en Belgique, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié un rapport sur les soins de santé somatique en institution somatique. Jusqu'au rapport du KCE en 2021, il n'y avait qu'un seul guideline belge qui avait été édité en psychiatrie. Il datait de 2005 et portait sur la prescription de neuroleptiques et de la surveillance qui devait en découler. Néanmoins, ce document devait être remis à jour. Il omettait notamment quelques aspects au niveau des rôles et responsabilités des psychiatres et des médecins généralistes, et sur l'élaboration de plans de soin en lien avec le suivi de la prise de ces médicaments (5).

Ce rapport de 2021 contient, lui, des recommandations pour les structures de soins analysées, pour les associations professionnelles (de psychiatrie, de médecine générale et pour les patients), pour l'INAMI et le SPF, pour les structures de formation du personnel soignant, et pour la communauté scientifique. Au niveau des professionnels de santé, les recommandations concernaient plutôt l'organisation des soins, en insistant sur une vision plus holistique de ceux-ci et une meilleure intégration. (5).

De façon générale, ces recommandations se rejoignent sur plusieurs thèmes (4,9), et toutes insistent sur l'intégration des soins et sur une approche centrée sur le patient (1,4–6,9). Il a aussi été montré que le fait de ne pas pouvoir délivrer des soins de façon holistique aux patients psychiatriques peut être délétère et avoir un impact négatif sur leur qualité de vie et leur longévité (6).

Par rapport à l'intégration des soins, selon Rodgers et al., cités par Kohn et al., la réussite de l'intégration des soins dépend plus des personnes que des systèmes de soins ou des structures. Ainsi, il a été démontré que la proximité des soins ne suffisait pas à une meilleure intégration, et que les services de liaison pouvaient jouer un rôle important dans la communication entre les différentes spécialités. Les immersions et les stages sont donc une piste pour sensibiliser le personnel et améliorer l'intégration des soins, et donc leur qualité (1).

Au niveau de la formation du personnel soignant, plusieurs études montrent qu'il serait intéressant de former les futurs professionnels de la santé à une vision des soins plus holistiques

(5), et qu'il est important de proposer des formations continues pour le personnel soignant pour se mettre ou se remettre à niveau pour le suivi somatique des patients psychiatriques (5,6). Cependant, offrir des formations ne suffirait pas à améliorer le suivi des problèmes physiques des patients psychiatriques. Il faudrait aussi que les infirmières changent leurs habitudes et intègrent ces pratiques dans leur quotidien (6). Pour certaines institutions, il faudrait opérer un changement de culture au niveau des soins infirmiers pour améliorer les pratiques (2).

1.7 Conclusion

Comme nous avons pu le voir, les patients psychiatriques sont plus à risque de développer des problématiques somatiques qui seront moins bien traitées que celles des patients de la population générale. Ceci impacte leur qualité de vie, et leur longévité de façon importante.

Les professionnels de la santé mentale sont parfois démunis ou estiment ne plus avoir les compétences nécessaires pour suivre ces aspects spécifiques. Certaines infirmières manifestent un désintérêt pour les soins somatiques, peut-être par manque de conscience de leur fonction.

La collaboration avec des spécialistes somaticiens peut être compliquée, à cause de préjugés, de facteurs liés à l'organisation des soins de santé ou aux conséquences, notamment comportementales, de la maladie mentale des patients.

Cette problématique de santé publique est connue et analysée mondialement. Il existe des recommandations internationales et nationales pour améliorer la santé somatique des patients psychiatriques.

Nous avons vu que les infirmières, actrices des soins en contact quotidien avec les patients, pouvaient être un atout pour l'amélioration du suivi des patients, tant au niveau préventif que curatif. Cependant, toutes ne sont pas à l'aise avec ce rôle. Certaines estiment ne pas ou ne plus avoir les compétences requises pour assurer un suivi de qualité pour ces patients plus à risque. Certaines estiment que leur mission n'est pas de suivre des patients avec de lourds problèmes somatiques.

Je me pose donc la question suivante : comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent-elles les soins somatiques et leur réalisation dans leur pratique quotidienne ?

Chapitre 2 : Méthode

En partant d'un questionnaire personnel sur la perception des infirmières par rapport à leur rôle et leur fonction dans les soins somatiques des patients psychiatriques, j'ai effectué des recherches sur des bases de données grâce à des équations de recherches et des opérateurs booléens, tels que : « *somatic care in psychiatry* » ou « *(psychiatry) AND (nursing)* ».

Les ressources trouvées m'ont permis de réaliser en partie la revue de la littérature ci-dessus et d'affiner mon questionnaire. Je me suis aussi basée sur les connaissances et les compétences acquises durant mon cursus académique, ainsi que sur des articles et des livres, qui sont cités dans la bibliographie.

Mon questionnaire se portant sur la perception d'un phénomène par un public défini, j'ai choisi de réaliser une recherche qualitative de type phénoménologique. Sur base de la revue de la littérature et de questions amenées par cette dernière ainsi que par mon expérience personnelle, j'ai élaboré un guide d'entretien avec plusieurs thèmes, des questions, et des sous-questions me permettant de rebondir lors des interviews. Le guide d'entretien a été affiné au fil des entrevues, en fonction des réponses et de l'analyse des entretiens.

2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion des participants

Je me suis centrée sur des infirmières travaillant dans des institutions exclusivement psychiatriques et francophones, accueillant des patients adultes. J'ai écarté les unités de psychiatrie se trouvant dans des hôpitaux généraux, pour me centrer sur les structures où l'offre de soin principale était la psychiatrie, et où par conséquent la disponibilité des services de soins généraux dépendait majoritairement de structures externes.

J'ai aussi exclu les personnes travaillant dans des milieux psychiatriques résidentiels ou travaillant en équipe mobile, afin de me concentrer sur les pratiques dans les milieux hospitaliers exclusivement.

Je me suis focalisée sur le contexte de la région bruxelloise, afin que l'offre de soins environnant soit de concentration égale pour les structures interrogées.

2.2 Résultats escomptés

En interrogeant des infirmières travaillant dans ces structures, je m'attends à pouvoir observer et décrire leur perception des soins somatiques en psychiatrie de façon phénoménologique, à dégager quelques thèmes émergents, et à pouvoir identifier des freins qu'elles constatent au suivi de ces soins, ainsi que des pistes de solutions qu'elles envisagent pour soutenir la pratique infirmière dans ces services.

2.3 Élaboration du guide d'entretien

Afin de pouvoir décrire au mieux la perception que les infirmières ont de leur pratique par rapport aux soins somatiques de patients en psychiatrie, j'ai élaboré un guide d'entretien. Ce guide, basé sur la revue de la littérature, est composé de plusieurs thèmes.

Tout d'abord, j'ai voulu interroger les participantes sur la **perception qu'elles ont de la santé somatique des patients en psychiatrie**, afin de confronter leur impression aux résultats de la revue de la littérature. Ensuite j'ai posé des questions sur leur **pratique professionnelle** et sur leur ressenti par rapport à cette thématique. J'ai aussi posé des questions sur **l'offre de soins**, interne et externe, proposée dans leur institution, afin de comprendre le contexte dans lequel elles travaillaient et leur ressenti par rapport à la qualité des soins prodigués. Enfin, j'ai posé des questions sur les **pistes d'amélioration** qu'elles envisageaient.

Le guide d'entretien comprend une partie avec des questions concernant les infirmières interrogées, afin d'avoir un aperçu de quelques paramètres, tels que l'âge, l'année d'obtention de leur diplôme, l'existence d'une expérience professionnelle en soins somatiques, et l'ancienneté dans l'institution. Comme certains auteurs cités dans la revue de la littérature expliquent que le ressenti des infirmières par rapport à l'apport qu'elles peuvent avoir au niveau des soins de santé somatique de leurs patients était influencé par leur expérience professionnelle, j'ai estimé qu'il était intéressant d'inclure cette donnée dans cette partie.

Le guide d'entretien a évolué au cours des interviews, en fonction des éléments qui me revenaient, ou sur lesquels j'avais besoin de plus d'informations. Le guide initial et le guide final se trouvent respectivement en annexes 1 et 2 de ce travail.

2.4 Échantillonnage et interviews.

Afin de contacter mon public cible, j'ai envoyé des mails à des responsables dans deux structures hospitalières psychiatriques bruxelloises accueillant une patientèle similaire. Certaines participantes ont répondu à mon mail. Autrement j'ai été invitée par des responsables d'unité à présenter mon projet à leurs collègues.

Ainsi, j'ai pu rencontrer 9 infirmières de ces deux structures. Ces infirmières avaient entre 28 et 52 ans. Parmi ces infirmières interviewées, 4 n'avaient aucune autre expérience dans le somatique que les stages effectués pendant leurs études. Les 5 autres avaient une expérience précédant la psychiatrie de quelques mois à une dizaine d'années. Toutes avaient une ancienneté dans leur institution allant de quelques mois à une quinzaine d'années.

Cinq infirmières travaillaient dans une institution, et 4 dans l'autre. Parmi ces infirmières, 8 travaillaient en service aigu ; 7 d'entre elles travaillaient dans un service de soins sous contraintes, et une dans un service aigu où les patients sont hospitalisés volontairement. La neuvième infirmière interrogée travaillait dans un service au plus long court, avec des patients qui sont hospitalisés volontairement, avec ou sans mesure médico-légale co-existant avec leur projet thérapeutique.

Le fait que les infirmières interrogées travaillaient majoritairement en service aigu n'est pas un choix volontaire. J'ai en effet contacté les institutions par mail et j'ai interrogé les personnes qui m'ont répondu. Il s'avère que ce sont majoritairement des personnes travaillant en service aigu qui m'ont donné des retours.

Notons que j'ai interrogé 6 femmes et 3 hommes, mais que le genre des personnes interviewées n'a pas d'importance pour cette recherche. Pour garder une cohérence de lecture, le terme « infirmière » est et sera donc toujours utilisé de façon épiciène dans la suite de ce mémoire.

Concernant les interviews, j'ai essayé au maximum de ne pas entraver la continuité des soins. J'ai au préalable prévu un moment avec les infirmières ou leurs responsables pour passer lorsqu'elles auraient du temps à m'accorder. Les interviews ont pris entre 20 et 40 minutes et se sont déroulées sur le lieu de travail des participantes.

Au début des interviews, j'ai précisé que la recherche avait lieu dans le cadre d'un mémoire en santé publique. J'ai garanti la confidentialité des résultats, raison pour laquelle les infirmières citées portent des numéros dans les résultats. Les interviews étaient enregistrées et ont été gardées le temps de leur retranscription.

Lors des interviews, j'ai dû reformuler quelques questions pour une meilleure compréhension des participantes, ou les adapter au contexte pour les rendre plus pertinentes. Comme il a légèrement évolué, toutes les infirmières n'ont pas été interrogées sur exactement les mêmes sujets. Néanmoins, je suis restée fidèle à l'esprit du guide initial et à ma thématique.

2.5 Analyse des résultats

Pour la retranscription, j'ai utilisé la fonction « transcribe » de la version de Microsoft 365 fournie par l'UCLouvain ou un dictaphone pour certaines interviews. J'ai ensuite relu et corrigé le texte. À titre d'exemple, la retranscription de l'interview d'une infirmière se trouve en annexe 3.

Au fur et à mesure des retranscriptions, j'ai souligné les éléments intéressants et sélectionné des verbatims pertinents, fait des liens entre ce que j'avais entendu et la littérature, et j'ai petit à petit monté une grille d'analyse basée sur la construction de mon guide d'entretien et sur les thèmes et sous-thèmes qui ressortaient grâce à une méthode tirée de la théorisation ancrée telle que définie par Glaser et Strauss cités par Dumez, H dans son livre sur la méthodologie de la recherche qualitative (17).

Chapitre 3 : Résultats

Je vais ici exposer les résultats de mes interviews grâce aux thèmes qui ont émergé de mon analyse et grâce à des verbatims. Pour rappel, je me suis rendue dans deux structures hospitalières bruxelloises francophones exclusivement psychiatriques pour rencontrer des infirmières afin de les interroger sur leur perception des soins somatiques et leur pratique quotidienne.

Après la retranscription et une première analyse des résultats, je peux commencer par souligner le fait qu'au sein d'une même structure, voire d'une même unité, le regard porté sur les soins somatiques, leur facilité de suivi, la collaboration extérieure et l'attention à y consacrer pouvait fortement varier. Il me semble donc, d'après ces interviews, qu'il y a une dimension subjective dans le suivi des soins somatiques par les infirmières, et que la qualité du suivi pourrait être « personne-dépendant ».

Pour la présentation des résultats, j'ai établi une grille d'analyse sur la base de mon questionnaire. Ceci a permis une meilleure comparaison des différentes interviews.

Au cours de mes relectures d'interviews, j'ai pu faire ressortir cinq thèmes et plusieurs sous-thèmes, repris dans le Tableau 1 et développés ci-dessous.

Tableau 1 : Thèmes et sous-thèmes de l'analyse des résultats

Thèmes	Sous-thème
Santé somatique des patient	• Perception de la santé somatique des patients en psychiatrie • Perception de l'évolution de la santé des patients • Perception de l'impact de la durée de séjour sur la pratique infirmière
Fonction et pratique infirmière	• Expérience et perception des soins somatiques • Pratique des soins somatiques • Problématiques rencontrées et actions
Fonction et pratique infirmière	• Collaborations internes et impact des manquements institutionnels • Collaborations externes
Pistes d'amélioration	• Changement de paradigme institutionnel • Changement de paradigme dans la fonction infirmière • Initiatives personnelles
Constats transversaux	

3.1 Santé somatique des patients

3.1.1 Perception de la santé somatique des patients en psychiatrie

Globalement, les infirmières interrogées trouvent que la santé générale des patients qu'elles accueillent est souvent altérée. Une participante décrit cet état de la façon suivante :

« Un peu médiocre. Pour pas dire autre chose [...] On voit bien que l'état de santé général est plutôt dégradé, en fait. » (Infirmière 8)

Ce constat est partagé par l'infirmière 1, qui travaille en service aigu et souligne l'impact de la décompensation psychiatrique sur la santé physique des patients lors de leur admission :

« Quand on les accueille, en général, ils sont quand même moins bien. Parce qu'ils sont déjà décompensés en soi, et du coup les soins somatiques... bah les problèmes somatiques, en général, suivent tout aussi bien. » (Infirmière 1)

Si la majorité des infirmières interrogées partagent ce constat, il existe tout de même une nuance. Deux infirmières ont exprimé que les patients accueillis dans leurs unités pouvaient être en relative bonne santé somatique lors de leur arrivée. Cependant, comme le souligne l'infirmière 7, lorsque la santé somatique d'un patient est altérée, elle peut l'être de façon importante :

« C'est soit ça va, soit c'est complètement dégradé. » (Infirmière 7)

3.1.2 Perception de l'évolution de la santé des patients

Les infirmières rapportent que la santé somatique des patients peut s'améliorer pendant l'hospitalisation. C'est surtout le cas pour des problèmes jugés comme «simples» :

« Lorsqu'on fait une bonne prise en charge, je dirais ça comme ça, ou bien quand on prend en charge du mieux qu'on peut en fonction des moyens et des possibilités qu'on a, on voit une évolution vraiment positive. » (Infirmière 9)

Une autre infirmière souligne que la rapidité d'intervention ou de suivi peut varier en fonction de la complexité des problèmes identifiés ou de leur visibilité :

« Je dirais que c'est assez variable dans le sens où si c'est quelque chose qui est visible, quelque chose dont le patient va se plaindre, c'est quelque chose qui en général va avoir une meilleure évolution parce que prise en charge plus rapide et mieux suivie que si c'est

quelque chose à bas bruit. Là, ça a tendance à passer inaperçu, à être mal suivi. »
(Infirmière 2)

Un constat partagé par les participantes est que la santé psychique des patients semble souvent primer sur leur état physique. L'évolution de la santé somatique des patients peut être alors retardée ou sous-estimée :

« C'est un peu le problème, quand même, en psychiatrie, je dirais qu'on est fort focalisé sur les troubles mentaux, sur le mental, sur la santé mentale, tout ça. Donc parfois le reste, c'est un peu mis aux oubliettes. » (Infirmière 6)

Les infirmières ont conscience de ce déséquilibre. L'une d'elle m'a fait part du ressenti suivant :

« On pourrait mieux faire je pense, mais parce que c'est pas mis à égalité avec le psychique, en fait. » (Infirmière 8)

Il arrive aussi que les infirmières n'aient pas accès aux soins physiques de leurs patients à cause de leur état mental. En effet, dépendamment des symptômes et de leur gravité, les équipes soignantes doivent parfois se focaliser sur la santé psychique des patients pour pouvoir ensuite aborder leur santé somatique :

« C'est mieux s'ils sont un peu plus stabilisés psychologiquement. C'est plus facile de prendre en charge le somatique. Mais s'ils ne le sont pas c'est un peu compliqué parce qu'il faut de temps en temps, au niveau somatique, une collaboration importante du patient, c'est quand même son corps. » (Infirmière 9)

Une infirmière évoque également les difficultés que les patients psychiatriques peuvent éprouver à changer leurs habitudes, et à en adopter des nouvelles pour favoriser une bonne santé :

« Le problème c'est que ça demande de... de changer. Un changement dans le mode de vie des patients, ce qui est vraiment très compliqué. Déjà dans la population en général, mais encore plus dans le secteur de la santé mentale. » (Infirmière 6)

3.1.3 Perception de l'impact de la durée de séjour sur la pratique infirmière

Il me semble ici pertinent de rappeler que toutes les infirmières interrogées travaillent dans des unités aiguës, à l'exception d'une. L'infirmière travaillant en unité de soins chroniques n'y

travaillant que depuis peu, elle a estimé ne pas avoir assez de recul pour pouvoir répondre à cette question.

Selon les autres témoignages, la durée de séjour peut avoir un impact sur le suivi de la santé somatique des patients, bien que le ressenti ne soit pas unanime. Certaines soulignent que la durée de séjour ne permet de pas de suivre des problèmes trop importants :

« Oui, nous on est dans une unité où ils sont là en général 40 jours avec nous, parfois moins, et donc 40 jours ça ne laisse pas non plus énormément de marge pour s'occuper de grandes pathologies. » (Infirmière 1)

Une autre explique que les durées de séjour étant courtes, le réseau de soins saturé et les délais de rendez-vous très long, ceci ne permet pas un suivi optimal pendant l'hospitalisation :

« Après, pour les problèmes de santé somatiques chroniques, évidemment, ça représente des difficultés, vu que souvent des démarches sur le long cours, c'est compliqué à poursuivre. Et le suivi après, pour le patient, une fois qu'il est sorti, c'est compliqué aussi. » (Infirmière 6)

Pour autant, l'équipe soignante fait le nécessaire pour entamer les démarches avec le patient :

« Ça prend du temps de régler cette problématique. Mais le fait qu'il reste moins longtemps n'est pas un frein à une prise en charge somatique de base. » (Infirmière 3)

La durée de séjour impacterait donc le suivi au long court, mais pas l'attention portée aux soins et la pratique infirmière pendant l'hospitalisation :

« J'ai pas l'impression que ça change quoi que ce soit à notre prise en charge. Donc un patient qui reste 3 semaines aura la même attention. » (Infirmière 2)

Une infirmière rappelle aussi qu'une hospitalisation, même sous la contrainte, est avant tout une opportunité de soin pour les patients psychiatriques. Elle critique l'inégalité d'attention portée entre les soins somatiques et psychiatriques et apporte l'idée que la culture des soins pourrait changer en faveur d'un meilleur équilibre :

« Il y a toujours moyen. Si c'est pris assez rapidement, il y a toujours moyen de faire des choses. Je suis pas certaine que ça soit vraiment une histoire de durée. Évidemment, ils

restent pas un an. Mais bon, quand on va dans un service lambda, on reste pas non plus 40 jours, hein ? C'est pas du tout le cas, donc je suis pas sûre que ça soit une problématique de durée, c'est plus de culture, je trouve. » (Infirmière 8)

En conclusion de ce premier thème, nous pouvons constater que la santé somatique des patients est souvent perçue comme altérée. En fonction de la visibilité et de la gravité des problèmes, les équipes de soin peuvent avoir un impact positif sur l'amélioration de la santé physique des patients. Néanmoins, nous voyons apparaître une ambivalence au niveau de la priorisation des soins psychiatriques : si elle est parfois nécessaire pour avoir accès au corps des patients dans un second temps, force est de constater que cette dimension passe parfois en second plan par habitude. Un changement de culture pourrait être intéressant pour minimiser cet écart et offrir un meilleur suivi de leur santé aux patients hospitalisés.

3.2 Fonction et pratique infirmière

3.2.1 Expérience et perception des soins somatiques

Lors de mes interviews, j'ai questionné les infirmières sur leur ressenti par rapport aux soins somatiques. Cette question a été comprise différemment par les participantes. Certaines l'ont comprise comme si je leur demandais si elles étaient à l'aise ou non vis-à-vis de ces soins, d'autres comme si je leur demandais si elles aimaient ou pas le suivi des soins somatiques. Nous pouvons déjà en déduire une ambivalence par rapport à la fonction infirmière.

« Je déteste. On va être très clair, je déteste puisque c'est pas ma spécialité. Moi je suis en salle de crise, donc moi je gère la crise psychiatrique et je ne gère pas vraiment les soins somatiques. » (Infirmière 1)

Certaines en ont profité pour faire part de leur sentiment de frustration. Elles estiment qu'il est difficile de mettre en place des suivis ou des protocoles qui tiennent dans le temps car tous les membres de l'équipe n'ont pas la même conscience des soins somatiques :

« Je dirais frustrée, dans le sens, même si ça va un petit peu mieux, ça reste quelque chose qui est fortement oublié, qui n'est pas ancré dans les pratiques, et qui n'est pas réflexe, en fait. Où l'ensemble de l'équipe ne va pas y penser non plus et donc c'est des choses qui vont passer à la trappe. C'est aussi toute une difficulté de mettre en place un

protocole de soins qui soit suivi, qui soit correctement évalué, donc beaucoup de frustration. » (Infirmière 2)

Certaines expriment aussi un sentiment de lassitude par rapport aux soins somatiques à cause de l'attitude des patients, qui sont parfois peu soucieux de leurs problèmes de santé :

« Donc à un moment donné, quand le patient n'est pas trop preneur de soins que ça, ça lui passe un peu à côté, et que ça lui convient un petit peu comme ça, que ça ne le tracasse pas trop, à un moment donné, on va avoir tendance à abandonner un petit peu, à laisser tomber. Parce que ça fatigue de toujours être derrière le patient en permanence. » (Infirmière 6)

Malgré des sentiments partagés, les infirmières interrogées reconnaissent l'importance d'un suivi de la santé somatique de leurs patients. Elles estiment que la santé somatique et psychiatrique peuvent s'influencer :

« Je pense que c'est important parce que ça contribue aussi à l'amélioration de l'état psychique. » (Infirmière 3)

Néanmoins, je constate une ambivalence dans entre le point précédent et celui-ci, car les soins somatiques ne sont pas toujours perçus comme une priorité ou conscientisés par les infirmières. L'une d'elles exprime le fait que les soins somatiques commencent seulement à être pris en compte au quotidien dans son unité :

« Je dirais en augmentation. C'est quelque chose dont on commence à prendre conscience et qui commence à prendre plus de place dans la discussion. » (Infirmière 2)

L'infirmière 8 m'a transmis que la priorisation de la santé mentale dans les structures exclusivement psychiatriques est peut-être influencée par une certaine culture :

« Peut-être qu'il y a une culture, justement, de la priorité pour la psychiatrie et que du coup le somatique passe un peu en deuxième plan. » (Infirmière 8)

Il est aussi possible que la perte de compétence influence la pratique quotidienne des infirmières. Plusieurs infirmières se plaignent d'une diminution de leurs connaissances et de réflexes à avoir par manque de pratique. Mais elles soulignent aussi que c'est plutôt le manque de fréquence de certains soins qui leur font perdre la main, même si en service aigu certains

problèmes sont récurrents. Elles sont, de façon générale, demandeuses de formations en lien avec les soins somatiques pour garder un niveau de compétence satisfaisant.

3.2.2 Pratique des soins somatiques

Par rapport à leur pratique quotidienne, il est ressorti des interviews que les infirmières observent, surveillent et évaluent la situation clinique de chaque patient :

« Nous on a ce regard infirmier, donc forcément... C'est le fait d'observer. »
(Infirmière 3)

Il émerge aussi que l'observation est capitale car les patients avec une maladie psychiatrique n'ont parfois pas la possibilité de faire part de leurs problèmes à cause des symptômes de leur maladie mentale :

« On va mettre plus d'attention parce qu'on voit que le patient, il va oublier de boire, de manger, parfois même d'aller aux toilettes, et cetera. Donc là, on va quand même être beaucoup plus attentif et passer plus régulièrement vers le patient. Et donc on va l'accompagner pour ses besoins primaires, mais aussi pour tout ce qui est soins d'hygiène et donc évidemment, on va un peu plus regarder, être attentif à ça. » (Infirmière 7)

« C'est difficile parfois pour eux de pouvoir nous le faire savoir d'eux-mêmes. On doit dans la majorité des cas constater. On doit découvrir parce que la majorité a du mal à s'exprimer ou bien ils vont l'exprimer pendant qu'ils sont dans des délires. Parfois on peut ne même pas croire ce qu'il est en train de dire, qu'il présente un vrai problème, une vraie difficulté. Mais on prête l'oreille attentive, et alors on investigue. » (Infirmière 9)

Cependant il ressort que les infirmières ont des difficultés à suivre les observations de shifts en shifts car la rigueur de ces suivis est plutôt une initiative personnelle :

« Il y a des patients qui ont des antécédents ou qui prennent des médicaments pour certains problèmes. Par exemple j'ai deux patients et qui ont un problème de tachycardie, et un patient assez jeune qui prend des médicaments pour l'hypertension et je pense qu'on ne fait pas assez attention à faire une surveillance. On ne va pas non plus assez souvent demander si on va bien à la toilette par exemple. Je pense qu'on ne fait pas souvent attention à ces petits détails, qui peut peuvent mettre en danger le patient. » (Infirmière 5)

Ce sont pourtant les infirmières qui sont, au quotidien, proches des patients, et qui ont la possibilité de les orienter vers d'autres professionnels de la santé si besoin. Les infirmières interviewées estiment d'ailleurs avoir un rôle dans la coordination des soins autour des patients :

« Faire appel aux différents acteurs, ça c'est notre rôle à nous. » (Infirmière 1)

Par la suite, c'est également à elles d'assurer le suivi des protocoles mis en place.

L'abord par les soins somatiques est aussi ressenti comme un moyen pour rentrer en contact avec des patients, qui ne sont pas toujours d'accord d'être hospitalisés, ou qui estiment ne pas être malades.

« C'est un très bon média parce que ça permet d'exprimer des inquiétudes concrètes et visibles pour le patient, et ça permet d'avoir une excuse pour entrer en relation. »
(Infirmière 2)

L'utilisation des soins somatiques comme média permet également de dédramatiser certaines situations et de créer ou de renforcer une alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe de soins. Certaines infirmières expliquent que le fait de réaliser un soin, ou de prendre des nouvelles de leur santé facilite la prise de contact, même en cas de mesure de soins sous contrainte :

« Parce que oui, on nous voit comme le distributeur de médicaments antipsychotiques. Donc la personne qui les force. Mais en même temps, une personne qui a mal ou à qui on va refaire un soin, ça va permettre d'avoir du temps avec la personne pour lui parler. Et puis je pense que ça permet de voir 'Ah bah on prend soin du global'. On n'est pas que là pour te dire de prendre des injections, ou 'tu vas te calmer', ou... » (Infirmière 3)

3.2.3 Problématiques rencontrées et actions

Les infirmières interrogées ont fait ressortir plusieurs problèmes de santé somatique récurrents dans leurs unités. Selon les infirmières, certains sont liés à la nutrition et à la sédentarité (obésité, hypertension artérielle, élimination), d'autres sont imputés au traitement psychiatrique que prennent les patients (affections cardio-vasculaires, prise de poids, énurésie, constipation). Toujours selon les répondantes, certains sont plus liés à l'attention que les

patients portent à leur propre corps et à leur maladie mentale (incurie, plaies, affections cutanées), et d'autres à des consommations (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie).

Malgré des questions posées sur l'étiologie de ces soucis de santé somatique, il est intéressant de relever que peu d'infirmières ont fait le lien entre la maladie mentale et les affections somatiques qu'elles observaient chez les patients. De plus, la majorité d'entre elles n'ont pas estimé qu'elles pouvaient avoir une influence sur ces problématiques, en mettant par exemple en place des actions de prévention ou d'éducation à la santé. Interrogée à ce sujet, l'infirmière 1 m'a dit :

« Je pense que c'est à cause du domaine dans lequel on est. On priorise principalement l'état mental, et pas du tout le somatique. »

Tu veux dire, du fait que c'est une unité aiguë, de soins sous contraintes, que les patients ne restent pas longtemps, et cetera ?

Ouais. Tout à fait. » (Infirmière 1)

Pourtant, c'est quelque chose qui est souligné par les infirmières elles-mêmes. L'infirmière 2 m'a par exemple parlé du fait que dans son équipe, ils ne prenaient pas assez le temps de discuter des effets secondaires des traitements avec leurs patients :

« On n'en parle pas assez à nos patients, de base, avant même d'instaurer un traitement [...]. et donc c'est souvent quelque chose qui passe à la trappe jusqu'à ce que, tout d'un coup, quelqu'un ait une illumination par le plus grand des hasards, parce qu'on a comparé deux chiffres. Voilà, tout d'un coup, il y a un warning qui s'allume. » (Infirmière 2)

L'infirmière 3 souligne l'importance de faire prendre conscience de leur état aux patients qui sont accueillis dans son unité.

Outre les actions de surveillance et d'observation qu'elles ont évoqué, elles expliquent qu'elles réagissent en général à des symptômes ou à des diagnostics, mais qu'il n'y a que rarement de la prévention ou de l'anticipation. Si les habitudes à l'admission semblent relativement similaires dans toutes les unités et dans les deux institutions, à savoir un bilan sanguin, une prise d'urine et un rendez-vous avec le médecin généraliste au minimum, il est souvent revenu qu'il y avait peu d'efforts réalisés au niveau anamnestique :

« Une autre difficulté, et je pense que ça par contre c'est typiquement de l'ordre du réflexe, c'est quand on a une admission, de checker "Est-ce que Monsieur a des plaies ? Comment sont ces plaies ? Est-ce qu'il y a déjà des soins qui ont été faits ? Depuis quand ça date", tout ça. Souvent c'est passé à la trappe. » (Infirmière 2)

L'infirmière 6 conforte cette idée en expliquant qu'il y a peu d'initiative infirmière avant le rendez-vous avec le généraliste, et qu'elles attendent en général ce rendez-vous pour creuser cet aspect de la santé :

« Le protocole de base c'est dès l'admission d'être ausculté par le généraliste, et à partir de là on va voir ou pas s'il y a des soins somatiques qui sont à mettre en place. » (Infirmière 6)

En conclusion de ce deuxième thème, nous pouvons constater qu'il n'y a pas de réel consensus exprimé par les infirmières interrogées par rapport à leur sentiment pour les soins somatiques. Il arrive que certaines conçoivent les soins somatiques comme moins importants que la santé mentale au vu de leur spécialité. Néanmoins, lorsqu'elles abordent leur pratique quotidienne, elles se montrent plus critiques, et pointent certains aspects qui pourraient être améliorés, notamment les éléments anamnestiques.

3.3 Collaborations internes et externes

Nous l'avons vu, les infirmières parlent souvent de collaboration avec des prestataires internes ou externes à leur institution. Ces collaborations comportent des avantages et des inconvénients, parfois liés à l'organisation ou aux personnes en elles-mêmes.

3.3.1 Collaborations internes et impact des manquements institutionnels

Nous pouvons constater que les infirmières sont plutôt unanimes sur les avantages à collaborer avec des prestataires internes à leur institution. Dans les deux institutions, les infirmières ont cité la présence de médecins généralistes disponibles en semaine et d'une diététicienne. Parmi les avantages cités, il y avait la facilité d'accès à la consultation, la rapidité d'intervention et la facilité de communication des informations.

Au niveau des inconvénients, les infirmières ont été plus éloquentes. L'une d'elle cite notamment le risque de surexploitation des ressources internes, ce qui peut être un inconvénient

pour le patient car ça peut donner un semblant d'immédiateté dans l'obtention d'un rendez-vous, ce qui ne reflète pas la réalité, en plus de générer des coûts parfois évitables aux patients :

« Enfin, demander un avis au chirurgien pour une brûlure qui a généré une phlyctène, pour moi, c'est des choses où on est passé d'un extrême où c'était le néant, à un extrême où on y a recours pour tout et n'importe quoi. Et c'est dommage parce que c'est des choses qui sont facturées à des patients qui, souvent, sont déjà dans la précarité, n'ont pas beaucoup de revenus, et donc ça leur enfonce la tête sous l'eau plus qu'ils n'y sont déjà, ça ne fait pas sens. [...] C'est leur donner, à mon sens, un semblant d'accessibilité immédiat à des soins dans certains niveaux qui ne correspondent pas du tout à la réalité non plus d'un être humain lambda. » (Infirmière 2)

Un autre inconvénient évoqué est la disponibilité et la qualité de suivi des médecins généralistes. Dans les deux institutions, il semblerait qu'il y ait plusieurs médecins généralistes qui se répartissent les unités. Cependant, leur temps de consultation étant limité, et leur présence parfois aléatoire, les infirmières déplorent régulièrement un manque de suivi des problématiques somatiques. De plus, les généralistes n'étant présents qu'en semaine, cette problématique est renforcée par une segmentation importante entre les médecins psychiatres et les médecins généralistes :

« Ça aussi, c'est la bataille, quand tu demandes parfois à un psychiatre un truc parce que tu sais que tu auras pas le généraliste avant le lendemain ou avant ce soir 17 h et qu'il est 8 h et qu'il y a besoin d'un truc et qu'on te répond "Ah non mais moi je suis psychiatre, c'est pas à moi de me gérer le somatique". Oui, mais en fait je te le demande parce que ça fait sens et que c'est important, et que t'es médecin avant tout, quoi. » (Infirmière 2)

Les infirmières citent aussi un manque de moyens pour les prestataires internes, ce qui peut rendre leur suivi moins qualitatif. Elles regrettent également parfois que l'offre de soins en interne ne soit pas plus fournie, ce qui permettrait à des patients hospitalisés et décompensés d'avoir plus facilement accès à certaines spécialisations, comme la dentisterie, la gynécologie, ou même des services non-médicaux comme un service de coiffure pour améliorer leur image corporelle et leur bien-être.

Au niveau des collaborations internes, on peut aussi citer la collaboration avec des services annexes et logistiques. Les infirmières interrogées ont ramené beaucoup de difficultés en lien

avec des aspects institutionnels. Elles relèvent notamment des retards ou des manquements au niveau de la nutrition, de la pharmacie ou du matériel disponible :

« La difficulté d'avoir enfin ce yaourt sans sucre pour le patient diabétique et que pendant trois semaines tu reçois du yaourt avec du sucre. » (Infirmière 2)

« Au niveau médicament, là également, la pharmacie nous renvoie surtout “on l’a pas, il faut aller le chercher à l’extérieur”, [...] moi en tant que particulier, je vais à la pharmacie, et souvent l’après-midi je peux avoir mon médoc même s’il ne l’avaient pas. Ici, on ne sait pas pourquoi, soit ça ne vient jamais, soit c’est plusieurs jours après. Donc je comprends pas. » (Infirmière 1)

« On a eu un patient qui était pratiquement paralysé d’un bras, mais pour avoir des adaptations ergo, pour avoir du matériel,... en fait je pense qu’on les a reçues peut-être une semaine avant qu’il parte ? » (Infirmière 2)

Ces manquements ont un impact direct sur la qualité des soins pour les patients, mais aussi sur le travail et la motivation des infirmières. Certaines expliquent qu’elles ne peuvent pas faire leur travail correctement, ce qui provoque une certaine lassitude ou une frustration :

« Par exemple, moi je parle souvent des globes vésicaux. En fait on est obligés de les envoyer aux urgences. Ouais... Or je suis infirmière, je sais faire un sondage. » (Infirmière 3)

« Et comme j’ai dit, ça génère pas mal de frustration, et je pense que c’est un cercle vicieux, aussi, parce que certains vont avoir tendance à se dire “mais de toute façon ça ne va pas fonctionner, ça ne va pas aboutir. Donc à quoi bon me jeter dans la bataille, tant pis”. Et donc je pense qu’il y en a certains qui n’ont même plus essayé parce qu’il y a de la résignation [...]. Au bout d’un moment, je pense que les gens n’essayent plus, non pas par manque d’envie, mais parce que ça devient trop dangereux. En fait, je crois qu’il y a de ça aussi. Il y a un risque d’épuisement professionnel. » (Infirmière 2)

Nous avons déjà vu que les soins somatiques avaient tendance à être négligés ou à passer en second auprès des infirmières ; il se trouve que c’est aussi le cas au niveau institutionnel :

« Enfin voilà, j’ai l’impression que toute la logistique et tout, ça fait que les soins somatiques sont malheureusement considérés un peu comme secondaires. » (Infirmière 1)

3.3.2 Collaborations externes

Comme pour les collaborations internes, j'ai essayé d'explorer les avantages et les inconvénients à aller à l'extérieur.

Cependant, les infirmières interrogées n'identifient pas réellement d'avantages à se référer à une institution externe pour des soins somatiques :

« En fait, il y en a pas. » (Infirmière 3)

Comme nous le verrons dans les inconvénients rencontrés, les institutions somatiques ne semblent pas toujours adaptées au suivi de patients psychiatriques. Néanmoins, quelques infirmières peuvent se montrer réalistes par rapport à leurs collègues externes, et évoquer des pistes constructives pour améliorer l'accueil de leurs patients, ce qui sera abordé dans un prochain thème :

« Après, je critique pas, parce qu'ils doivent être sûrement surchargés de travail. Est-ce que l'institution a vraiment fait un travail pour qu'on puisse échanger assez facilement les infos ? » (Infirmière 3)

Pour les collaborations externes également, les infirmières ont été plus éloquentes en matière d'inconvénients. Le premier, qui a déjà été évoqué, est le délai pour obtenir des rendez-vous de suivi, qui excèdent régulièrement le temps de l'hospitalisation en psychiatrie et pour lequel elles ne peuvent donc pas avoir de suivi :

« On n'a pas assez d'accords pour avoir des accès faciles aux examens, et donc c'est comme dans la vie en général, hein, c'est pas que pour nos patients, mais voilà, ça c'est vraiment compliqué. » (Infirmière 1)

En plus du délai pour obtenir le rendez-vous, le problème de la complexité de la prise de rendez-vous a été évoqué plusieurs fois :

« Je me souviens qu'il nous a déjà fallu, parfois, au moins une semaine pour avoir un rendez-vous ici pas loin pour un gynéco, quoi, donc le fait de devoir passer par le réseau standard, ça met une perte de temps monstrueuse. » (Infirmière 2)

Un des problèmes les plus récurrents dans les interviews est celui de la stigmatisation des patients psychiatriques dans les institutions de soins somatiques. Les infirmières ont pu me

donner plusieurs exemples démontrant que ce ressenti est partagé et que le simple fait que le patient vienne consulter depuis un hôpital psychiatrique peut avoir des conséquences sur son accueil et son suivi, d'autant plus s'il vient d'un hôpital psychiatrique où il est, par définition, en crise :

« Parfois aussi nos patients sont pas toujours bien accueillis parce qu'ils savent qu'ils viennent d'un hôpital psychiatrique. Et donc là aussi, l'image que les patients peuvent renvoyer est plus compliquée. » (Infirmière 1)

« Je me dis qu'en somatique quand tu as affaire à des patients psychiatriques qui viennent de chez nous, bah s'ils sont hospitalisés c'est qu'ils vont pas bien, c'est qu'ils sont pas stabilisés. C'est qu'il y a quand même des comportements souvent débordants, et ça doit dénoter du cadre hospitalier, de la patientèle habituelle. [...] Tu vois que quand on arrive on te dit déjà "Ah oui c'est un patient psy. Et ça va, il a de la patience ?", il y a quelque chose où c'est un peu embêtant, parfois tu vois que les prestataires vont directement s'adresser à toi qui accompagne avant même de demander son prénom à la personne. » (Infirmière 2)

« Je pense que si le patient faisait d'emblée par lui-même la démarche, ce serait plus difficile parce qu'il serait pas forcément pris au sérieux, ou il serait négligé. » (Infirmière 6)

Cette stigmatisation semble donc avoir un impact sur le suivi des patients psychiatriques, mais aussi sur leur volonté de se prendre en main d'un point de vue somatique. Cet aspect peut rendre le travail d'autonomisation des patients plus compliqué :

« Et parfois, [le patient] va nous dire 'bah, en fait ça sert à rien.' Parce qu'il a pas été forcément bien accueilli ou bien pris en charge. » (Infirmière 7)

D'après certaines des répondantes, c'est le symptôme qui rend la maladie psychiatrique visible qui dérange, d'autant plus dans notre société où la psychiatrie est stigmatisée dans la population générale :

« Nous, je crois qu'en tant que soignants on arrive à relativiser et trouver plein de choses rigolotes, mais je pense que, oui, pour la personne qui ne connaît pas la

psychiatrie, elle n'a facilement accès qu'à des représentations extrêmement négatives. »
(Infirmière 2)

Il semblerait que le personnel soignant qui accompagne les patients psychiatriques à des rendez-vous médicaux dans des structures somatiques ou aux urgences soit également stigmatisé d'une certaine façon :

« Beaucoup de fois où on doit accompagner nos patients aux urgences et qu'on a la possibilité d'aller avec eux, c'est vrai qu'on n'est pas forcément, ni bien accueilli, ni bien traité, et encore moins le patient. On voit que ça dérange, clairement, c'est un peu encore une impasse. C'est de la perte de temps, pour eux. Mais du coup, clairement, oui, le patient est pas forcément bilanté et cetera. » (Infirmière 7)

Un autre aspect compliqué pour les infirmières qui revient souvent dans les interviews est le fait de devoir accompagner les patients. Les accompagnements, souvent nécessaires avec des patients en crise ou souffrant de maladies mentales qui peuvent être invalidantes, requièrent une disponibilité logistique que les équipes de soin n'ont pas toujours :

« Nous, concernant l'organisation, c'est toujours aussi plus difficile, parce qu'on a parfois des patients qui n'ont pas de sorties extérieures, et qui doivent être accompagnés. Seulement c'est toujours dépendant du staff que l'on a sur le jour-même, et donc parfois on est obligé d'annuler certains rendez-vous par manque d'accompagnateur. »
(Infirmière 1)

Un risque lié à l'accompagnement des patients à des rendez-vous extérieurs, c'est de déformer l'équipe soignante pour une durée parfois indéterminée :

« On sait jamais comment le service il va être et donc, clairement, c'est déformer l'équipe. » (Infirmière 7)

Les infirmières déplorent aussi un manque de communication entre les institutions externes et l'unité où le patient est hospitalisé. Il arrive que les patients n'aient pas de DMG, ce qui ne facilite pas la transmission d'informations. Les équipes de soins comptent donc sur les rapports des somaticiens, mais ils n'arrivent parfois pas, ou sont estimés comme peu complets :

« Souvent, on n'a pas de de retour de consultation. Les patients reviennent sans... Parfois on est juste avec une prescription, mais on ne sait pas l'indication. On a pas d'échange téléphonique avec les équipes là-bas. » (Infirmière 3)

Malgré tous ces témoignages, les infirmières peuvent aussi reconnaître que l'accueil réservé à leurs patients, la qualité de leur suivi et la transmission d'informations les concernant peut aussi très bien se passer. Elles relèvent que ça dépend de la personne qui les reçoit et de son implication :

« Alors parfois on tombe sur des perles rares. Je sais que j'avais accompagné le Monsieur qui avait son cancer à plusieurs rendez-vous avec le chirurgien. Parfois il y en a qui ont vraiment la patience et qui vont expliquer. D'autres... Ben moi je vois bien toutes les jeunes qui font des tentatives de suicide, qui avalent du verre, des lames, des machins, et cetera. Ben vous êtes pas bien accueillis, hein. Ils aiment pas ça, quoi. » (Infirmière 8)

En conclusion de ce thème, nous pouvons souligner que les soins somatiques exercés par des partenaires internes aux institutions offrent des avantages logistiques, mais restent limités. Leur organisation pourrait être fluidifiée et l'absence de certaines spécialités est parfois regrettée par les équipes de soin. La segmentation entre médecins psychiatres et médecins généralistes peut être à l'origine de retard de prescriptions et de suivis. Le recours à ces soins de façon abusive ne favorise pas l'autonomisation des patients hospitalisés et peut avoir un impact financier pour eux. Par ailleurs, la collaboration avec des services logistiques autour des unités de soin pose parfois question aussi. Pour les collaborations externes, les infirmières ont noté que les rendez-vous étaient logistiquement compliqués à organiser, d'une part à cause du temps qu'il faut passer au téléphone pour avoir un rendez-vous, et d'autre part à cause des dates de rendez-vous qui excèdent souvent l'hospitalisation et ne permettent donc pas une amélioration significative de l'état de santé du patient. Un autre aspect largement partagé est la stigmatisation des patients, qui nuit à la qualité des soins qu'ils reçoivent et à leur autonomisation. Et enfin, les infirmières déplorent un manque de transmission d'informations entre les prestataires externes et leur hôpital.

3.4 Pistes d'amélioration

Durant mes interviews, les infirmières ont souligné beaucoup de manquements, mais aussi de pistes d'amélioration par rapport à ces manquements. Ces pistes d'améliorations peuvent être classées en sous-thèmes

3.4.1 Changement de paradigme institutionnel

Les infirmières interrogées ont relevé des problèmes liés à l'institution et à l'organisation de leur structure. Selon l'une d'elles, il faudrait que l'institution prenne conscience que les soins somatiques font partie de la santé des patients, et les moyens logistiques devraient suivre :

« Je pense qu'il y a aussi une prise de conscience de la réalité de terrain à avoir, à développer, à 'je ne sais pas quoi' au niveau des services supports de manière globale. »
(Infirmière 2)

En effet, les répondantes ont souligné plusieurs problèmes avec la pharmacie ou du matériel de soins qui est inadapté ou qui n'est pas livré. L'infirmière 9 préconise de signaler les manquements au niveau institutionnel grâce à un système de rapportage informatisé disponible pour tous les travailleurs de l'institution.

Au niveau institutionnel, certaines soulignent l'importance des dépistages, qui pourraient être plus automatisés. L'une d'elle déplore l'absence de contrôle de la vision, par exemple. Une autre trouve que les dépistages conseillés à la population devraient être réalisés, dans la mesure du possible, lors de l'hospitalisation des patients en psychiatrie car ils sont souvent marginalisés et ont un moins bon accès aux actions de prévention. Elle cite ainsi l'exemple du dépistage d'une particule qui peut être émise par la prostate en cas de cancer :

« Par exemple c'est des patients, on sait qu'ils ont plus de 40 ans. Je prends l'exemple pour un homme, jamais il va aller faire un suivi pour sa PSA, par exemple. » (Infirmière 7)

Une infirmière a soulevé que, dans une équipe pluridisciplinaire, il était compliqué de n'avoir qu'une infirmière par shift, et qu'elle n'était alors vue que comme un distributeur de médicaments et une exécutante. Elle n'avait pas le temps d'observer les patients et d'offrir un réel suivi. Elle estime donc que le fait d'avoir plus d'infirmières par shifts pourrait permettre d'améliorer le suivi de la santé générale des patients.

Plusieurs répondantes ont également critiqué l'organisation de la médecine générale dans les deux institutions, qui pourrait être améliorée. Certaines ont aussi cité le fait qu'il manquait des somaticiens dans les institutions psychiatriques, et qu'augmenter l'offre de soins pourrait être bénéfique :

« Je me dis ajouter plus de somaticiens, ce serait une bonne chose, même augmenter le plateau technique ou créer, je sais pas moi, une maison médicale, quelque chose apparenté à notre hôpital, je pense ça aiderait quand même beaucoup de monde, même pour tous les patients. » (Infirmière 7)

Il est aussi revenu plusieurs pistes d'amélioration intéressantes avec les prestataires externes. Plusieurs infirmières ont évoqué la possibilité de mettre en place un partenariat avec un hôpital général pour avoir un meilleur accès aux rendez-vous et un meilleur accueil. Une autre piste d'amélioration serait un moyen de prendre rendez-vous pour les professionnels, pour éviter de passer trop de temps au téléphone :

« Une difficulté c'est déjà les temps d'appel, parce qu'on a pas de réseau privilégié d'hôpital à hôpital par exemple. Et donc il faut passer par le réseau de n'importe quel citoyen qui voudrait prendre un rendez-vous. Et c'est compliqué parce que toi, t'appelles parce que là, maintenant, t'es disponible pour appeler, mais t'es peut-être pas disponible pour rester 30-40 minutes avec ta petite musique d'attente pour avoir un rendez-vous. » (Infirmière 2)

Certaines envisagent des stratégies de collaboration avec les services d'urgence, comme par exemple avoir un contact téléphonique en amont, comme ce qui se fait déjà dans l'unité de l'infirmière 9 :

« Quand on sait qu'on transfère un patient, le médecin du service appelle déjà les urgences pour dire qu'on envoie un de nos patients. Ça facilite, les gens attendent le patient. Si le patient est seul, on prévient bien que le patient est peut-être seul, et on attend pour mieux accueillir le patient. Ou si le patient est accompagné par un membre de l'équipe, ils sont aussi informés pour une prise en charge meilleure qu'avant, parce que ça les rassure aussi le fait qu'on est là, on connaît mieux les patients. » (Infirmière 9)

L'infirmière 3 a expliqué que dans son ancien travail, elle et ses collègues avaient commencé à rencontrer plusieurs prestataires avec qui elles collaboraient afin de permettre aux gens de se

connaître et d'aider à une prise de conscience de la réalité de soin en psychiatrie, ce qui est également jugé nécessaire par certaines :

« Je pense qu'il y a quand même un petit peu de boulot aussi dans la prise de conscience de certains qui viennent de milieux externes. Qu'en psychiatrie, maintenir un rendez-vous c'est difficile pour plein de raisons, que l'état de clinique est hautement variable et que donc, oui, parfois il y a des annulations, et que c'est pas juste parce qu'on a oublié, qu'on a pas envie, ... Il y a plein, plein de choses, plein de facteurs qui font que ça demande de la flexibilité de chacun en fait. » (Infirmière 2)

3.4.2 Changement de paradigme dans la fonction infirmière

Les infirmières interrogées ont relevé l'importance de valoriser la fonction infirmière et de mieux répartir les rôles et responsabilités des différents membres de l'équipe de soin :

« Parce que certains ont encore ces réflexes, justement, de travailler uniquement avec un fonctionnement somatique qui n'est pas du tout le même, avec une disponibilité des patients de chaque instant. Une exécution à la minute, une délégation de tâche au personnel soignant alors qu'un médecin peut tout à fait réaliser certaines tâches par lui-même. Imprimer des résultats, il faut pas avoir fait des soins infirmiers pour ça, n'importe qui peut imprimer. Voilà, ce genre de délégation de tâches. Chacun peut y mettre du sien. » (Infirmière 2)

Elles pensent aussi qu'en conscientisant les soins somatiques en équipe, on pourrait remettre du sens dans la fonction et dans le suivi de ces soins. Comme vu plus haut, certaines regrettent que les soins et les protocoles ne soient pas suivis par toutes les infirmières de la même façon, parce qu'elles sont frustrées ou lassées la plupart du temps. Or, en remettant de la réflexion et du sens dans ces soins, on pourrait peut-être les améliorer :

« C'est oublié, on estime que c'est pas grave et donc il faut informer les professionnels qui travaillent ici, il faut les former pour que ça fasse sens. Et qu'on se dise "Ah mais oui, on le fait parce que ça, c'est important". Et pas juste "on le fait parce qu'on me le demande" [...] Il faut que ça fasse partie d'une réflexion clinique, et de 'pourquoi on le fait' et 'en quoi ça peut avoir des conséquences si on ne le fait pas'. Parce que pour l'instant c'est juste 'oui, on coche un truc parce qu'on nous le demande'. Mais la plupart des gens ne font pas de lien entre la pathologie et les effets secondaires, les risques, le

somatique,... c'est totalement abstrait. [...] je pense vraiment que la base c'est mettre du sens. C'est qu'à partir de là que les questionnements et les réflexes viennent d'eux-mêmes. Mais voilà, il faut mettre du sens dans la pratique, quoi. » (Infirmière 2)

Une façon de pouvoir améliorer ces soins serait aussi d'améliorer la collecte de données anamnestiques et de ritualiser certaines surveillances afin qu'elles entrent dans les mœurs de l'institution :

« Oui, clairement, je pense qu'on devrait tous avoir les questions types qui doivent être obligatoirement posées. Que pour l'instant, de nouveau, c'est très personne-dépendant, et bon, est ce qu'on a le temps, est ce qu'on n'a pas le temps, “Ah bah tiens moi en tant qu'infirmière je suis focus par rapport à ça”. “Ben tiens, moi en tant qu'éducatrice je suis focus plutôt par rapport à ça”. “Moi en tant que médecin, bah je vais me focus par rapport à d'autres choses”, et donc en fonction de qui est là pour l'accueil, et de si on est plusieurs ou pas, il y a plein de questions qui vont être posées ou pas. » (Infirmière 2)

Une infirmière a rappelé que c'était son travail de suivre les prescriptions du médecin et de s'assurer que les soins soient bien réalisés. Une autre rappelle que tous les prestataires, qu'ils soient internes ou externes, sont là pour le bien-être du patient. Elle suggère de rappeler ceci au personnel soignant et de remettre le bien-être du patient au centre de leurs préoccupations.

Comme dit plus haut, les infirmières sont aussi demandeuses de formations, pour rafraîchir et entretenir leurs compétences :

« Faire plus de formation à ce niveau-là, de formation, de sensibilisation. Je sais pas s'il y en a [dans l'institution], mais ça peut être aussi des formations pour un peu rafraîchir des connaissances de base, par exemple, formation en diabète, formation en soins de plaies, formation algologie par exemple, toutes les formations comme ça qui permettent de rafraîchir un peu les connaissances, de pouvoir mieux se débrouiller au niveau des soins. C'est sans doute un facteur clé. » (Infirmière 6)

Deux répondantes ont évoqué le fait que la formation initiale en soins infirmier montre la psychiatrie comme une spécialisation à part, qui est parfois rejetée à cause de la stigmatisation de la psychiatrie dans la société :

« Dans la formation on se dirige vers des spécificités, déjà en amont. Et c'est vrai que la psychiatrie c'est un peu boudé, et je pense que l'image populaire n'aide pas. Même chez les soignants, alors que nous, on est formé à avoir des patients souffrant de maladies psychiques. » (Infirmière 7)

3.4.3 Initiatives personnelles

Jusqu'à présent, nous avons parlé de choses qui ne se mettent pas encore en place. Mais certaines prennent déjà au quotidien des initiatives personnelles pour améliorer la qualité des soins donnés à leurs patients :

« Mais moi déjà, personnellement, quand je fais un suivi, par exemple de la douleur, c'est une façon pour que mes collègues voient qu'il y a une activité infirmière dans l'ordinateur, à suivre et à remplir. Et la même chose pour les besoins d'aller à selles. Alors je pense que, aussi, quelqu'un d'un peu nouveau qui arrive et qui met, comme ça, des activités, ça peut jouer sur les autres. On se pose des questions, ça aide à se rappeler, ou à prendre conscience que ça fait partie des activités infirmières aussi en fait.

OK, donc plutôt montrer l'exemple pour ne pas oublier des soins ?

Oui. Oui, c'est ça, voilà. » (Infirmière 5)

En conclusion de ce thème, nous pouvons voir que les infirmières ont quelques idées pour améliorer le suivi des soins somatiques et la santé de leurs patients. Certaines pistes ne relèvent pas de leur champ d'action, mais elles pourraient peut-être les influencer, par exemple en envoyant plus fréquemment des rapports d'incidents, ou en en discutant en équipe pluridisciplinaire.

D'autres pistes pourraient être dans leur champ d'action, à condition d'avoir le temps et l'énergie pour les mettre en place. Car, comme vu plus haut, certaines ressentent beaucoup de frustration et s'épuisent dans leur pratique.

3.5 Constats transversaux et conclusion du chapitre

Selon plusieurs infirmières, les interviews menées pour ce travail ont été l'occasion de réfléchir à leur pratique. Elles trouvaient toutes le sujet intéressant et important. En effet, il est ressorti plusieurs fois que les soins somatiques étaient sous-estimés en psychiatrie et qu'il serait bon de se pencher sur la situation pour améliorer la qualité des soins données aux patients. Il

semblerait aussi que la culture institutionnelle devrait changer, de façon à permettre aux infirmières d'avoir les ressources nécessaires pour réaliser les soins somatiques des patients.

Pourtant, il ressort de certaines interviews que les infirmières pourraient ne pas « aimer » les soins somatiques, et leur préférer les soins psychiatriques. Mais toutes les infirmières ont reconnu que, même s'il existait réellement une séparation entre santé somatique et santé psychique, elles pouvaient s'influencer l'une l'autre, et qu'il était nécessaire d'améliorer les pratiques. Par contre, les pistes d'améliorations recueillies au cours des interviews sont assez peu proactives. Je m'interroge sur cette ambivalence entre le constat de besoin d'améliorer les pratique et le peu d'actions concrètes proposées.

Enfin, il est important de préciser que les infirmières ont été loquaces sur ce qui ne se passe pas bien dans leur pratique : les manquements, les difficultés, les contraintes, les collaborations compliquées, ... mais certaines infirmières précisent que tout ne se passe pas mal. La plupart du temps, les hospitalisations et les collaborations se passent bien :

« Bon, il y a des choses qui se passent bien aussi, hein, tout n'est pas négatif, loin de là. Ça fait plaisir de voir des patients qui sont arrivés, qui étaient complètement, comment dire, déstructurés, enfin qui pouvaient plus fonctionner dans la société, et qui ressortent et on voit que "Ah ça y est, c'est mieux". Voilà, ça c'est chouette. » (Infirmière 8)

« Mais sinon, dans l'ensemble, quand les urgentistes viennent intervenir ici, et cetera, franchement, ça se passe assez bien. Ils sont quand même assez motivés pour aider les personnes. » (Infirmière 6)

Chapitre 4 : Discussion

Grâce à ce travail, je souhaitais comprendre la perception des soins somatiques par les infirmières travaillant en structure psychiatrique. Afin d'explorer ce thème, je me suis basée sur la littérature, et j'ai rencontré 9 infirmières qui ont pu me livrer leur ressenti, que j'ai présenté en 5 thèmes ci-dessus. Dans ce chapitre, je comparerai les résultats obtenus avec la revue de la littérature, je relèverai les similitudes et les différences, et je parlerai des difficultés éprouvées dans la pratique des infirmières. Je présenterai aussi les biais et les limites rencontrés dans mon travail.

Avant de commencer à comparer mes résultats, je voudrais mettre en évidence le fait que je n'ai pas défini les soins somatiques auprès des infirmières qui ont répondu à mes interviews. Elles n'ont pas eu d'autres informations que ce qui se trouve dans le guide d'entretien. Elles semblaient toutes considérer les soins somatiques comme ils sont exposés dans ce travail : des soins à la dimension physique des patients, par opposition et complémentarité aux soins psychiatriques. Cette séparation entre corps et âme semble donc bien ancrée chez les infirmières rencontrées.

4.1 Similitudes avec la littérature et nuances

La perception que les infirmières ont de la santé somatique des patients semble concorder avec la revue de la littérature. Elles la décrivent comme mauvaise, en ajoutant tout de même quelques nuances : certains patients sont en bonne santé générale. Mais quand des patients sont admis en mauvaise santé, leur état est souvent inquiétant et aggravé par leur pathologie psychiatrique. Ainsi, bien que la distinction psychiatrique/somatique semble tacitement partagée, elles reconnaissent que ces dimensions peuvent s'influencer l'une l'autre.

Or, d'après les infirmières rencontrées, les soins somatiques sont souvent perçus comme secondaires par rapport aux soins psychiatriques. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des infirmières rencontrées travaillaient en unité aigüe, où les patients arrivent en crise. Certaines ont en effet exprimé des difficultés à accorder l'attention nécessaire à ces soins et à leur suivi à cause de l'état mental de leur patientèle qu'il faut d'abord arriver à stabiliser pour avoir accès à d'autres aspects de sa santé. La prévention des comorbidité et la promotion à la santé en général étaient souvent négligées, comme cité par certains auteurs (5)

Si les soins somatiques sont régulièrement perçus comme une priorité secondaire, nous pouvons souligner que toutes les infirmières rencontrées reconnaissent que le suivi de ces soins fait partie de leur fonction. Ce constat est rassurant, car il confirme que le suivi des soins somatiques est perçu comme une composante de l'identité professionnelle des infirmières interrogées, même si elles estiment qu'il est nécessaire d'améliorer le suivi de cette dimension au quotidien.

Il ressort des résultats que les infirmières rencontrées estiment que l'hospitalisation a en général un impact positif sur les patients, au moins le temps de cette hospitalisation, ce qui est corroboré par la littérature (2,3,6). L'hospitalisation peut donc être vue comme une opportunité de soins pour des patients qui sont parfois marginalisés ou qui ne sont pas conscients de leurs problèmes somatiques. Les infirmières peuvent les aider à prendre conscience de leurs soucis de santé et les aider à prendre des rendez-vous chez des spécialistes pour diminuer le risque de développer ou d'aggraver des comorbidités. Cependant, les infirmières interrogées expliquent qu'elles n'ont pas de suivi sur le long terme, car, travaillant majoritairement en unités aiguës, les patients ne restent pas longtemps.

La communication avec le patient, mais aussi son réseau, est primordiale pour assurer une bonne continuité des soins. Or il apparaît que cette continuité des soins est difficile à maintenir et peut être source de lassitude ou de frustration pour les infirmières. En effet, les patients doivent souvent s'adresser à plusieurs professionnels de la santé pour leur santé, ce qui peut morceler leur suivi. Comme mentionné par la revue de la littérature, la communication des informations de santé des patients entre les différents intervenants internes et externes de l'hôpital peut être compliquée. Une piste pour améliorer cet aspect serait le DMG, à initier chez un médecin généraliste. À la lecture de cela, nous pouvons noter que les infirmières devraient également avoir un regard sur la dimension sociale des patients, sur leur famille, leur réseau de soins. Comme le dit Hesbeen, W, les infirmières qui prodiguent des soins le font pour le patient et ses proches (12). Ainsi, en incluant le tissu social de chaque patient dans le suivi, peut-être que la communication pourrait être plus fluide.

Une autre piste de solution, qui n'est pas mentionnée dans ce travail, pourrait être, dans certains cas, le case-management. En effet, la spécificité du case-management est de pouvoir assurer un suivi sur le long terme et une bonne coordination des différents intervenants aux moments requis par la santé du patient (18).

Une autre problématique à aborder à propos de la collaboration avec d'autres professionnels de santé est la stigmatisation. Déjà dans la revue de la littérature du présent travail, nous pouvons constater que la stigmatisation est un thème important (1,2,5,6,8,10,11). C'est aussi un thème qui est revenu dans toutes les interviews, sauf une, celle de l'Infirmière 5, qui estimait travailler depuis trop peu de temps en psychiatrie pour pouvoir parler de l'aspect des collaborations extérieures.

Les résultats des interviews montrent que la stigmatisation des patients peut avoir de grandes répercussions sur leur santé, comme relayé par la revue de la littérature (1). Mais elles ajoutent que cette stigmatisation nuit aussi à leur autonomie. Il a été souligné par une infirmière que le fait de se sentir mal accueillis pouvait décourager les patients psychiatriques à prendre soin de leur santé. De plus, les infirmières interrogées pensent que les patients psychiatriques, s'ils vont seuls à des rendez-vous, risquent de ne pas être pris au sérieux ou d'être négligés à cause des symptômes de leur maladie mentale, ou même simplement du fait qu'ils viennent d'un hôpital psychiatrique. Ceci est confirmé par la revue de la littérature (1,5,8).

Les infirmières évoquent des pistes de solution pour diminuer cette contrainte importante et travailler sur les représentations que les professionnels de la santé peuvent avoir des patients psychiatriques. Outre une formation initiale améliorée et portant sur la santé globale des patients, tel que recommandé par le KCE notamment (5), et suggéré par deux infirmières, l'une d'elle a suggéré d'organiser des rencontres avec les prestataires avec qui son institution travaille régulièrement. Ceci pourrait permettre de démystifier les pratiques des uns et des autres et d'améliorer leur collaboration. Plusieurs infirmières ont aussi fait état d'un manque de partenariat, pour pouvoir avoir des contacts privilégiés avec certaines structures qui seraient alors plus au fait des spécificités du suivi des patients psychiatriques et qui pourraient adapter certaines pratiques. Cette piste d'un partenariat est également évoquée dans la revue de la littérature (5).

Il a toutefois été précisé dans les résultats que tous les professionnels de la santé n'avaient pas un regard négatif sur la psychiatrie. Il a été soulevé que, parfois, les patients et les infirmières pouvaient tomber sur des prestataires professionnels et à l'écoute. Comme suggéré dans la littérature, ce n'est peut-être pas la proximité des services somatiques qui en font la qualité, mais ce serait une donnée personne-dépendante (1).

Les infirmières ont partagé éprouver des difficultés à offrir un suivi de qualité à leur patient pour diverses raisons. Le thème des difficultés ou des obstacles n'apparaît pas en tant que tel dans les résultats, mais fait l'objet d'une partie de la revue de la littérature. Globalement, les infirmières interrogées ont exprimé des plaintes similaires à ce qui y est évoqué.

Elles étaient nombreuses à évoquer notamment des problèmes organisationnels, que ce soit en lien avec la disponibilité de certains prestataires (comme les médecins généralistes), ou en lien avec l'approvisionnement de médicaments ou de matériel de soin. Ces obstacles étaient déjà cités par Kohn et al dans la littérature (1), et il ressort des interviews que c'est une source de frustration et de lassitude, voire d'épuisement professionnel. En effet, certaines estiment même être empêchées de pratiquer leur métier, et qu'une partie des problèmes de collaboration avec certains services somatiques comme les urgences vient du fait qu'elles auraient pu, avec le matériel adéquat, assurer certains soins elles-mêmes.

Au niveau organisationnel également, l'accompagnement des patients à des rendez-vous somatiques externes à l'institution peut être un obstacle. Tous les patients ne doivent pas être accompagnés, il s'agit des moins autonomes, de ceux qui n'ont pas de famille, ou de ceux dont l'état mental ne permet pas de sortir seul. Si le côté positif c'est de pouvoir améliorer la transmission d'informations et d'observer le patient en dehors de l'hôpital, le revers de la médaille est le départ pour un temps indéterminé d'un membre de l'équipe de soins avec le patient, ce qui peut déformer l'équipe. Dans les interviews, il a été transmis que certains rendez-vous étaient parfois annulés par défaut d'accompagnement. Ces aspects sont également relevés dans la revue de la littérature de ce travail (1,5)

Un autre obstacle rencontré et cité dans la littérature était la maladie mentale des patients (5), et plus précisément pour les infirmières interrogées, la décompensation de cette dernière et l'expression de ses symptômes. En effet, le fait d'être au contact de personnes qui ne savent pas exprimer leur corps de la même manière que le reste de la population peut-être une difficulté. La littérature renvoie le fait que les patients sont considérés comme moins fiables (1). Les infirmières interrogées ont pu mettre en évidence leur devoir de redoubler de vigilance et d'attention dans leurs observations pour éviter de confondre des plaintes somatiques et des symptômes psychiatriques.

Malgré ces obstacles, les infirmières notent en général une bonne évolution de la santé des patients lorsqu'ils sont hospitalisés. Leur rôle d'observation et d'accompagnement au quotidien, associé au cadre hospitalier où les patients ont accès à toutes les nécessités permettent à ces derniers de rétablir leur santé progressivement, ce qui est conforme à la littérature (2,3,6).

Pour améliorer le suivi des patients, si la littérature reconnaît qu'un changement de culture des soins est nécessaire (2), les résultats des interviews vont en ce sens également, et suggèrent qu'il faudrait également un changement de paradigme au niveau institutionnel. Une infirmière faisait remarquer que les soins somatiques n'étaient pas non plus fort pris en compte par tous les services logistiques qui interviennent dans l'hospitalisation des patients. Outre des problèmes de pharmacie et de matériel, ce sont aussi des incidents avec la cuisine, qui tarde à adapter un menu spécifique, ou avec l'entretien ménager qui peuvent arriver. Une autre infirmière a évoqué le fait de rapporter les événements indésirables grâce à un outil institutionnel pour pouvoir améliorer les pratiques de ces services.

La littérature mettait aussi en évidence que les infirmières ne se sentaient plus assez formées pour le suivi des soins somatiques (5,6). Ceci se retrouve dans les résultats des interviews, où certaines infirmières expliquent que la moindre fréquence de ces soins peut leur faire perdre la main. Elles regrettent que leur institution ne mette pas plus à disposition des formations axées sur les soins somatiques.

4.2 Différences

Les différences relevées entre les résultats et la littérature sont moins nombreuses que les similitudes.

Au niveau de la perception, tout d'abord, on peut noter que les articles cités dans la revue de la littérature montraient le fait qu'il n'y avait pas de consensus de la part des infirmières en psychiatrie pour leur rôle par rapport aux soins somatiques. Or, les résultats des interviews rapportent plutôt que les infirmières interrogées reconnaissent avoir un rôle pour les soins somatiques, mais qu'ils ne sont pas priorisés. Ce serait donc plutôt un sentiment d'ambivalence. Ce sentiment pourrait, selon l'Infirmière 2, être lié au fait que les initiatives prises pour l'amélioration du suivi des patients ne sont pas suivies par leurs collègues, ce qui peut amener un sentiment de frustration.

La littérature met en évidence que les infirmières ont parfois un sentiment de manque de légitimité par rapport aux soins somatiques (3). Cet aspect n'est pas ressorti dans les interviews. Les participantes ont plutôt parlé de manque de moyens, d'obstacles, ou de manque de continuité des soins, que ce soit au sein de leur équipe, ou avec des prestataires externes.

Dans la revue de la littérature de ce travail, il n'est pas réellement fait mention du fait que les infirmières peuvent utiliser les soins somatiques comme opportunité pour tisser une relation de confiance avec leurs patients. Or c'est un aspect qui est revenu plusieurs fois dans les interviews, et qui pourrait même faciliter les soins psychiatriques dans certains cas.

Si la stigmatisation des patients est un gros sujet de la littérature et est largement relayée par les infirmières interrogées, la stigmatisation du personnel qui travaille en psychiatrie n'est pas reprise dans les obstacles à un meilleur suivi des soins par les prestataires somatiques. Or ceci peut avoir un impact selon l'Infirmière 2, et est probablement lié aux représentations de la psychiatrie dans la société en général.

Une suggestion apparue dans les résultats serait d'augmenter le nombre de somaticiens à l'hôpital psychiatrique, ou d'y intégrer un service de soins somatiques. Cependant, selon la littérature, ce n'est pas la proximité géographique des soins qui en assurent la qualité, mais les personnes qui les prodiguent (1). Peut-être que des actions de sensibilisation pour améliorer les représentations que les prestataires de soins somatiques ont de la maladie mentale pourraient contribuer à améliorer cet aspect, et à assurer un meilleur accueil des patients psychiatriques.

Il y a aussi des aspects qui se trouvent dans la revue de la littérature qui n'ont pas été abordés dans les interviews. Notamment l'utilisation de guidelines ou de recommandations internationales. Aucune infirmière interrogée n'a mentionné l'« evidence based practice », ou pratique basée sur les preuves scientifiques, pour améliorer le suivi de ses patients, alors que se tenir à jour dans le domaine infirmier est recommandé par le code de déontologie de la profession (13).

L'approche globale ou holistique de la santé n'a été que peu mentionnée par les infirmières interviewées, alors qu'elle fait partie des recommandations du KCE en Belgique (5), est reprise dans le code de déontologie de la profession (13) et est recommandé par plusieurs auteurs (1). Il a été évoqué par une des participantes que les prestataires externes devraient penser à

remettre le patient au centre de leur suivi, mais elle ne fait pas la même critique envers sa pratique ou celle de son équipe, bien que cela apparaisse en filigrane de ses réponses.

4.3 Fonction infirmière en psychiatrie

Après analyse des résultats et comparaison de ces derniers à la revue de la littérature, j'ai l'impression que les infirmières interrogées ont peut-être du mal à définir leur fonction, ou leur place dans l'équipe soignante, et à définir les actions à leur portée pour améliorer les soins de santé. Comme déjà cité, il semble exister une ambivalence par rapport aux soins somatiques. Ils sont reconnus comme importants pour les patients, mais on peut néanmoins observer une différence d'approche entre les dimensions somatique et psychiatrique, la physique passant souvent après la psychique.

Dans les résultats, il y a deux opposés : d'un côté on observe, on prête une oreille attentive, on essaye de suivre les données liées aux besoins de base, comme l'hydratation, l'élimination ou le suivi de la douleur, même si ce n'est pas toujours facile car ces paramètres sont parfois subjectifs ou difficilement objectivables. De l'autre, on souligne que les soins somatiques passant en second plan, qu'ils ne sont pas toujours suivis, ou qu'on n'y accorde pas la considération nécessaire.

D'un côté on met en exergue l'importance de l'observation du patient à l'admission pour détecter des éventuels problèmes. De l'autre, on me dit qu'on attend le généraliste pour le faire, et on n'évoque pas de protocoles de base tel que le suivi de paramètres vitaux pendant quelques jours, alors que ceci relève de la fonction infirmière.

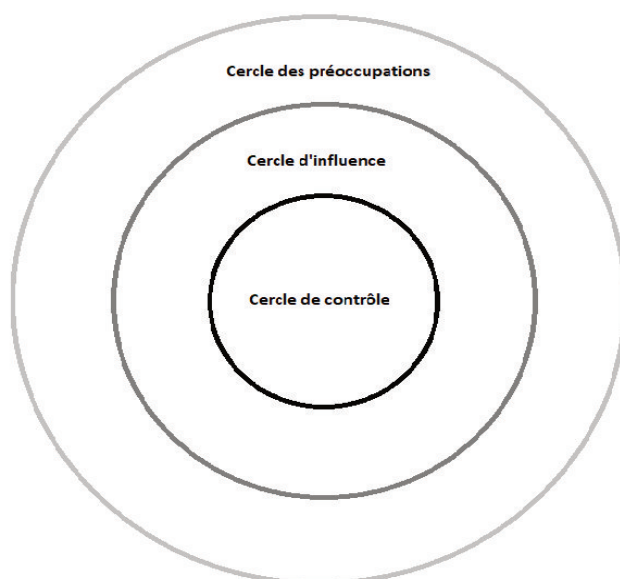
On souligne qu'on ne fait pas de prévention ou de réel suivi, et que cela relève plus de l'initiative personnelle, mais on dit aussi que ce n'est pas fait par crainte que ce ne soit pas suivi par l'équipe, et de s'en trouvé découragé.

Outre cette ambivalence omniprésente, il y a au final de nombreuses plaintes, de critiques et de constats négatifs de la part des infirmières qui ressortent dans les résultats. Ceci est peut-être dû à l'orientation de mon guide d'entretien ou être lié à un biais de désirabilité dont nous parlerons plus loin. Mais lors des interviews j'ai constaté peu de remise en question personnelle ou de proposition d'action concrète de la part des infirmières interrogées.

Au regard de tout ce qui est déjà développé dans ce travail et de mon cheminement personnel qui en découle, il me semble important d'accorder encore un peu de temps à la fonction infirmière. Comme nous le dit Hesbeen W, la fonction infirmière est difficile à définir ; or ce qui n'est pas nommé ou mal nommé ne peut être crédible et valorisé (12). Cet éclairage m'amène à m'interroger sur la façon dont les infirmières définissent et s'approprient leur fonction en psychiatrie. En effet, les résultats pourraient laisser penser que les infirmières se plaignent mais n'ont pas le pouvoir faire changer les choses. Considérant les éléments amenés grâce à ce mémoire, je vais utiliser les cercles de Stephen Covey (19) pour mieux comprendre comment les infirmières, à travers leur fonction, peuvent contribuer à améliorer les soins somatiques des patients.

Covey définit trois sphères : le cercle de contrôle, comprenant ce que nous pouvons maîtriser. Le cercle d'influence, comprenant ce sur quoi nous pouvons agir. Et le cercle de préoccupations, qui reprend les choses sur lesquelles nous ne pouvons avoir de contrôle mais qui nous influencent (19).

Illustration 1 : Interprétation libre des cercles de S. Covey (19)



Les résultats amenés et la littérature mettent en avant des actions qui leur permettrait d'avoir un impact sur la qualité du suivi somatique de leurs patients. En utilisant à nouveau la théorisation ancrée, j'ai fait émerger des thèmes, cette fois par une méthode déductive. Ces thèmes, repris dans le Tableau 2, sont détaillés ci-dessous.

Tableau 2 : Classement des actions selon les cercles de S. Covey

Cercle	Thèmes
Cercle de contrôle	• Améliorer l'accueil et le suivi quotidien des patients • Améliorer l'alliance thérapeutique avec les patients • Pratiquer en intégrant la législation et le code de déontologie professionnelle
Cercle d'influence	• Contribuer à un meilleur suivi multidisciplinaire (interne et externe) • Contribuer à un meilleur suivi post-hospitalisation • Contribuer à un changement de paradigme institutionnel
Cercle des préoccupation	• En lien avec les patients • En lien avec l'institution • En lien avec la société

4.3.1 Cercle de contrôle

Les infirmières interrogées ont amené des éléments à propos d'actions qui pourraient se trouver dans leur cercle de contrôle, et donc relever d'une démarche personnelle en vue d'améliorer la qualité des soins prodigués à leurs patients.

Tout d'abord, en **améliorant l'accueil des patients et leur suivi au quotidien**, elles pourraient accorder plus d'attention aux différentes dimensions de leur santé et ancrer dans leur pratique la reconnaissance de chaque patient comme être humain avec une histoire singulière. Elles pourraient commencer dès l'admission en améliorant la qualité de l'anamnèse et en y intégrant une attention particulière du corps du patient. En fonction des symptômes relevés par leur examen clinique infirmier et des spécificités de chacun, elles pourraient leur suggérer des dépistages pour maintenir leur état de santé, comme suggéré par le code de déontologie et repris dans la législation professionnelle infirmière. Cet examen clinique et cette attention portée aux différentes dimensions de la santé de leurs patients pourraient être enrichis grâce au regard porté sur les plaintes exprimées par leurs bénéficiaires et à la mise en place d'échelles d'évaluation dans le DPI, comme suggéré par les infirmières dans les résultats.

Comme évoqué dans les résultats, elles pourraient utiliser les soins somatiques comme média pour **améliorer l'alliance thérapeutique avec les patients**. L'approche de la dimension psychiatrique par la dimension somatique permettrait aussi d'ouvrir la discussion sur les effets

secondaires des traitements et pour de l'éducation à la santé. Ce serait aussi l'occasion de mettre l'accent sur la prévention des comorbidités et de promouvoir la santé, comme inclus dans le code de déontologie professionnelle (13) et recommandé par le CFAI (14).

Enfin, les infirmières ont le pouvoir d'agir sur leur **pratique** prenant conscience de ce que représente leur fonction et en se l'appropriant à la lecture de la **législation professionnelle** (16) **et du code de déontologie** (13). Par exemple, elles pourraient s'investir dans le maintien de leurs connaissances par la formation continue et l'intérêt pour la pratique basée sur les preuves et l'EBN.

4.3.2 Cercle d'influence

Les infirmières interrogées et la littérature nous donnent des pistes d'amélioration qui relèvent plutôt du cercle d'influence de ces praticiennes. Dans ce cercle, elles pourraient avoir un impact sur leur équipe de soin, la collaboration multidisciplinaire ou sur l'institution.

À la lecture des résultats et de la revue de la littérature, elles pourraient **contribuer à un meilleur suivi multidisciplinaire** interne, par exemple en ancrant la fonction infirmière dans l'équipe de soin grâce à des transmissions d'information de qualité, lors des réunions cliniques ou grâce à l'exemplarité, comme le fait l'Infirmière 5 qui intègre des échelles d'évaluation dans le DPI. Elles pourraient contribuer à un meilleur suivi par les prestataires externes en leur transmettant également des informations de qualité qui accompagneraient le patient en examen et en proposant des rencontres avec des partenaires privilégiés pour travailler sur leur représentation et diminuer la stigmatisation, qui est délétère pour les patients.

Elles pourraient **contribuer à un meilleur suivi post-hospitalisation** en exerçant leurs compétences en éducation à la santé pour les patients et leurs proches, comme suggéré dans le code de déontologie. La littérature nous apprend en effet que les patients psychiatriques sont à risque de développer des comorbidités en lien avec leur maladie mentale, leur médication et leur mode de vie. Il est donc important d'insister sur la prévention de ces comorbidités et d'impliquer le réseau du patient.

Au niveau du **changement de paradigme institutionnel**, les pistes proposées dans les résultats sont l'utilisation efficaces des ressources internes et le rapportage des événements indésirables et des problèmes de logistique, notamment en lien avec le manque de matériel ou de médicaments.

4.3.3 Cercle des préoccupations

Il y a aussi des dimensions sur lesquelles les infirmières n'ont que peu d'influence. Il s'agit notamment de difficultés **en lien avec les patients**, comme l'expression de leur maladie mentale ou le refus de soin, ou encore la situation sociale des patients et leurs difficultés d'accès aux soins. Ceci ne signifie pas qu'elles ne peuvent rien faire, mais, comme expliqué par une infirmière, qu'elles doivent tenir compte de cette réalité pour adapter leurs actions.

Elles n'ont pas non plus grand pouvoir sur des dimensions **en lien avec l'institution**, comme la création d'un partenariat officiel avec des prestataires somatiques, ou sur les délais de livraison de certains médicaments ou équipements de soin.

Enfin, les infirmières ne peuvent pas changer la **société** seules. Bien qu'elles vivent des difficultés en lien avec la perception de la maladie mentale dans la société, elles ne peuvent avoir que des actions limitées. Et même si elles sont en accord avec la littérature qui suggère une amélioration de la formation initiale pour mettre l'accent sur l'holisme de la santé, elles n'ont pas l'autorité pour en modifier le contenu.

En conclusion de cette analyse, les infirmières interrogées semblent attendre que les actions soient prises au niveau institutionnel ou de l'équipe (actions descendantes). Alors que, selon les cercles de Covey et au regard de la littérature, de la législation professionnelle et du code de déontologie, elles pourraient chacune être à l'initiative de certaines actions, à l'instar de l'Infirmière 5 qui souhaite rappeler à ses collègues que certaines actions sont possibles en les réalisant elle-même, en montrant l'exemple, ou de l'Infirmière 9 qui rapporte les problèmes logistiques grâce à un outil institutionnel (stratégie ascendante).

Cette analyse permet de se rendre compte que les infirmières ont tout de même beaucoup de possibilités d'actions. Mais elles ne sont possibles qu'à condition d'en avoir conscience et d'avoir le courage de les mettre en place. À la lecture des résultats, il semble que les infirmières interrogées extériorisent des actions qu'elles pourraient réaliser elles-mêmes, en parlant des « autres », de « l'institution », alors qu'elles auraient la possibilité de faire bien plus selon la définition de leur fonction dans la loi, dans le code de déontologie, et selon la vision humaniste des soins infirmiers. On peut alors se demander si le manque d'intérêt pour les soins somatiques ne viendrait pas en partie d'un manque de conscience de leur fonction.

Une dernière remarque à apporter serait que la différence de priorisation entre santé somatique et santé psychique relevée dans les résultats peut aussi nous amener à nous demander ce qui a amené certaines infirmières interrogées à choisir de travailler dans cette spécialité. Par exemple, si elles ont choisi la psychiatrie pour ne plus avoir à prodiguer de soins somatiques, comme l'a laissé entendre une infirmière interrogée, il serait peut-être intéressant de les interroger sur la conception qu'elles ont de leur fonction. En effet, la législation professionnelle ne prévoit pas différentes définitions de l'art infirmier en fonction de la spécialité choisie par les infirmières ; le profil défini dans la loi est le même pour toutes les praticiennes, indépendamment de leur lieu de travail (16). Il en va de même pour le code de déontologie (13). Si les actes posés peuvent différer d'une spécialité à l'autre, la fonction, elle, devrait rester la même.

Malgré cette conclusion, l'analyse met aussi en lumière la sensibilité des infirmières interrogées à l'égard de la santé de leurs patients. Leur désir d'amélioration de leur santé et les frustrations exprimées reflètent une volonté d'évolution vers une approche plus globale des soins, et peut-être une dynamique de changement déjà en mouvement.

4.4 Biais et limites

Malgré une attention particulière, ce travail a rencontré plusieurs biais et limites.

La première limite à souligner est que ce mémoire constitue ma première expérience de recherche. Ceci induit certainement des erreurs dues à la méconnaissance de ce terrain. D'autre part, l'analyse du matériau a été réalisée par une seule personne, ce qui peut aussi induire des biais d'interprétation.

Par ma profession, et mon caractère idéaliste, et du fait de la démarche de rencontre de me pairs et de l'exploration de leur ressenti, il a parfois été difficile de rester objective lors des interviews et de l'analyse des résultats de ce travail. Ce biais d'interprétation est presque inévitable lors de recherches exploratoires mais doit être conscientisé (17).

Il peut aussi y avoir un biais en lien avec la méthode utilisée. En optant finalement pour une méthode d'analyse inductive des résultats, j'ai tenté de ne pas me baser sur un modèle préexistant pour pouvoir mettre en lumière de nouvelles thématiques. Néanmoins, les résultats sont en grande partie similaires à la littérature. Ainsi, il n'est pas possible de totalement exclure un certain biais de circularité (17).

Dans ce travail, il se peut qu'il y ait aussi un biais de sélection chez les participantes. Les interviews ayant été réalisées sur base volontaire, il est probable que seules les personnes intéressées par la problématique aient bien voulu répondre. En effet, il y a beaucoup de similitudes entre les réponses des infirmières interrogées. Ce biais pourrait aussi être lié à la désirabilité sociale des répondantes, et peut-être même exacerbé pour les répondantes qui travaillent dans la même institution que moi.

Une autre limite observée est celle de l'échantillonnage. Il est composé majoritairement de personnes qui travaillent en service de crise. Ceci explique probablement en partie les résultats similaires des interviews, mais ne permet pas leur généralisation. Il n'y avait pas non plus de critère de recrutement autre que d'être infirmière, de travailler en hôpital psychiatrique dans une unité adulte et d'être volontaire. Peut-être qu'un critère sur l'ancienneté aurait permis d'avoir des réponses plus complètes de certaines répondantes. En effet, les infirmières 3 et 5 estimaient parfois ne pas avoir assez de recul pour pouvoir répondre à certaines questions.

Chapitre 5 : Conclusion et perspectives

Ce travail est né du constat personnel que la santé somatique des patients était parfois négligée en hôpital psychiatrique, et de mon souhait de comprendre comment les infirmières perçoivent cette dimension de la santé et sa pratique au quotidien. J'ai établi une question de recherche qui était « **Comment les infirmières travaillant en hôpital psychiatrique perçoivent-elles les soins somatiques et leur réalisation dans leur pratique quotidienne ?** ». Pour y répondre, j'ai effectué des recherches dans la littérature pour en savoir plus sur la santé somatique des patients psychiatriques, sur les difficultés pour en assurer le meilleur suivi et sur la fonction infirmière, et ses spécificités en psychiatrie. J'ai opté pour une recherche qualitative phénoménologique et j'ai interrogé 9 infirmières issues de deux structures psychiatriques accueillant une patientèle similaire en région bruxelloise.

Les résultats étaient pour la plupart assez proches de la littérature, et nuancés par quelques différences. Les infirmières interrogées avaient des perceptions comparables à la littérature et ont relevé des obstacles similaires à ceux exposés par Kohn et al (1) et par le KCE (5). J'ai pu constater que, pour les infirmières interrogées, les soins somatiques faisaient bien partie de leur rôle au quotidien. Cependant, j'ai relevé une ambivalence importante par rapport à cette dimension de la santé. Si elles reconnaissent son importance, elles la négligent parfois néanmoins ; pas par volonté, mais plutôt par dynamique institutionnelle et lassitude, et peut-être par manque de conscience de leur fonction.

Ce constat m'a amené à me questionner sur les actions que ces infirmières pouvaient réellement mener au regard de la législation professionnelle, du code de déontologie, de la définition de leur fonction, des éléments de la littérature et des résultats des interviews. Pour ce faire, j'ai proposé une interprétation de ces résultats à travers les cercles de S. Covey (19) afin d'avoir un support visuel pour comprendre quelles actions elles pouvaient entreprendre pour améliorer leur pratique.

En observant cette nouvelle analyse, je me rends compte que les infirmières pourraient développer elles-mêmes plusieurs actions et influencer leurs équipes, leurs institutions et les prestataires externes avec qui elles sont en contact pour changer le paradigme de soin et remettre le patient, dans toute son humanité, au cœur de leurs soins.

Ce travail ouvre plusieurs perspectives. Tout d'abord, comme indiqué en conclusion, il pourrait être intéressant d'approfondir l'étude sur la perception et l'appropriation de la fonction infirmière par ces professionnelles, par exemple après avoir mis en place les actions citées dans le chapitre 4.3 et réalisant une nouvelle étude phénoménologique avec un public similaire et en évaluant les changements qui s'opèrent.

Il pourrait aussi être opportun de se pencher sur le choix de la psychiatrie par les infirmières, afin de comprendre comment elles ont choisi cette spécialité et comment elles conçoivent leur fonction.

Mettre en place ces actions peut être décourageant à cause de facteurs externes à chaque infirmière. Il serait peut-être pertinent d'évaluer l'impact que pourrait avoir une infirmière en pratique avancée sur la perception des soins somatiques et de la fonction infirmière en psychiatrie dans une équipe de soin. Grâce à sa plus grande connaissance de la fonction, elle pourrait peut-être accompagner les autres infirmières dans leur pratique en les sensibilisant à des concepts non-abordés par les infirmières interrogées dans ce travail, comme l'EBN.

Il y a aussi des perspectives concernant l'échantillonnage. Celui-ci était centré sur des infirmières accueillant des patients adultes, mais nous n'avons pas questionné les différences avec celles qui accueillent des patients en pédopsychiatrie ou en psychogériatrie. Il pourrait également être intéressant de comparer les perceptions des soins somatiques entre unités de crise et unités de plus longs séjours, afin de voir si la durée d'hospitalisation a un impact sur la perception des soins somatiques par les infirmières. Comme nous avons vu dans les résultats que certaines infirmières formulent l'hypothèse qu'ajouter des somaticiens dans leur structure pourrait être un bénéfice pour le suivi des soins somatiques, nous pourrions mener une étude similaire dans des unités de psychiatrie dans des hôpitaux généraux.

Enfin, nous pourrions mener une étude similaire hors de la région bruxelloise pour évaluer l'impact de la densité des soins de santé sur le suivi somatique des patients.

À titre personnel, ce travail m'a permis d'élever ma réflexion et de mieux comprendre ma propre fonction. J'ai à présent plus d'éléments en main pour aider mes patients, soutenir mes collègues, et surtout continuer à réfléchir.

Biographie

1. Kohn L, Christiaens W, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M, Gillain B, et al. Barriers to Somatic Health Care for Persons With Severe Mental Illness in Belgium: A Qualitative Study of Patients' and Healthcare Professionals' Perspectives. *Front Psychiatry*. 26 janv 2022;12:798530.

2. Sonethavy M, Morvillers JM. Promotion de la santé en psychiatrie et santé mentale : l'exemple du syndrome métabolique et des pratiques infirmières : Recherche en soins infirmiers. 10 févr 2022;N° 147(4):55-66.

3. Dickens GL, Ion R, Waters C, Atlantis E, Everett B. Mental health nurses' attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare: systematic, integrative review of studies involving 7,549 nurses working in mental health settings. *BMC Nurs*. déc 2019;18(1):16.

4. Gronholm PC, Chowdhary N, Barbui C, Das-Munshi J, Kolappa K, Thornicroft G, et al. Prevention and management of physical health conditions in adults with severe mental disorders: WHO recommendations. *Int J Ment Health Syst*. déc 2021;15(1):22.

5. Jespers Vicky, Christiaens Wendy, Kohn Laurence, Savoye Isabelle, Mistiaen Patriek. Soins de santé somatiques en institutions psychiatriques. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2021. KCE Reports 338B. 2021.

6. Blythe J, White J. Role of the mental health nurse towards physical health care in serious mental illness: An integrative review of 10 years of UK Literature. *Int J Mental Health Nurs*. juin 2012;21(3):193-201.

7. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015.

8. Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MBD. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review. *BMC Psychiatry*. déc 2021;21(1):443.

9. NHS England. Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses. London: Department of Health; 2016. Disponible à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/532253/JRA_Physical_Health_revised.pdf.
10. Martens N, Destoop M, Dom G. Physical Healthcare, Health-Related Quality of Life and Global Functioning of Persons with a Severe Mental Illness in Belgian Long-Term Mental Health Assertive Outreach Teams: A Cross-Sectional Self-Reported Survey. *IJERPH*. 2 mai 2022;19(9):5522.
11. Gao N, Eissenstat SJ, Giacobbe G. Poor physical health: A major barrier to employment among individuals with serious mental illness. *JVR*. 7 févr 2020;52(1):101-8.
12. Hesbeen W. Humanisme soignant et soins infirmiers : un art du singulier. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017.
13. Conseil Fédéral de l'Art Infirmier / Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges [Internet]. SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement; 2017 [cité 4 nov 2024]. Disponible sur : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf
14. Conseil fédéral de l'art infirmier (CFAI). Santé Publique. 2024 [cité 22 juin 2025]. Avis CFAI 2024/04 relatif au profil de fonction et de compétences de l'IRSG. Disponible sur : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/avis-cfai-202404-relatif-au-profil-de-fonction-et-de-competences-de-lirsg>
15. Parsons T, Bryan T. Social System. 2nd ed. Hoboken: Taylor and Francis; 2013. 634 p.
16. Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. etaamb.openjustice.be. Moniteur Belge; 2024 [cité 22 juin 2025]. Loi du 18/05/2024 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, afin d'y insérer la réforme de l'art infirmier et d'y supprimer les commissions techniques de l'art infirmier et des professions paramédicales et d'y adapter les missions des conseils fédéraux de l'art infirmier et des professions paramédicales. Disponible sur : https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-18-mai-2024_n2024005082.html

17. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative : les 10 questions clés de la démarche compréhensive. 4e éd. Paris: Vuibert; 2025. (Les spécialités du sup).
18. Bartoli A, Sebai J, Gozlan G. Les case-managers en santé mentale : des professionnels en quête de définition: Management & Avenir Santé. 4 sept 2020;N° 6(1):83-104.
19. Covey SR. The seven habits of highly effective people: restoring the character ethic. 1. Free Press trade paperback ed. New York, N.Y.: Free Press; 2003. 360 p.

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté de répondre à cette interview.

Ce guide d'entretien de type semi-directif s'inscrit dans le cadre d'un mémoire en santé publique pour comprendre la perception que les infirmières en psychiatrie ont de leur pratique par rapport aux soins somatiques de leurs patients.

Vos réponses doivent être personnelles. Il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte. L'objectif est de comprendre votre point de vue.

L'entretien est confidentiel et l'anonymat est garanti. Vous êtes libre de l'interrompre à tout moment et sans justification.

L'entretien est enregistré pour faciliter la retranscription et l'analyse mais ne sera en aucun cas partagé ou diffusé. L'enregistrement sera supprimé après la retranscription de l'interview. Êtes-vous d'accord avec ces précisions et conditions ?

Partie personnelle :

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans votre institution ?
- Avez-vous une expérience dans le somatique avant votre expérience en psychiatrie ?
 - Si oui, combien de temps ?
- Dans quel type de service travaillez-vous ? (Aigu, chronique, MOP, réhabilitation, ...)

Thème 1 : Perception de la santé somatique des patients psychiatriques et pratique professionnelle

- Comment décririez-vous l'état de santé somatique général des patients dans votre unité ?
 - Comment décririez-vous l'évolution de la santé somatique de vos patients en général ?
- Comment percevez-vous l'importance du suivi de la santé somatique des patients psychiatriques au niveau infirmier dans votre unité ?
 - La durée de séjour influence-t-elle votre suivi ?
 - Que pensez-vous de l'utilisation des soins somatiques comme média pour entrer en relation avec le patient ?
- Comment vous sentez-vous, personnellement, par rapport au suivi des soins somatiques des patients ?
 - Selon la théorie, il arrive que les infirmières se sentent démunies ou pas assez formées. Qu'en est-il pour vous ?
- Pouvez-vous citer les affections somatiques qui sont, selon vous, les plus fréquentes dans votre unité ?
 - Selon vous, à quoi pourraient-elles être dues ?
 - Quelles actions pourriez-vous avoir en tant qu'infirmière sur ces causes ?
 - Selon la théorie, certains problèmes pourraient avoir une étiologie médicamenteuse. Qu'en pensez-vous ?

- Pouvez-vous citer une (ou des) situation(s) somatique(s) qui est (sont, selon-vous, sous-estimée(s) dans votre unité ?
 - Selon vous, pour quoi est-elle sous-estimée ?
- (Si besoin de plus d'informations) Pouvez-vous nous faire part d'une situation clinique somatique pour illustrer les problèmes que vous pouvez rencontrer ?
 - Quelles ont été les actions que vous avez pu mettre en œuvre ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Thème 2 : Offre de soins dans l'institution et collaboration externe

- Pouvez-vous décrire l'offre de soins somatiques proposée au sein de votre institution ?
 - En tant qu'infirmière, comment évaluez-vous les ressources mises à disposition pour assurer les soins somatiques des patients ?
 - Selon vous, quel est votre rôle dans cette offre de soin ?
- Comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques internes au sein de l'institution ?
 - Quels sont les avantages et inconvénients des prestations internes ?
- Comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques externes à votre institution ?
 - Quels sont les avantages et inconvénients des prestations externes ?
 - Quels sont les facilités et les freins à la collaboration ?
 - Comment expliquez-vous la stigmatisation des patients psychiatriques par les professionnels de la santé ? **OU** D'après la théorie, la personne souffrant de problèmes de santé mentale serait stigmatisée, qu'en pensez-vous ?
- Observez-vous des manquements au niveau infirmier dans le suivi somatique de vos patients ?
 - Pouvez-vous donner des exemples ?
 - Observez-vous des manques au niveau des médicaments spécifiques, du matériel, ou des équipements ?
 - Comment décririez-vous l'impact de ces manquements sur vos patients ? Et sur votre pratique ?

Thème 3 : Pistes d'amélioration

- Pouvez-vous décrire des pistes pour améliorer votre pratique en lien avec les soins somatiques des patients psychiatriques ?
 - De quoi auriez-vous besoin pour les mettre en place ?
 - Comment les prioriseriez-vous ?

Conclusion :

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Merci d'avoir participé à cet entretien.

Annexe 2 : Guide d'entretien final

Les questions ajoutées sont en italique.

Guide d'entretien

Merci d'avoir accepté de répondre à cette interview.

Ce guide d'entretien de type semi-directif s'inscrit dans le cadre d'un mémoire en santé publique pour comprendre la perception que les infirmières en psychiatrie ont de leur pratique par rapport aux soins somatiques de leurs patients.

Vos réponses doivent être personnelles. Il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte. L'objectif est de comprendre votre point de vue.

L'entretien est confidentiel et l'anonymat est garanti. Vous êtes libre de l'interrompre à tout moment et sans justification.

L'entretien est enregistré pour faciliter la retranscription et l'analyse mais ne sera en aucun cas partagé ou diffusé. L'enregistrement sera supprimé après la retranscription de l'interview. Êtes-vous d'accord avec ces précisions et conditions ?

Partie personnelle :

- Quel est votre âge ?
- Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?
- Depuis combien de temps exercez-vous dans votre institution ?
- Avez-vous une expérience dans le somatique avant votre expérience en psychiatrie ?
 - Si oui, combien de temps ?
- Dans quel type de service travaillez-vous ? (Aigu, chronique, MOP, réhabilitation, ...)
 - *Quelle est la durée moyenne de séjour des patients ?*

Thème 1 : Perception de la santé somatique des patients psychiatriques et pratique professionnelle

- Comment décririez-vous l'état de santé somatique général des patients dans votre unité ?
 - Comment décririez-vous l'évolution de la santé somatique de vos patients en général ?
- Comment percevez-vous l'importance du suivi de la santé somatique des patients psychiatriques au niveau infirmier dans votre unité ?
 - La durée de séjour influence-t-elle votre suivi ?
 - *Quel souci avez-vous du corps du patient au quotidien ?*
 - *Quels outils ou protocoles mettez-vous en place dans votre unité pour suivre la santé somatique des patients au quotidien ?*
 - Que pensez-vous de l'utilisation des soins somatiques comme média pour entrer en relation avec le patient ?
- Comment vous sentez-vous, personnellement, par rapport au suivi des soins somatiques des patients ?
 - Selon la théorie, il arrive que les infirmières se sentent démunies ou pas assez formées. Qu'en est-il pour vous ?
- Pouvez-vous citer les affections somatiques qui sont, selon vous, les plus fréquentes dans votre unité ?
 - Selon vous, à quoi pourraient-elles être dues ?

- Quelles actions pourriez-vous avoir en tant qu'infirmière sur ces causes ?
- Selon la théorie, certains problèmes pourraient avoir une étiologie médicamenteuse. Qu'en pensez-vous ?
- Pouvez-vous citer une (ou des) situation(s) somatique(s) qui est (sont, selon-vous, sous-estimée(s) dans votre unité ?
 - Selon vous, pour quoi est-elle sous-estimée ?
- (Si besoin de plus d'informations) Pouvez-vous nous faire part d'une situation clinique somatique pour illustrer les problèmes que vous pouvez rencontrer ?
 - Quelles ont été les actions que vous avez pu mettre en œuvre ?
 - Quelles ont été les difficultés rencontrées ?

Thème 2 : Offre de soins dans l'institution et collaboration externe

- Pouvez-vous décrire l'offre de soins somatiques proposée au sein de votre institution ?
 - En tant qu'infirmière, comment évaluez-vous les ressources mises à disposition pour assurer les soins somatiques des patients ?
 - Selon vous, quel est votre rôle dans cette offre de soin ?
- Comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques internes au sein de l'institution ?
 - Quels sont les avantages et inconvénients des prestations internes ?
- Comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques externes à votre institution ?
 - Quels sont les avantages et inconvénients des prestations externes ?
 - Quels sont les facilités et les freins à la collaboration ?
 - Comment expliquez-vous la stigmatisation des patients psychiatriques par les professionnels de la santé ? **OU** D'après la théorie, la personne souffrant de problèmes de santé mentale serait stigmatisée, qu'en pensez-vous ?
- Observez-vous des manquements au niveau infirmier dans le suivi somatique de vos patients ?
 - Pouvez-vous donner des exemples ?
 - Observez-vous des manques au niveau des médicaments spécifiques, du matériel, ou des équipements ?
 - Comment décririez-vous l'impact de ces manquements sur vos patients ? Et sur votre pratique ?

Thème 3 : Pistes d'amélioration

- Pouvez-vous décrire des pistes pour améliorer votre pratique en lien avec les soins somatiques des patients psychiatriques ?
 - De quoi auriez-vous besoin pour les mettre en place ?
 - Comment les prioriseriez-vous ?

Conclusion :

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Merci d'avoir participé à cet entretien.

Annexe 3 : Exemple de retranscription d'interview

Alors, merci d'avoir accepté de répondre à cette interview.

J'espère que mes réponses seront bien.

Justement, on va y arriver. Donc ce guide d'entretien de type semi directif s'inscrit dans le cadre d'un mémoire en santé publique pour comprendre la perception que les infirmières en psychiatrie ont de leurs pratiques par rapport aux soins somatiques de leurs patients. Vos réponses doivent être personnelles, il n'y a pas de réponse correcte ou incorrecte, donc. L'important, l'objectif, c'est vraiment de comprendre votre point de vue.

L'entretien est confidentiel et l'anonymat est garanti. Vous êtes libre de l'interrompre à tout moment et sans justification. L'entretien est enregistré pour faciliter la retranscription et l'analyse, mais ne sera en aucun cas partagé ou diffusé. L'enregistrement sera supprimé après la retranscription de l'interview. Êtes-vous d'accord avec ces précisions et conditions ?

(Acquiesce)

Merci.

Alors il y a 4 parties, une toute petite pour avoir quelques informations de base, une partie sur les perceptions de la santé somatique et la pratique professionnelle, une partie sur l'offre de soins dans l'institution et les collaborations externes. Et alors, la dernière partie, c'est les pistes d'amélioration. Alors pour se mettre dans le bain, quel est votre âge ?

42 ans.

Depuis combien de temps êtes-vous diplômée ? Tu peux donner l'année, si tu veux.

Ça doit faire 12 ans je pense.

Ok, depuis combien de temps exercez-vous dans votre institution ?

Je suis à ma 8e année.

OK, avez-vous une expérience dans le somatique avant votre expérience en psychiatrie ?

Un petit peu parce que j'étais dans les intérim 2-3 ans.

OK, et dans quel type de service travaillez-vous actuellement ?

Service d'admission, service de crise psychiatrique.

OK, donc c'est plutôt des prises en charge aiguës ?

Oui, c'est ça. C'est des hospitalisations par le juge de paix.

Et la durée moyenne de séjour ?

Je crois que c'est plus ou moins... 27 jours ? 30 jours ? Ça doit être plus ou moins la moyenne.

OK. Alors je passe à ma première question, comment décririez-vous l'état de santé somatique général des patients dans votre unité ?

Pas très bon. Pas très bon parce qu'ils ont une hygiène de vie qui met un petit peu à mal la santé générale, en particulier, cardio-vasculaire.

Beaucoup ont une mauvaise alimentation, une alimentation peu ou pas équilibrée, beaucoup de tabagisme, beaucoup de consommation, de l'alcool, tout ça. Donc voilà pas terrible.

Ok et comment décririez-vous l'évolution de la santé somatique de vos patients en général ?

Euh, relativement... il y a des problèmes somatiques qui sont objectivés. Je pense que l'évolution en général est assez positive, vu qu'on travaille en collaboration avec un médecin généraliste.

Donc voilà, en général il y a une relative bonne évolution chez nos patients. En tout cas pour les problèmes aigus. Après pour des problèmes plus chroniques, c'est plus compliqué.

Et quand tu dis que c'est plus compliqué...

Le problème c'est qu'on est, on est tellement... concernés, plutôt par des problèmes d'ordre psychiatriques que c'est vrai, sans doute le somatique est un petit peu plus mis de côté que dans d'autres services.

Le problème c'est que ça demande de... de changer. Un changement dans le mode de vie des patients, ce qui est vraiment très compliqué. Déjà dans la population en général, mais encore plus dans le secteur de la santé mentale

OK, et dans votre unité, comment est-ce que tu perçois l'importance du suivi de la santé somatique des patients au niveau infirmier ?

Pour moi c'est assez important parce que j'aime beaucoup les matières somatiques aussi.

Et j'ai fait aussi quand même quelques années du somatique auparavant. Et puis ça me change aussi toujours me pencher plutôt sur la santé mentale, les problèmes psychiatriques, tout ça. Je trouve que ça donne un petit peu de... on va dire, ça apporte un petit peu de diversité au travail. Et comme j'aime beaucoup aussi l'aspect somatique dans les soins infirmiers, un peu de diversité. Ouais.

Moi je trouve ça chouette de pouvoir un peu faire de pratique, et aussi parce que la santé des patients, ça me concerne aussi, enfin... Comment dire, ça m'interpelle quand un patient est en mauvaise santé. Donc moi j'essaie de mettre beaucoup d'efforts aussi au niveau du somatique.

OK. Quels outils ou protocoles mettez-vous en place dans votre unité, au niveau de la santé somatique des patients ?

Le protocole de base c'est dès l'admission d'être ausculté par le généraliste, et à partir de là on va voir ou pas s'il y a des soins somatiques qui sont à mettre en place. C'est faire aussi une prise de sang, un petit bilan sanguin. Une prise d'urine aussi, et tout ça via le généraliste. Comme je disais, grâce à tout ça on peut déjà détecter s'il y a l'un ou l'autre problème. Et donc à partir de là, il y a éventuellement, des soins somatiques qui sont mis en place.

Et puis il y a d'autres patients chez qui les problèmes somatiques sont beaucoup plus évidents. Des plaies par exemple, ou des rougeurs importantes, ou des problèmes pulmonaires, des choses comme ça. Là c'est déjà beaucoup plus évident. À partir de là, on essaie de voir le protocole assez rapidement, de fixer un rendez-vous avec le généraliste, et à partir de là, de mettre en place des soins. Ça se fait quand même assez rapidement, je trouve.

OK, et en tant qu'infirmière, quel souci avez-vous du corps du patient au quotidien ?

En général pas trop de soucis. Mais par contre il y a toute une partie de patients, mais je pense plus une minorité, qui peut avoir un rapport au corps qui est particulier, ou qui peut juger

que, rien que le contact est déjà fort intrusif. Sans parler aussi d'actes parfois un peu invasifs, et donc là ça peut poser problème.

Après, si par exemple les soins sont faits par un homme, si c'est une patiente, parfois elle peut être gênée. Peut-être que parfois, par rapport aux aspects culturels, ça peut être gênant d'être soigné par une personne d'un autre sexe, des choses comme ça, mais en général le rapport au corps se fait encore assez facilement. Mais pas toujours.

OK, et que pensez-vous de l'utilisation des soins somatiques comme média pour entrer en relation avec le patient ?

Alors ça, par contre, c'est assez intéressant parce que je trouve que... c'est un média qui peut vraiment être aussi utilisé pour améliorer la relation de confiance avec le patient. Il voit qu'on n'est pas juste là pour donner des psychotropes, ou juste là pour investiguer au niveau des problèmes mentaux, et cetera, mais voir qu'on est là pour prendre ses paramètres, pour voir s'il est en bonne santé, pour, faire des soins qui vont amener une confiance. Donc, c'est effectivement, je pense, un point important à souligner, c'est que c'est un outil qui peut vraiment être souvent utile pour mieux entrer en relation et mieux amener une relation de confiance avec eux, avec les patients.

Ok. Comment est-ce que vous diriez que la durée de séjour peut influencer le suivi somatique des patients ?

Ah, effectivement... Plus le séjour est court, au plus le suivi va être un petit peu compliqué, ici. C'est vrai que c'est des séjours relativement courts. On n'est pas dans le chronique, dans le rétablissement. Donc pour les problèmes de santé chroniques, c'est plus compliqué.

Quand c'est des problèmes aigus, là on peut rapidement mettre des choses en place et rapidement améliorer la situation. Après, pour les problèmes de santé somatiques chroniques, évidemment, ça représente des difficultés, vu que souvent des démarches sur le long cours, c'est compliqué à poursuivre. Et le suivi après, pour le patient, une fois qu'il est sorti, c'est compliqué aussi.

Après il faut voir pour le patient. Ça dépend aussi si le patient a un réseau, s'il est seul, s'il est en rue, s'il y a un réseau externe avec qui on peut mettre en place une continuité des soins,

et cetera. Ça, ça joue beaucoup aussi. Mais voilà, c'est le post-hospit, on sait pas trop ce qui va se passer après.

Ok. Comment est-ce que vous vous sentez personnellement par rapport au suivi des soins somatiques des patients ?

Bah... on va dire... c'est difficile. En psychiatrie, c'est quand même difficile.

Parce que les patients, à part si c'est des problèmes de santé graves, ça leur passe souvent un peu à côté. C'est-à-dire que des petits problèmes de santé comme ça, somatiques, ils vont pas forcément y accorder beaucoup d'importance. Et donc ce qui est compliqué c'est qu'on doit en permanence être derrière le patient pour faire l'un ou l'autre soin et ça c'est fatiguant. C'est fatiguant. Donc à un moment donné, quand le patient n'est pas trop preneur de soins que ça, ça lui passe un peu à côté, et que ça lui convient un petit peu comme ça, que ça ne le tracasse pas trop, à un moment donné, on va avoir tendance à abandonner un petit peu, à laisser tomber. Parce que ça fatigue de toujours être derrière le patient en permanence.

Après, si les autres collègues sont si soucieux du somatique et que chacun y met du sien, là c'est plus facile, mais en psychiatrie, c'est pas toujours le cas. Et je pense qu'en psychiatrie, c'est malheureusement... le somatique est parfois un petit peu mis aux oubliettes. C'est un peu le problème, quand même, en psychiatrie, je dirais qu'on est fort focalisé sur les troubles mentaux, sur le mental, sur la santé mentale, tout ça. Donc parfois le reste, c'est un peu mis aux oubliettes.

Ok. Selon la littérature, il arrive que les infirmières se sentent démunies, pas assez formées, plus assez formées, plus assez compétentes. Qu'en est-il pour vous ?

Alors ça c'est une réalité. C'est vrai que, en psychiatrie, il y a rien à faire, comme on n'est moins confrontées au somatique que dans d'autres services, on a tendance à oublier pas mal de trucs, donc... Mais ici, en service d'admission, on est plus confrontées à des problèmes somatiques aigus que dans d'autres unités. On a quand même l'occasion de rafraîchir un petit peu, régulièrement certaines connaissances.

Mais c'est vrai que le problème c'est que, avec le temps, on oublie pas mal de trucs et donc ça peut être compliqué à un certain moment.

OK, est-ce que vous pouvez citer les problèmes somatiques qui sont, selon vous les plus fréquemment rencontrés dans votre unité ?

Ouais, c'est essentiellement des problèmes... tout ce qui est d'ordre respiratoire. Tous les soins cutanés. Et au niveau des muqueuses.

C'est-à-dire ?

Ça peut être par exemple au niveau de la muqueuse buccale. Il peut y avoir des mycoses, par exemple, il peut y avoir des problèmes dentaires, ça c'est très fréquent. Ça il y a beaucoup. Il peut y avoir des aphtes par exemple.

Les muqueuses ça peut être aussi certaines infections chez les femmes au niveau vaginal. C'est quand même des choses qui reviennent.

Au niveau respiratoire, ça je disais aussi, et alors... le cardiovasculaire, voilà, trop de cholestérol, beaucoup de nicotine, des problèmes de tension. Tout ça qui fait que, au niveau cardio-vasculaire, c'est quand même un facteur fréquent de problèmes de santé en psychiatrie, c'est le cardio-vasculaire. Je pense que les patients psychiatriques, en moyenne, perdent 15 à 20 ans de leur vie en moyenne à cause du cardio-vasculaire.

Et alors... au niveau des cheveux aussi, un problème de poux par exemple, ou aussi diverses affections qu'il peut y avoir au niveau du cuir chevelu, des nuisibles, et autre, des choses comme ça.

Ok. Selon vous, ces problèmes somatiques, à quoi pourraient-ils être dus ?

Ben je disais une mauvaise hygiène de vie en général.

On va dire qu'en général, les patients psychiatriques, pas toujours, mais souvent, ils négligent un peu l'hygiène de vie. C'est-à-dire beaucoup de consommations diverses, mauvaise hygiène corporelle, buccale aussi, ce qui fait que, avec les consommations aussi, beaucoup de problèmes au niveau dentaire.

Le milieu de vie aussi n'a pas toujours l'air très sain, par exemple des habitations plutôt insalubres, mal entretenues, où il peut y avoir beaucoup d'humidité par exemple, de crasse, de saleté. Ça peut être aussi des squats, ou voire des patients qui vivent en rue. Donc on va dire l'environnement pas toujours très très salubre.

Et alors aussi, la santé mentale. Ici, on travaille beaucoup avec la schizophrénie, tout ce qui est de l'ordre de la psychose. C'est ce qu'on a le plus, et donc une fois que la personne

décompense au niveau psychotique, tout le reste est souvent négligé, et donc le rapport au corps aussi devient très différent. Ce qui fait qu'il y a une dégradation, pas seulement mentale, mais une dégradation physique qui est souvent observable aussi. Donc c'est un peu tous les facteurs qui sont défavorables à la santé somatique.

OK, alors selon la littérature certains problèmes somatiques pourraient avoir une étiologie médicamenteuse, qu'en pensez-vous ?

Oui, je pense que, quand on voit la liste des effets secondaires, par exemple des neuroleptiques, il y a quand même pas mal d'effets secondaires possibles. Donc oui, je pense que ça joue aussi.

Ok, et en tant qu'infirmière, pourriez-vous avoir des actions par rapport à toutes ces étiologies, et si oui lesquelles ?

Mmmh...

Le sujet est vaste, hein ?

C'est très vaste, et c'est... c'est compliqué.

On n'a pas beaucoup de... Il y a beaucoup de choses sur lesquelles on n'a pas beaucoup de mains mise au niveau des médicaments. C'est vrai que des médicaments peuvent avoir effectivement des impacts.

Le problème c'est que si le patient est stabilisé avec tel médicament, c'est compliqué de changer de molécule, de prendre le risque de changer ou même de diminuer ou de faire autre chose. C'est-à-dire qu'il faut toujours mesurer les avantages, les inconvénients. Et le médecin va quand même, même s'il y a certains problèmes d'ordre somatique, avoir tendance à maintenir.

Bien que maintenant ça change. Je pense que ces dernières années le bien-être du patient est quand même, je pense, beaucoup plus pris en considération que ça pouvait l'être avant. Le droit du patient aussi. Et donc je pense que maintenant les médecins écoutent plus quand il y a des plaintes à tout niveau, au niveau des patients, ou que les soignants soulignent certaines choses.

Par exemple, le surpoids. Voilà, c'est clair qu'il y a des médicaments qui font qu'on a une sensation de faim très très importante. Il y a jamais de satiété, je veux dire, et donc ça, on peut

l'observer et ça, ça a beaucoup d'impact. Moi j'ai observé beaucoup de patients dans le passé qui ont subi des prises de poids très importantes, parfois de l'ordre de 15-20 kilos assez rapidement et donc là, par exemple, ça peut déclencher du diabète. Et avant, le médecin avait tendance à laisser les choses comme ça, alors que maintenant, il commence, je trouve, à plus réagir par rapport à ce genre de choses et à envisager d'essayer d'autres molécules, d'autres choses.

Donc je pense que, niveau médicamenteux par exemple, il y a moyen de faire des choses si on veut faire l'effort. En tout cas, je crois qu'il y a vraiment moyen de faire des choses.

Maintenant, pour ce qui est par exemple du mode de vie du patient, c'est compliqué parce qu'il a ses habitudes, il a ses addictions,... c'est plus compliqué. De même pour nous, hein. Mais pour des patients je pense, c'est encore plus difficile de changer d'habitudes. Changer le mode de vie, c'est très très compliqué.

Et l'environnement, comme je disais, c'est un facteur important. Mais là encore une fois, c'est possible de jouer dessus mais c'est compliqué aussi. Ça dépend vraiment de chaque patient. Mais ça peut être compliqué parce qu'ici il y a très peu de moyens. S'il a un réseau, pas de réseau, s'il est légal ou illégal sur le sol belge, s'il a des aides sociales, s'il veut sortir de la rue ou pas... S'il y a beaucoup de gros problèmes d'addiction, il va avoir tendance à négliger tout le reste pour sa consommation.

Donc je dirais qu'il y a beaucoup de facteurs pour lesquels c'est compliqué, c'est... c'est pas facile.

Ok. Est-ce que vous pouvez citer un, ou des problèmes somatiques qui sont selon vous sous-estimés dans votre unité ?

Les problèmes dentaires, mais maintenant c'est mieux parce que on a la visite d'un dentiste qui vient dans l'hôpital. Mais c'est vrai que souvent on a tendance à pas faire très attention à ce genre de choses. Alors que je pense que la moitié, si pas 3/4 des patients, ont des problèmes dentaires. Mais je pense qu'il y a relativement peu de prise en charge, au final. Et quand il y a des prises en charge ça va être quand il a vraiment trop mal. Un moment donné il se plaint trop de douleurs, alors là il y a quelque chose qui va être fait.

Mais en général c'est vrai que c'est quelque chose sur lequel il faudrait faire beaucoup plus d'efforts, l'hygiène. On n'est peut-être pas assez strict par rapport à l'hygiène, on pourrait faire plus d'efforts par rapport à ça. Parfois on a tendance à un peu laisser, aussi, à part quand ça prend des proportions trop importantes et que ça dérange tout le monde. Là on va intervenir mais sinon on va plutôt avoir tendance à laisser un peu de côté quoi. En tout cas, il y a beaucoup de choses à faire. Il y a beaucoup de choses qu'on pourrait améliorer en tout cas.

Ok, alors on passe au deuxième thème qui est l'offre de soins dans l'institution et les collaborations extérieures, est-ce que vous pouvez décrire l'offre de soins somatiques proposée au sein de votre institution ?

Oui. Médecine générale. Tout ce qui est podologue, pédicure.

Maintenant on a aussi un chirurgien qui vient de temps en temps un petit peu voir s'il y a l'une ou l'autre chose à faire chez les patients.

Et alors, on a aussi un dentiste.

Et tout ce qui est aussi soins esthétiques. On a une collègue qui s'est spécialisée un peu dans les dans les soins esthétiques et qui propose aussi des consultations avec les patients.

Voilà, je pense, que c'est à peu près ça.

Ok, et en tant qu'infirmière, comment évaluez-vous ces ressources mises à disposition pour assurer les soins somatiques des patients ?

C'est vraiment une bonne chose.

On devrait même avoir même un petit cabinet dentaire, ça serait génial. On va faire des petits soins,... peut être pas des gros soins mais réparer des caries. Des choses comme ça, ça serait pas mal.

Donc ouais, je trouve que c'est très positif. Ça nous aide beaucoup dans le suivi somatique avec les patients. Ce serait pas mal aussi si un ou une coiffeuse pouvait venir dans l'institution faire les soins des cheveux chez les patients. Donc il y a encore des choses qu'on pourrait mettre en place, mais globalement les choses qu'on a déjà mis à disposition c'est pas mal du tout. Enfin c'est vraiment très positif.

Ok. Et selon vous, quel est votre rôle dans cette offre de soins ?

Mon rôle c'est de m'y intéresser. Voilà, d'avoir une motivation par rapport aux soins.

Je pense que ça démarre là, il faut... il faut que le soignant soit conscientisé par rapport à l'importance du somatique et fasse d'emblée des efforts pour mettre en place ce qui doit être mis en place. Parce que le patient lui-même va pas d'emblée faire la demande sauf quand, je disais, il y a des proportions prennent trop d'ampleur. Bon là c'est autre chose, mais sinon le patient, lui, il va avoir tendance, avec son état mental dégradé, à négliger tout ça. Donc je dirais que c'est vraiment aux soignants d'être plus conscientisés par rapport à ça, de faire vraiment des efforts pour mettre des choses en place.

Et comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques internes au sein de l'institution ?

Pour moi elle est assez bonne, hein.

Le généraliste, franchement, il est assez bien à l'écoute des soignants donc il y a un bon contact. Il y a une bonne collaboration, et avec les autres prestataires comme je citais avant, aussi, ils sont motivés de venir prester leurs soins.

Donc voilà, je dirais que la collaboration est assez aisée.

Ok, et quels sont les avantages et inconvénients de ces prestations internes ?

Peut-être commencer par les avantages et puis faire les inconvénients s'il y en a ?

L'avantage c'est de déjà pouvoir dresser un diagnostic assez rapidement, pouvoir entamer déjà des premiers soins d'urgence, des choses comme ça, donc ça je pense c'est assez positif.

Des inconvénients... Ben j'en vois pas trop.

OK.

Parce que, après, quand il faut pousser le travail plus loin, là on est forcé de se diriger à l'extérieur. En interne on sait pas non plus forcément tout résoudre, mais c'est déjà des premières étapes qui sont mises en place et qui sont un peu bonnes.

Ok, et justement, vous venez de parler de l'extérieur, n'est-ce pas ? Comment décririez-vous la collaboration avec les prestataires somatiques externes à votre institution ?

Alors là, c'est... ça peut-être plus difficile.

Avec tous les préjugés, les aprioris sur la psychiatrie... Il y en a énormément, même déjà au niveau des soignants ou des gens qui travaillent ici. On a tous plus ou moins des préjugés par rapport à tout ça. Alors à l'extérieur, les gens qui n'y connaissent pas grand-chose ont énormément d'aprioris. Et comme les gens souvent ont peur de ce qu'ils connaissent pas, ils ont plutôt tendance à vouloir se débarrasser des patients psychiatriques.

Alors c'est pas toujours le cas, mais c'est souvent un peu difficile. Souvent, on sent qu'ils sont un peu plus négligés, sans doute, que d'autres patients. Voilà.

Et qu'est ce qui pourrait expliquer cette négligence ou cette peur ?

Je pense un rejet. Je pense que globalement y a souvent un rejet de la psychiatrie. Voilà.

Ok, ok. Est-ce que vous voyez des avantages ou d'autres inconvénients aux prestations externes ?

Les inconvénients c'est qu'au niveau logistique, c'est pas toujours facile parce, qu'il faut déployer du personnel. Si on en a en sous-effectif ou en effectif trop juste, bah... parce que souvent on doit être amené à accompagner. Voilà les accompagnements, ça peut parfois être difficile. C'est surtout ça.

Maintenant, les avantages c'est justement que les patients, le temps qu'ils restent ici, aient quand même accès à tous ces soins et puissent bénéficier de soins de santé. Pour eux, c'est très important qu'on puisse collaborer avec les prestataires externes.

Mais c'est vrai que pour organiser tout ça, c'est... c'est là que ça peut parfois être difficile.

Et comment se passe le plus souvent la collaboration avec, par exemple les services d'urgence, ou si vous voulez prendre un rendez-vous ponctuel en consultation, comment se passe la collaboration avec les institutions ?

En général ça se passe quand même relativement bien.

C'est bien qu'il y ait à un certain moment un intermédiaire entre le patient et l'institution externe. Comme ça on est là comme intermédiaire en tant que soignant pour rassurer aussi bien les intervenants que le patient. Et donc pour créer le lien. On va créer le lien et rassurer un petit peu tout le monde.

Que si le patient... je pense que si le patient faisait d'emblée par lui-même, ce serait plus difficile parce qu'il serait pas forcément pris au sérieux, ou il serait négligé, ou... mais le fait qu'on soit là et qu'on participe, et qu'on est un peu intermédiaire entre les deux, ça va faciliter la prise en charge des soins, et cetera. Alors en général, le fait qu'on soit là pour participer à tout ça, ça se passe relativement bien.

Au service des urgences, le “hic”, c'est plus avec les borderlines, que... Voilà, c'est un petit peu leur hantise de toujours recevoir des patients qui se strangulent, avalent des trucs,...

Mais sinon, dans l'ensemble, quand les urgentistes viennent intervenir ici, et cetera, franchement, ça se passe assez bien. Ils sont quand même assez motivés pour aider les personnes.

Ok. Ici, dans l'institution, observez-vous des manquements au niveau infirmier dans le suivi somatique des patients.

Ouais, je pense que la motivation n'est pas toujours là, de la part des soignants. Donc il faudrait plus conscientiser le personnel psychiatrique aux soins somatiques.

Ok. Est-ce que vous observez des manques au niveau de médicaments spécifiques, de matériel ou d'équipement au quotidien ?

Non, ça en général... En tout cas, pour les soins qu'on vient à mettre en place ici, en en général, ça suffit. Je pense que à ce niveau-là, ça va.

OK, et au niveau de l'outil informatique ?

Aussi. Il est suffisamment adapté.

OK. On passe au dernier thème, est-ce que vous pouvez décrire des pistes pour améliorer votre pratique en lien avec les soins somatiques ?

Je dirais, sans doute être plus plus formé. Faire plus de formation à ce niveau-là, de formation, de sensibilisation.

Oui ça peut être ça. Je sais pas s'il y en a, mais ça peut être aussi des formations pour un peu rafraîchir des connaissances de base. Par exemple, formation en soins du diabète, formation en soins de pieds, formation en algologie, voilà toutes les formations comme ça, qui permettent de

rafraîchir un peu les connaissances, de pouvoir mieux se débrouiller au niveau des soins. Je pense que c'est sans doute un facteur clé.

Je pense que c'est aussi au chef de service et à ses adjoints de conscientiser aussi le personnel soignant dans le soin somatique. Voilà.

Je pense que c'est deux choses qui pourraient améliorer les prises en charge. Donc formation, et conscientiser.

Conscientisation du personnel infirmier, OK. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Voilà... Non, pas de... Voilà.

OK, merci d'avoir participé à cet entretien, merci beaucoup, c'était vraiment très intéressant.

