

# Freins et leviers à l'engagement des infirmiers des urgences polyvalentes dans la prise en soins des urgences psychiatriques : une étude qualitative.

CH Jean Leclaire, Sarlat la Canéda (24)

Aurélien Tocaven IDE en psychiatrie unité d'hospitalisation temps plein. Contact : 06.81.23.48.26 / aurelien.tocaven@hotmail.fr

Travail réalisé dans le cadre du DU « Infirmier de Pratiques avancées en psychiatrie et santé mentale » 2017/2018, Université Paris-Diderot.

## Contexte

Le décret 2006-577 précise les modalités d'intervention d'un médecin psychiatre et d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle en psychiatrie au sein des structures des urgences et illustre le caractère polyvalent des missions des urgences. Le déploiement de cette équipe spécialisée en psychiatrie au sein des urgences est différent d'un établissement à l'autre. Aux urgences, l'infirmier de soins généraux et en particulier l'IAO est le premier professionnel à intervenir auprès de patients lors du parcours de soin psychiatrique.

Les travaux de recherche menés sur les attitudes des infirmiers vis-à-vis de patients consultants pour troubles mentaux montrent que :

- Les attitudes des infirmiers sont dépendantes de l'expérience clinique dans les soins psychiatriques : plus un IDE a d'expérience moins il aura d'attitudes négatives (Hsiao *et al.*2015) (Linden *et al.*2012).

- Les attitudes des infirmiers sont dépendantes du lieu d'exercice professionnel : des attitudes négatives sont plus souvent observées dans les secteurs de soins généraux que dans les secteurs de soins psychiatriques (Ross *et al.*2009).

L'attitude d'engagement est décrite comme nécessaire dans le processus d'alliance thérapeutique que ce soit pour l'infirmier et pour le patient puisqu'elle est définie comme étant la collaboration mutuelle entre le patient et le soignant dans le but d'accomplir les objectifs qui ont pu être fixés conjointement (A.Bioy & M.Bachelart, 2010)

## Objectifs

Il s'agit d'observer les attitudes des infirmiers de soins généraux exerçant au sein des urgences vis-à-vis des patients consultant pour des troubles mentaux alors même que les urgences requièrent un haut niveau de compétence dans les soins somatiques et que ces infirmiers ont souvent fait le choix d'exercer dans une unité où le soin technique semble être plus valorisé que le soin relationnel.

Il s'agit aussi d'observer l'impact de l'environnement des urgences sur l'engagement des infirmiers dans la relation de soin avec les patients atteints de troubles mentaux.

La question de recherche est : **Dans quelles mesures les infirmiers des urgences s'engagent-ils dans la relation de soin auprès des patients atteints de troubles mentaux ?**

## Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative de type « Case study » se basant sur la méthodologie de l'ethnographie (étude de l'individu dans son milieu).

**Collecte des données en triangulation** : 1/ observation non participante - 2/ entretiens ethnographiques et discussion de terrain - 3/ documents récoltés sur le terrain.

Le recueil de données se fait par des prises de notes en temps réel et la tenue d'un journal de bord. Le processus ethnographique est cyclique : la collecte et l'analyse des données se font de manière concomitante (Lecompte & Schensul, 2010).

1/ L'observation non participante s'attache à relever des éléments révélateurs de l'attitude adoptée par les IDE lors de la prise en soin de patients se présentant aux urgences pour une demande de soin en lien avec la psychiatrie ou la santé mentale.

2/ Les entretiens sont menés de manière semi-directive et se distinguent des discussions de terrain dites « spontanées ».

3/ Le recueil documentaire concerne la collecte de documents administratifs relatifs à l'activité de soin infirmier en lien avec l'activité de psychiatrie (le recueil ne concerne pas les données relatives au dossier de soin patient).

Temps de présence du chercheur au sein des urgences : 43 heures réparties sur des jours de semaine et de week-end, sur des temps de journée, de soirée et de nuit.

8 entretiens ont été menés ainsi que des conversations de terrain.

## Résultats

**Individus étudiés** : 8 IDE de soins somatiques postés en tant qu'IAO exerçant aux urgences polyvalentes ayant plus de 8 ans d'expérience professionnelle (les années d'expériences n'ont pas été un critère d'inclusion).

**Milieu** : La structure des urgences de Sarlat la Canéda (24) est un CH de proximité, en zone rurale. Le psychiatre et l'IDE ayant acquis une expérience en psychiatrie constitue l'équipe de liaison. L'équipe de liaison n'est pas postée aux urgences, elle intervient sur sollicitation de l'équipe des urgences par appel téléphonique.

Observation non participante	Entretiens et discussion de terrain	Recueil documentaire
<ul style="list-style-type: none"><li>- Accueil : « Bonjour » et contact visuel avec le consultant alors que l'interlocuteur était l'accompagnant.</li><li>- Consultant reçu avec accompagnant puis seul.</li><li>- Explications données au consultant sur les soins et sur le parcours de soin.</li><li>- Attitudes non verbales d'engagement (posture, rythme de la parole et intonation).</li><li>- Reformulation, identification d'émotions et demande de validation, questions ouvertes.</li><li>- Raisonnement clinique.</li><li>- Dynamique d'entretien et contact visuel maintenu contrairement aux demandes de soins somatiques.</li><li>- Choix de la salle afin de favoriser la confidentialité et limiter les sources d'anxiété.</li><li>- Après l'entretien d'accueil, sollicitation directe de l'équipe de liaison par les IDE pour 2 prises en soin.</li><li>- Temps d'entretien plus long que pour les urgences somatiques.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- 8 IDE reconnaissent la souffrance des patients présentant une pathologie psychiatrique ou un problème de santé mentale au même titre que ceux présentant des troubles somatiques.</li><li>- 8 IDE ne se sentent pas à l'aise dans la prise en soin et le mettent en lien avec un manque de connaissances théoriques.</li><li>- Les IDE disent ne pas se sentir démunis car peuvent passer le relais à l'équipe de liaison.</li><li>- 8 IDE disent faire de l'accueil et de l'orientation mais pas du soin.</li><li>- 2 IDE craignent de générer de l'anxiété ou de l'agressivité de par leurs gestes ou paroles.</li><li>- 1 IDE exprime la peur d'être agressé, peur relativisée par le recours possible à une sonnette d'alarme.</li><li>- la temporalité des urgences est donnée comme un frein par les IDE pour établir une relation de soin.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Fiche de poste IDE des urgences : l'activité liée à la psychiatrie n'y est pas mentionnée.</li><li>- Organigramme « parcours de soins du patient se présentant aux urgences ayant des troubles psychiatriques » : prévoit l'examen médical somatique et psychologique avant la sollicitation de l'équipe de liaison.</li></ul>

## Analyse

La triangulation des données collectées a mis à jour des contradictions.

L'observation par le chercheur montre une attitude d'engagement, une relation de soin de type empathique par la congruence attitude non verbale/ écoute active/reconnaissance de la souffrance psychique. La relation d'empathie est à mettre en lien avec les années d'expériences professionnelles des IDE observés.

Les IDE adaptent le soin à l'environnement des urgences de manière à garantir la confidentialité et à limiter les sources d'anxiété. Ils accordent de l'attention à la parole du consultant, et reconnaissent ainsi la notion de capabilité (A. Sen, 1992) attribué au patient.

Le discours des IDE illustre une non reconnaissance de la relation établie comme relation de soin et limite l'activité dans le discours à un accueil et une orientation. Cet élément est renforcé par la fiche de poste IDE des urgences.

La réduction du temps d'attente et le non respect de l'organigramme de parcours de soin peut illustrer une attitude de retrait. Pour autant, les entretiens observés durent quantitativement plus longtemps que pour les demandes de soins somatiques. Ce phénomène de retrait peut être mis en lien avec le sentiment de manque de compétences à prendre en soin des patients atteints de troubles mentaux, d'autant plus que les IDE des urgences identifient l'équipe de liaison comme ressource.

Il n'a pas été retrouvé dans le discours ou dans l'attitude des IDE d'éléments se référant à des phénomènes de stigmatisation.

## Discussion

Contrairement aux études publiées relatives aux attitudes des IDE prenant en soin des patients atteints de troubles mentaux, les infirmiers des urgences polyvalentes ont montré une attitude d'engagement. L'attitude d'engagement est à mettre en lien avec l'expérience professionnelle des IDE puisqu'il est établi que les attitudes négatives sont inversement proportionnelles aux années d'expérience des IDE. Cette différence de résultat peut être attribuable à l'emploi de la méthodologie ethnographique : c'est l'observation non participante qui a permis d'identifier ce phénomène, la seule étude du discours des IDE n'aurait pas révélé ce résultat.

Cette différence de résultat peut aussi être attribuable au fait que le CH de Sarlat se situe en zone rurale. Le travail de recherche « Stigmatisation de la schizophrénie : enquête auprès de quarante patients schizophrènes stabilisés » (Breton *et al.* 2010) montre que les sujets atteints de schizophrénie en milieu rural se sentent moins stigmatisés qu'en milieu urbain ou péri-urbain.

Le frein principal à l'engagement des IDE dans la relation infirmier-patient atteint de troubles mentaux est la non reconnaissance de leurs compétences et de leur savoir. Ils ne considèrent pas l'activité d'accueil et d'orientation comme un soin alors que cette étape s'inscrit dans un processus de soin infirmier tel que Hildegard Peplau l'a décrit.

Cette relation ne se limite pas à une interaction telle que les IDE le conçoivent mais bien à une relation de soin de type empathique.

Ce savoir incorporé mais non conscientisé permet aux IDE d'adapter l'exercice du soin infirmier au sein du lieu spécifique des urgences en limitant les sources d'anxiété.

## Limites

L'étude a été menée en zone rurale et les résultats obtenus ne sont interprétables que dans ce contexte.

Ce travail a été réalisé dans le cadre d'un DU, le chercheur a été contraint de respecter une échéance pour le terminer et n'a pas pu atteindre la saturation des données. Ce travail nécessite d'être repris ultérieurement par le chercheur.

## Conclusion

L'étude menée a permis de mettre à jour des attitudes d'engagement des IDE dans la relation infirmier-patient. Elle n'a pas révélé d'attitude de stigmatisation des IDE de soins somatiques exerçant aux urgences envers les sujets atteints de pathologies mentales.

Les IDE adaptent la manière dont ils exercent le soin infirmier de manière à réduire l'impact de l'environnement des urgences sur les symptômes des sujets consultant. Ces attitudes semblent être favorables à l'instauration de l'alliance thérapeutique au cours du parcours de soin de ces patients.

Malgré l'attitude d'engagement mise en œuvre par les IDE, ils expriment le manque de matière théorique en psychiatrie et désignent comme primordial le fait de pouvoir passer le relais à l'équipe de liaison.

Une étude comparative entre l'exercice infirmier aux urgences en zone rurale et en zone urbaine serait souhaitable afin d'identifier si le milieu d'exercice influe sur les attitudes soignantes envers les patients présentant des troubles mentaux.