

1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE.....	2
2. 1 CONSTAT ET QUESTIONNEMENT.....	3
2. 2 QUESTION DE DÉPART PROVISoire.....	4
2. 3 EXPLORATION DU TERRAIN.....	4
2. 3. 1 <i>Les rechutes</i>	4
2. 3. 2 <i>Les facteurs influençant les rechutes</i>	5
2. 3. 3 <i>Le rôle de l'infirmier par rapport aux rechutes</i>	5
2. 3. 4 <i>les moyens de l'infirmier concernant l'évitement des rechutes</i>	6
2. 4 CADRE LÉGISLATIF.....	7
2. 4. 1 <i>L'infirmier</i>	7
2. 4. 2 <i>Le patient</i>	7
2. 5 EXPLORATION DES LECTURES.....	8
2. 6 QUESTION DE DÉPART.....	11
3. PROBLEMATIQUE THEORIQUE.....	11
3. 1 RELATION SOIGNANT SOIGNÉ.....	11
3. 1. 1 <i>Le soignant</i>	12
3. 1. 2 <i>Le soigné</i>	12
3. 1. 3 <i>La relation</i>	12
3. 1. 4 <i>Les différentes étapes de la relation soignant soigné</i>	13
3. 1. 4. 1 <i>La relation sociale de civilité</i>	13
3. 1. 4. 2 <i>La relation fonctionnelle</i>	14
3. 1. 4. 3 <i>La relation d'aide</i>	14
3. 1. 4. 4 <i>La relation d'aide thérapeutique</i>	16
3. 1. 5 <i>Transfert et contre-transfert</i>	17
3. 2 L'ÉDUCATION DU PATIENT.....	17
3. 2. 1 <i>La relation éducative</i>	18
3. 2. 2 <i>L'éducation pour la santé</i>	18
3. 2. 3 <i>L'éducation du patient à sa maladie</i>	19
3. 2. 4 <i>L'éducation thérapeutique du patient</i>	19
3. 3 LE CONCEPT D'AUTONOMIE.....	20
3. 4 L'OBSERVANCE.....	20
3. 4. 1 <i>Définition de l'observance</i>	20
3. 4. 2 <i>Définition de la non-observance</i>	21
3. 4. 3 <i>Facteurs influençant l'observance</i>	22
4. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE.....	23
5. QUESTION DE RECHERCHE.....	23
6. ELEMENTS DU DISPOSITIF DE RECHERCHE.....	23
6. 1 OBJECTIF DE RECHERCHE.....	23
6. 2 RECUEIL DE DONNÉE.....	23
6. 2. 1 <i>Population concernée</i>	23
6. 2. 2 <i>Outils de collecte de données</i>	24
6. 2. 3 <i>Guide d'entretien ; recueil de données. (cf. annexe VI)</i>	24
6. 3 ANALYSE DES DONNÉES.....	25
7. CONCLUSION.....	28

1. INTRODUCTION.

Vivre avec une affection chronique est un chemin souvent long et difficile ponctué parfois de rechutes. Celles-ci ne sont pas inexorablement des échecs mais l'indice que tout n'est pas encore résolu.

Dans le domaine de la psychiatrie, les patients atteints de psychoses chroniques connaissent de nombreux épisodes de récives tout au long de leur vie.

Il apparaît que ces rechutes sont souvent consécutives à un arrêt du traitement, ce qui nous amène à nous questionner sur l'importance de l'observance du traitement chez les patients atteints de pathologies psychotiques et sur le rôle que peut avoir l'infirmier dans l'aide de l'adhésion au traitement.

Après une exploration dans différents services de santé mentale, nous remarquons que les entretiens constituent l'outil de prédilection dont dispose le professionnel de santé pour aborder le thème de l'observance des traitements. L'infirmier entre en relation avec le patient, joue un rôle éducatif, ce qui nous amène à traiter des concepts de relation soignant soigné et d'éducation du patient, cette dernière ayant comme objectif l'observance du traitement chez le patient psychotique et donc la recherche d'une certaine autonomie quant au traitement.

L'objectif de cette recherche est de repérer les rapports entre la relation soignant soigné, l'éducation et l'observance du traitement chez les patients atteints de pathologies psychotiques.

J'ai choisi pour entamer ce travail de recherche la question de départ provisoire suivante :

« Pourquoi les patients psychotiques sont-ils ré-hospitalisés suite à une non observance de leur traitement, et quelle influence peut avoir l'infirmier en santé mentale dans l'alliance thérapeutique ? ».

Mes recherches ont fait évoluer cette première question pour me conduire à ma question de départ définitive :

« Quelle influence peut avoir l'infirmier en santé mentale dans l'évitement des rechutes et dans l'adhésion à l'alliance thérapeutique chez les patients psychotiques ? ».

Pour répondre à cette question je me suis appuyé sur des recherches concernant quatre concepts : la relation soignant soigné, l'éducation du patient, l'autonomie et l'observance.

A la suite de cette analyse théorique, j'ai orienté ma méthode de recherche vers un aspect qualitatif des soins et donc vers une méthode exploratoire amenant cet écrit vers la question de recherche suivante :

« Dans quelle mesure la relation soignant soigné conduit-elle à l'éducation et donc à l'observance chez le patient psychotique ? ».

Pour y répondre j'ai utilisé un entretien destiné aux infirmiers en santé mentale comme outil d'analyse.

Enfin, la conclusion me permettra de revenir sur les principaux points abordés dans ce devoir et d'envisager d'autres projets de recherche infirmière.

2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE.

2. 1 Constat et questionnement.

Lors de mon stage de psychiatrie en deuxième année, en service de psychiatrie active, j'ai constaté une donnée non négligeable et interpellante tant sur le point quantitatif que répétitif. En effet, j'ai observé qu'un grand nombre de patients psychotiques, déjà connus du service pour des hospitalisations antérieures et admis pour les mêmes pathologies qu'auparavant, se retrouvaient en institution de soins suite à l'arrêt de leur traitement.

En effet, une situation m'interpella par rapport à un patient, que je nommerais Monsieur Z, déjà connu du service pour des hospitalisations répétitives de bouffées délirantes. Ce jeune homme en était à son quatrième épisode d'accès délirant et était traité pour cette pathologie depuis déjà quatre ans. Lorsque j'ai questionné l'équipe soignante pour savoir quelle était la cause de ces rechutes, les professionnels me répondirent que Monsieur Z ne prenait pas son traitement comme il lui avait été prescrit par le médecin et qu'en plus il avait une hygiène de vie assez médiocre, avec une consommation d'alcool et de cannabis coutumière. Ce patient était traité par du lithium et devait avoir des dosages de lithiémie réguliers afin de surveiller son seuil toxique dans le sang. Lors de son arrivée dans le service, son bilan sanguin laissait paraître un taux de lithium significativement bas montrant que le patient avait diminué voire même arrêté de prendre son traitement. L'avis du malade face à cette situation était qu'il ne se sentait plus souffrant et donc qu'il n'était plus nécessaire de prendre son traitement.

Le cas de Monsieur Z n'était pas isolé dans le service, en effet plusieurs patients hospitalisés pour d'autres pathologies psychotiques (schizophrénie, trouble bipolaire,...) montraient le même cheminement de faits dans l'histoire de leur maladie.

Parallèlement, un autre patient, que je nommerais Monsieur K, déjà hospitalisé une première fois il y a deux ans pour un accès délirant, venait d'être accueilli dans le service pour la même pathologie. Lors de l'entretien d'accueil, Monsieur K a expliqué au personnel soignant qu'à la sortie de son hospitalisation précédente, il semblait guéri, il avait trouvé un travail et même une petite amie avec qui il partageait sa vie dans un appartement jusqu'au jour où elle l'a quitté et où il a replongé dans sa maladie.

Ces observations m'interpellèrent et me firent réfléchir en me questionnant : « Pourquoi autant de patients ? », « Pourquoi tous sous l'étiquette de psychotiques ? », « Pourquoi les patients rechutent-ils ? », « Pourquoi l'inobservance du traitement prend-elle une place si importante chez ces patients ? » et enfin « L'infirmier a-t-il un rôle à jouer dans cette situation problématique ? ».

Sur le thème des rechutes et particulièrement dans le cadre de la santé mentale, de nombreux travaux ont déjà été effectués, notamment par des laboratoires pharmaceutiques, dans l'intérêt même d'évaluer l'efficacité des chimiothérapies qu'ils délivrent et plus précisément pour les neuroleptiques. De plus, sur le thème de l'observance, d'autres recherches ont été entreprises par des organisations d'intérêt public, de par le coût que la non observance peut engendrer à la société si on en inclut les rechutes qu'elle engendre. N'ayant pas

les moyens physiques et surtout financiers de ces deux derniers, j'ai donc décidé d'entamer mon initiation à la recherche à mon humble échelle et surtout dans le cadre des compétences qui me sont allouées : celle de l'infirmier.

2. 2 Question de départ provisoire.

À l'issue de ce constat et de ce questionnement, je suis venu à me poser une question de départ provisoire :

« Pourquoi les patients psychotiques sont-ils ré-hospitalisés suite à une non observance de leur traitement, et quelle influence peut avoir l'infirmier en santé mentale dans l'alliance thérapeutique ? ».

2. 3 Exploration du terrain.

Afin de comprendre ce problématique constat, mon exploration de terrain s'est dirigée vers une enquête basée sur des entretiens argumentés de questions posées à un panel d'infirmiers en santé mentale (cf. annexe I). De manière à cibler le problème dans son intégralité, j'ai décidé de suivre le cheminement qu'un patient pourrait avoir dès son entrée dans la rechute jusqu'à l'évolution vers l'équilibre de sa maladie c'est-à-dire vers le retour à son domicile, ainsi que la prise en charge qu'il pourrait avoir hors institution. C'est pour cela que mes enquêtes se sont dirigées dans un premier temps vers le centre d'accueil psychologique (CAP) d'un hôpital où l'on reçoit des patients en crise, puis dans un service de psychiatrie active, où en plus de la gestion de la crise, l'observation du patient et l'instauration d'un traitement pour celui-ci apparaît. Enfin, mon exploration s'est terminée dans un centre médico-psychologique (CMP), où le patient a un suivi de soins en extra hospitalier afin d'optimiser ses chances vers une réinsertion sociale et afin d'éviter les contraintes d'une hospitalisation. Afin d'ancrer ma question de départ préliminaire dans la réalité, j'ai décidé d'effectuer des entretiens basés sur un questionnaire auprès d'infirmiers et d'un cadre infirmier dans les trois sortes de structures précitées (CAP, psychiatrie active adulte, CMP), les questions étant les mêmes pour chacune des institutions (questions jointes en annexe dans le guide d'entretien).

2. 3. 1 Les rechutes.

À la première question, l'infirmière diplômée d'État du CAP a répondu qu'à peu près 70 % des patients psychotiques reçus dans sa structure étaient des personnes déjà connues du service et donc des patients en rechute de leur pathologie psychotique.

Dans le second service, les deux infirmiers que j'ai sollicités m'ont répondu à peu près les mêmes chiffres, c'est-à-dire qu'au moins 80 % de leurs patients

psychotiques étaient déjà connus du service et qu'il était évident que la notion de rechute existait pour ces patients atteints de pathologie psychotique.

Au sein de la troisième structure (CMP), à cette même question, le cadre infirmier a répondu qu'à peu près 10 % des patients psychotiques étaient en retard à la consultation prévue et que quelques-uns ne venaient même pas au rendez-vous, ceci entrant déjà dans le concept de non observance et entraînant souvent pour ces patients une rechute dans la maladie psychotique.

En faisant l'analyse et la synthèse de ces réponses, on voit bien que les problèmes de rechutes sont bien présents dans toutes les sortes de structures, de l'entrée en crise du patient jusqu'à un équilibre lui permettant la sortie à son domicile.

2. 3. 2 Les facteurs influençant les rechutes.

La notion de rechute ainsi existante, je me suis questionné sur les différents déterminants des rechutes, amenant ainsi à la deuxième question concernant les facteurs influençant les récurrences. Dans le centre d'accueil psychologique, l'infirmière a répondu qu'en premier lieu l'arrêt du traitement était le facteur essentiel dans la notion de rechute chez le patient psychotique, mais qu'il ne fallait en aucun cas occulter les problèmes familiaux tels que les « clashes » dans la famille ou une cellule familiale baissant les bras face à la maladie. Elle ajouta qu'un choc émotionnel pouvait aussi être à l'origine d'une rechute comme par exemple le décès d'un proche, un stress, ou une identification, une sorte de transfert sur des faits divers de la réalité.

Dans le service de psychiatrie active, les deux infirmiers ont répondu qu'avant toute chose, le facteur privilégiant les rechutes était la nature même de la maladie psychotique, par sa définition et sa chronicité, auquel il fallait ajouter le déni de la maladie par le patient mais aussi par la famille, entraînant un soutien souvent léger de l'entourage. Enfin la non observance du traitement voire même l'arrêt du traitement lourd d'effets secondaires était aussi un facteur important.

Enfin, en structure extrahospitalière (CMP), le cadre infirmier a cité les mêmes causes que précédemment en ajoutant en plus que la dimension environnementale du patient pouvait jouer un rôle décisif dans l'induction d'une rechute, c'est-à-dire l'entourage qu'il côtoie, surtout si celui-ci était en contact avec l'alcool ou d'autres substances toxiques telles que la drogue, les stupéfiants étant sujets à faire replonger les patients dans leur maladie psychotique.

Ainsi, on retient donc que l'observance du traitement tient une place fondamentale dans l'évitement de la rechute, mais que d'autres facteurs n'étaient pas à négliger comme l'entourage du patient qui semble avoir un rôle important dans la notion de récurrence. Enfin, la pathologie psychotique, de par son caractère chronique mais surtout du fait que le patient n'a pas conscience de sa maladie comme pourrait l'avoir une personne dépressive, montre bien la complexité du problème et l'engrenage dans lequel se trouvent les psychotiques quant à la notion de rechute mais surtout par rapport au concept de l'observance.

2. 3. 3 Le rôle de l'infirmier par rapport aux rechutes.

La notion de rechute ainsi posée, et les principaux facteurs maintenant connus, il me fallait dorénavant savoir si l'infirmier en santé mentale avait un rôle à jouer dans l'évitement des rechutes. Ainsi, à la troisième question, et dans les trois sortes de structures sollicitées, les personnes interrogées ont toutes répondu que l'infirmier avait un rôle essentiel à jouer dans l'évitement des rechutes et plus particulièrement dans l'observance du traitement. Les infirmiers du service de psychiatrie active ont précisé qu'en institution, il était plus compliqué d'entamer une éducation sur le patient car le temps d'hospitalisation réduisait de plus en plus. Il est en effet, actuellement, de 17 jours en moyenne, les premiers jours étant souvent destinés à gérer la crise et pendant cette période il était compliqué de rentrer dans une démarche d'éducation. Ils ont aussi spécifié que des études avaient montré qu'après trois rechutes, l'ancrage dans la maladie était tel, que les patients étaient quasi obligés d'enchaîner les épisodes de récurrences et qu'une éducation devenait de plus en plus compliquée. Le cadre infirmier précisait aussi que dans les structures extrahospitalières, le rôle de l'infirmier dans l'évitement des rechutes était majeur de par le lien privilégié qu'il entretenait avec le patient, qui n'est pas dans le contexte institutionnel.

On voit donc bien d'un point de vue général, que l'infirmier a un rôle fondamental dans l'observance du traitement.

2. 3. 4 les moyens de l'infirmier concernant l'évitement des rechutes.

Pour terminer mon exploration de terrain, il me fallait savoir quels étaient les outils dont disposait l'infirmier pour éviter la non observance du traitement, ce qui amène à la quatrième question à laquelle l'infirmière du CAP a répondu qu'elle disposait d'accueils téléphoniques et d'entretiens thérapeutiques allant dans le sens d'une démarche éducative afin d'expliquer l'intérêt du traitement et les règles d'hygiène à essayer de respecter en marge d'une chimiothérapie spécifique au traitement des psychoses et de prévenir aussi des effets indésirables que pouvaient engendrer les médicaments.

En service de soins institutionnels de psychiatrie active, les infirmiers interrogés ont précisé qu'ils disposaient d'entretiens individuels et avec la famille afin d'éduquer le patient et son entourage pour une prise en charge globale de l'observance et de la prévention des rechutes. L'observation des patients lors de l'administration des traitements une fois la période de crise passée, imposant une vigilance de tout égard pour vérifier l'ingestion des médicaments, était aussi une notion incontournable dans la vérification de l'observance du traitement.

Dans le secteur extrahospitalier, l'accent a été mis sur le rôle primordial de l'infirmier c'est-à-dire lors des entretiens avec le patient quand celui-ci vient en consultation, mais aussi sans rendez-vous, lorsqu'il a besoin de parler, d'où l'intérêt de la disponibilité de l'infirmier.

On retient donc que le rôle essentiel de l'infirmier dans l'observance du traitement tourne toujours autour du rapport du patient avec l'infirmier. En effet, dans les entretiens précédents, on voit que le moyen capital dont dispose l'infirmier est l'entretien. C'est pendant cette rencontre privilégiée avec le patient que l'infirmier peut évaluer les connaissances de celui-ci par rapport à sa maladie, ses traitements et ses effets secondaires, les signes avant-coureurs de rechute.

En d'autres termes, c'est à ce moment-là qu'est abordé et évalué l'éducation du patient.

2. 4 Cadre législatif.

2. 4. 1 L'infirmier.

Avant d'approfondir ma recherche, il faut situer l'infirmier en santé mentale dans son cadre législatif. D'après le décret 2004-802 du 29/07/04 (cf. annexe II) relatif à la profession d'infirmier « *L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé* » (Article R. 4311-1). De plus « *les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* » (Article R. 4311-2). Ainsi, « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage* :

- *vérification de la prise du traitement*
- *surveillance de leurs effets et éducation du patient* (Article R. 4311-5).

Plus spécifiquement, pour l'infirmier en santé mentale et dans l'article R. 4311-6 « *outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants* :

- *entretien d'accueil du patient et de son entourage*
- *surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient* ».

2. 4. 2 Le patient.

Mais l'infirmier n'étant pas le seul protagoniste, il faut rajouter que le patient lui aussi rentre dans un cadre législatif. En effet il a des droits reconnus non seulement du point de vue national mais aussi mondial. D'un point de vue national et d'après la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948 (cf. annexe III): « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité* » (Article premier). Il semble évident que le patient hospitalisé ne peut échapper à cet article et qu'il conserve ses Droits de Citoyens à l'hôpital.

Le patient est notre égal et l'Institution ne peut nier ses Droits Fondamentaux c'est pourquoi il existe une « charte du patient hospitalisé » depuis 1995, réactualisée en mars 2006 (cf. annexe IV).

Il convient aussi de faire référence à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (cf. annexe V) : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission ». (Titre II, Démocratie sanitaire, Chapitre I, Droits de la personne, Article 11). Cet extrait de loi cadre bien le droit à l'information du patient et le devoir d'information des professionnels de santé.

D'un point de vue international l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) dit : « la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ; la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

2. 5 Exploration des lectures.

En reprenant l'idée de l'éducation, on revient toujours à une triade universelle concernant ce thème : l'information, le consentement, l'observance. Montaigne disait : « ...je suis content de n'être pas malade ; mais, si je le suis, je veux savoir que je le suis... ». Néanmoins, l'information du patient ne conduit pas obligatoirement à son observance, il faut passer avant tout par son consentement, afin que celui-ci soit partenaire ainsi qu'acteur de sa maladie. C'est donc ici que la notion d'alliance thérapeutique entre en jeu. Le terme le plus usuel est celui de la relation thérapeutique. Si une relation est un rapport qui lie un objet ou une personne à une autre, le dictionnaire le *Robert* dans sa définition, indique une notion de dépendance de l'un par rapport à l'autre ; Notion de dépendance qui apparaît très présente dans la relation soignant soigné par exemple. C'est donc pour cela que le terme d'alliance paraît plus neutre quant à l'idée de dépendance précitée. Le dictionnaire *Larousse* définit une alliance comme : « un accord entre des personnes, des groupes ». Le terme d'alliance induit donc un rapport de personne à personne qui passent un contrat. Un des problèmes consiste à savoir

contre quoi et contre qui cette alliance est contractée. Il est donc important que l'infirmier réussisse à établir une relation de confiance lui permettant de mieux entendre les plaintes du patient et d'apprécier le contexte familial du psychotique afin de repérer les facteurs de risques de rechute. L'alliance thérapeutique paraît donc comme une composante essentielle dans l'évitement des récurrences et l'observance du traitement.

Afin d'étayer ma problématique pratique, j'ai aussi effectué une exploration des lectures référencées sur le thème des récurrences et de la non observance médicamenteuse chez les patients psychotiques. J'ai ainsi pu trouver un tableau récapitulatif portant sur les études de la non observance des patients bénéficiant d'un traitement antipsychotique. Celui-ci montre bien qu'il existe réellement un problème de non observance dans ce domaine, mais une donnée m'avait échappé : le mode d'administration du traitement. En effet, dans la famille des psychotropes, il est apparu depuis quelques années maintenant, une nouvelle sorte d'administration, celle des neuroleptiques à action prolongée. Ces derniers témoignent d'une meilleure observance chez les patients psychotiques, néanmoins il persiste encore un pourcentage toujours significatif de patients non observants. D'autre part, la question se pose pour une éventuelle évaluation de l'observance chez les patients psychotiques.

Dans mes recherches, j'ai retrouvé deux sortes de méthodes habituellement utilisées pour évaluer cette observance, l'une qualifiée de méthode de mesure quantitative et directe et regroupant les différentes démarches suivantes :

- dosage plasmatique ou urinaire du médicament : il permet de savoir si le patient a effectivement pris son traitement le jour précédent la prise de sang, mais n'accède pas à l'évaluation de l'observance sur plusieurs jours et de plus cette méthode est « invasive et coûteuse » ;

- la DOC (Directly Observed Therapeutic) est la prise du médicament sous la supervision visuelle directe d'un professionnel de santé mais il s'agit plus ici d'une contrainte d'observance ;

- l'observation de l'effet thérapeutique portant directement sur les conséquences recherchées par le traitement, celle-ci pouvant être très influencée par la réactivité du patient au produit et à son efficacité ;

- l'observation des effets pharmacologiques, cliniques et biologiques permet de présumer la prise de médicament en observant les effets secondaires ;

L'autre méthode portant plus sur des mesures quantitatives indirectes et qualitatives et regroupant :

- le comptage des comprimés restant mais ceci ne garantissant pas que les médicaments soient effectivement pris ;

- le comptage des ouvertures d'un pilulier mais cela ne contrôlant que les ouvertures et non l'administration du traitement ;

- des grilles de qualité de vie engageant des critères d'évaluation des thérapeutiques médicamenteuses comme l'échelle Nottingham Health Profile, ou l'échelle Medical Outcome Study,...

- l'observation des patients permet de recueillir des informations plus qualitatives que quantitatives ;

- l'entretien avec le patient permet d'explorer l'état émotionnel de la personne soigné et son sens des conduites individuelles ou sociales ;

On peut remarquer que parmi toutes ces méthodes, les moins onéreuses sont les plus pratiquées. On s'attache donc le plus souvent aux dires de son patient, et à la présence, ou à l'absence, des effets thérapeutiques escomptés.

De plus, une mauvaise observance peut revêtir plusieurs aspects :

- non respect du contrat thérapeutique passé entre le soignant et le soigné ;

- rendez-vous de consultation manqués de manière répétitive ;

- ignorance ou mauvaise interprétation des informations délivrées par le soignant ;

- prise anarchique du traitement prescrit ;

- arrêt intempestif du traitement prescrit.

On peut ajouter encore, comme le considère Cramer, que : « la moitié des informations orales données au patient lors d'une consultation est oubliée lorsque le patient a quitté le cabinet, l'information pour être retenue, continue et devenir opératoire ne saurait se concevoir que renouvelée, sinon continue ». Ainsi, l'infirmier a un rôle essentiel dans l'explication de l'information et devient le lien privilégié et continu entre le médecin et le patient. L'objectif général de l'information du patient serait de faire de lui un partenaire désormais actif dans la gestion, la responsabilité vis-à-vis de sa pathologie et de son traitement.

Il faut aussi rappeler les conséquences qu'engendrent les rechutes aussi bien à court terme qu'à long terme. En effet, elles entraînent le plus souvent une hospitalisation, mais provoquent aussi une altération du fonctionnement psychosocial du patient et leurs effets néfastes peuvent se faire ressentir pendant 18 mois et plus, entraînant ainsi une augmentation des posologies de neuroleptiques, ceci entraînant un coût non négligeable des dépenses.

Ainsi, le rôle infirmier repose donc sur le dialogue, sur la construction d'un projet commun et sur l'évaluation des capacités du patient. Il s'agit de passer d'une démarche curative à une démarche basée sur l'écoute, la négociation avec le patient et le partage des responsabilités, ceci rentrant dans le cadre du soin relationnel que définit Jacques Salomé, fondateur de l'Association Française de Psychologie Humaniste, comme étant « *un ensemble de gestes, de paroles, d'attitudes, d'actes et de propositions relationnelles tant dans le domaine du réel, que de l'imaginaire ou du symbolique pour permettre au malade de se relier :*

- à sa maladie ou à ses dysfonctionnements ;

- à son traitement ;

- à son entourage ;

- à lui-même ; »

Il s'agit donc plus d'un état d'esprit, savoir mettre des gestes et des mots sur les choses pour mieux les comprendre et moins les appréhender. L'observation, l'écoute de l'autre et de soi permettent ce travail. Il faut ainsi aider le patient à la recherche de l'autonomie tout en créant une proximité, une position plus de « côte à côte » que de supériorité par rapport à notre statut de soignant.

En d'autres termes, la relation soignant soigné apparaît comme la clé de voûte de l'observance du patient.

2. 6 Question de départ.

Tout ce cheminement m'amène donc à reformuler ma question de départ et ainsi à la réajuster dans ce sens :

« Quelle influence peut avoir l'infirmier en santé mentale dans l'évitement des rechutes et dans l'adhésion à l'alliance thérapeutique chez les patients psychotiques ? ».

3. PROBLEMATIQUE THEORIQUE.

Le champ théorique de référence de ce travail de fin d'étude s'articule autour de la profession d'infirmier, de la notion de patient, du rapport qui se détache entre ces deux protagonistes œuvrant tous deux dans un contexte éducatif ayant comme finalité commune celle de l'assiduité au traitement et l'autonomie, le tout dans un climat pathologique complexe qu'est celui de la psychose.

De ce cadre théorique se dégagent chronologiquement plusieurs concepts : En premier lieu celui de la **relation soignant soigné** avec les définitions des deux acteurs et les différents rapports qui s'y détachent telle que la relation d'aide, la relation d'aide thérapeutique, les notions de « transfert » et de « contre transfert ». Ce rapport humain rentre ici dans un cadre éducationnel et plus particulièrement dans le sens de **l'éducation du patient** s'ajoutant ceans comme un autre concept regroupant ainsi plusieurs sous-concepts qui sont ceux de la relation éducative, l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et enfin l'éducation thérapeutique du patient.

Comme toute éducation, celle du patient tend à une finalité qui est la recherche de **l'autonomie**, cette nouvelle notion entrant ainsi dans le cadre conceptuel.

Enfin, dans le cadre de cette initiation à la recherche, l'idée d'autonomie se dirige vers un objectif final qui est celui de l'assiduité au traitement et donc de **l'observance**.

3. 1 Relation soignant soigné.

Avant de développer le concept de relation soignant soigné, il conviendra de définir les deux acteurs concernés.

3. 1. 1 Le soignant.

Etymologiquement et d'après Le Robert dictionnaire historique de la langue française, le verbe soigner vient du latin *soniare* qui signifie « prendre soin », « s'occuper de ». Dans le petit Larousse, un soignant est une personne qui donne des soins nécessaires à la guérison de quelqu'un. Aussi et toujours d'après Le Robert les soins sont les actes et pratiques par lesquels on conserve ou on rétablit un état de santé. Ainsi les infirmiers et au même titre les autres professions de santé telles que les médecins, les aides-soignants, les kinésithérapeutes ..., rentrent dans le cadre de soignants. En ce qui concerne la profession infirmière, elle est régie par le décret 2004-802 du 29/07/04 relatif à la profession d'infirmier comme nous l'avons cité précédemment.

3. 1. 2 Le soigné.

Elle est la personne à qui le soignant procure les soins et est plus communément appelé patient. L'origine du mot patient vient du latin *patiens* signifiant « endurent, qui supporte » il s'est substantivé pour désigner spécialement et couramment le malade par rapport au soignant. Il est donc l'individu dont s'occupe le soignant et son statut est régi et protégé par la charte du patient hospitalisé.

Ces deux protagonistes restent avant tout des êtres humains qui s'inscrivent tous deux sous la protection de la Déclaration Universelle des Droits de L'Homme. Les patients mais aussi les soignants sont des hommes avec leur personnalité, leurs émotions, leurs qualités, leurs défauts, leurs cultures et leurs différences impliquant ainsi l'unicité de chacun et les difficultés qui peuvent résulter de la relation entre les individus. Ce caractère unique explique que les soins sont individualisés.

3. 1. 3 La relation.

Se mot vient du latin *relatio* signifiant « rapport, lien entre deux choses ». La relation soignant soigné est donc l'ensemble des liens, des rapports qui interagissent entre la personne malade et la personne qui la soigne. Pour entrer en relation il est nécessaire d'avoir une motivation et plus communément dans le secteur de la santé et dans la relation soignant soigné cette intention est généralement accès vers la demande de soins. Le moment semble opportun pour resituer le contexte pathologique du patient psychotique. Les troubles

psychotiques se traduisent par des idées délirantes et des hallucinations prononcées dont la personne ne reconnaît pas le caractère pathologique. La motivation de soin est donc souvent absente et le fondement de la relation pose donc fréquemment problème.

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers la relation soignant soigné nécessite trois attitudes pour le professionnel de santé :

- l'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur, tel qu'il est, avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments.
- l'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu.
- une disponibilité du soignant est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée.

Dans le cadre des psychoses, la difficulté du travail infirmier réside dans la représentation que l'on se fait du patient psychotique. Le caractère délirant de cette pathologie amène souvent une crainte consciente ou non dans la relation, justifiée par la différence de monde qui sépare l'aidant et le patient, l'un comme l'autre voulant ramener le différent à sa réalité. Le jugement de valeur est donc prédisposé mais à occulter.

3. 1. 4 Les différentes étapes de la relation soignant soigné.

Beaucoup d'écrits sont recensés sur le sujet de la relation soignant soigné et tous les auteurs conviennent qu'il existe différentes étapes pour entrer dans une relation entre le patient et le professionnel de santé.

3. 1. 4. 1 La relation sociale de civilité.

D'après Louis Malabeuf l'essence même de cette relation naît d'un rapport simple qu'il appelle la relation sociale de civilité commune à toutes relations interpersonnelles et s'intégrant dans le cadre des relations humaines proprement dite. L'échange est cordial, les deux acteurs se rencontrent et apprennent à se connaître, c'est le moment où la sociabilité de chacun interagit. Les propos sont généralement sans intérêts et restent banals, on parle de tout et de rien. C'est lors de ce premier contact que les bases d'une relation perdurent et permettent de créer un climat de confiance dès l'accueil du patient.

. Le caractère anosognosique de ces patients rend souvent difficile le premier contact avec le personnel soignant puisque le patient psychotique n'a pas conscience de sa pathologie. L'accent doit donc être mis sur la difficulté d'instaurer une relation de confiance, fréquemment potentialisée par le mode

d'hospitalisation souvent sous contrainte aux vues de la nature des troubles psychotiques.

3. 1. 4. 2 La relation fonctionnelle.

Malabeuf décrit ensuite une deuxième relation dite fonctionnelle « *elle participe d'un but avoué et a une fonction précise, celle de permettre une connaissance effective du patient dans un domaine spécifique. « ... », les centres d'intérêts du soignant sont la pathologie et ses signes, les habitudes de vie, les données familiales et socio-professionnelles* » (MALABEUF L. La relation soignant soigné du discours au passage à l'acte, dans *Soins, formation, pédagogie* n°4 1992 p.5). C'est donc l'enquête que doit faire le soignant pour retirer des informations utiles à sa prise en charge. En santé mentale et plus précisément avec les patients psychotiques ce type de relation est primordiale afin de faire un recueil de donnée complet du patient, l'observation étant le maître mot pour cerner l'importance des signes et son degré d'ancrage à la réalité. « *J'ai un peu peur de lui, de pénétrer ses pensées qui sont en lui, comme j'ai un peu peur des profondeurs qui sont en moi.* » (Carl ROGERS, Voici cette autre personne mon client)

3. 1. 4. 3 La relation d'aide.

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, la relation d'aide est une technique d'entretien utilisant l'empathie, la reformulation, les interventions verbales et non verbales, et visant à aider une personne à exprimer ses problèmes afin de retrouver en elle-même les ressources nécessaires pour améliorer sa situation. Elle est fondée sur le dialogue et l'écoute.

En théorie la relation d'aide demande une implication personnelle tant de la part de l'infirmière que de la part du patient. Pour Carl ROGERS, c'est un rapport dans lequel au moins un des deux partenaires cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement du vécu, la maturité, un meilleur fonctionnement et une meilleure disponibilité à affronter la vie, l'intervention étant basée sur la personne elle-même et non pas sur son problème de santé, « *la relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* » (Carl ROGERS, 1996, page 33). Dans le cadre de cette initiation à la recherche, la finalité d'une relation d'aide chez des patients psychotiques serait d'essayer de redonner des repères à la réalité afin que la personne puisse communiquer en dehors d'un cadre délirant pour que celle-ci arrive à vivre avec sa pathologie chronique, à améliorer sa prise en charge allant vers une resocialisation et un retour vers l'autonomie. Cette relation peut être utilisée pendant des soins dits de « tous les jours » et sera nommée relation informelle, ou alors lors d'un entretien à un moment bien précis convenu avec le patient et dans ce cas la relation sera dite formelle.

Au cours de ces entretiens, la relation d'aide implique différentes attitudes de la part du soignant afin que cette dernière soit de qualité et bénéfique :

- elle nécessite une écoute dite active du soignant, réclame une concentration sur le discours afin d'absorber ce que l'on entend, d'établir des liens avec la pathologie du patient, d'analyser le message que le patient veut faire passer pour en tirer des informations utiles. Il ne suffit donc pas d'entendre les mots mais de savoir ce que le patient a voulu faire passer comme message.
- elle demande de l'empathie qui d'après le dictionnaire Larousse signifie la « *faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent* ». Etymologiquement empathie vient de *en* qui signifie dedans et du grec *pathos* qui veut dire « ce qu'on éprouve ». Faire preuve d'empathie désigne donc la capacité de se mettre à la place du patient afin de savoir ce qu'il éprouve. C'est rentrer dans le monde personnel et intérieur de l'autre, vivre temporairement la vie de l'autre. Imaginons la difficulté et le caractère effrayant de rentrer dans le monde délirant d'un patient psychotique, le tout sans tomber dans le jugement de valeur et arbitré par la composante théorique universelle en psychiatrie de ne pas « tomber » dans le délire du patient.
- faire preuve de congruence ou d'authenticité : étymologiquement le mot congruence vient de l'adjectif congru venant lui-même du latin *congruus* signifiant « conforme, convenable, juste, correct ». Faire preuve de congruence désigne donc abstraitement « être d'accord, convenir ». Plus concrètement cela qualifie la concordance entre les messages transmis et la manière de les transmettre renforçant ainsi la confiance entre les deux interlocuteurs. Le soignant doit être lui-même en laissant de côté son image professionnelle, c'est un caractère plus comportemental que verbal. C'est un attribut important dans la relation d'aide mais difficile à réaliser d'autant plus dans la relation avec le psychotique, laisser paraître pleinement la sincérité de ses émotions n'étant déjà pas chose facile dans la relation à l' « autre » en générale.
- le soignant doit s'accepter soi-même : nous avons vu précédemment que dans toute relation il faut accepter l'autre comme il est. Afin d'être authentique et faire preuve de congruence, le soignant doit inconditionnellement avoir fait l'acceptation de soi, réglé du mieux que possible ses conflits internes, admis ce qu'il est en tant que personne mais aussi professionnellement parlant. Cette composante essentielle dans la relation d'aide paraît incontournable si l'on veut accepter l'autre. L'aidant doit donc faire un travail sur lui-même pour éviter de se faire emporter par ses propres émotions ou de subir les projections que peuvent nous faire ressentir les patients. S'accepter soi-même est donc une sorte de moyen de défense envers l'irréalité du monde psychotique. C'est aussi et principalement connaître ses limites afin de ne pas les dépasser et ainsi ne pas s'exposer à un éventuel danger.

- après s'être accepté en tant que tel, l'infirmier doit accepter l'autre comme personne, comme patient, autoriser ses croyances mais aussi croire en l'autre. Croire en la personne que l'on soigne, garder l'espoir d'une évolution positive même au décours de rechutes de pathologies psychotiques s'intégrant plus que jamais dans la chronicité. Eviter le « *burn-out* » des soignants, la résignation des aidants étant souvent rencontrée au décours des pathologies au long cours.
- La neutralité doit être de mise : le non jugement surtout dans les psychoses n'est pas chose facile. La complexité et la différence entre les réalités, les délires, la violence souvent présente dans ce genre de pathologie ne doivent pas altérer l'impartialité du soignant.
- accessibilité et disponibilité : l'infirmier doit être prêt à communiquer ses idées quand le patient le lui demande. Le partage des opinions confortant ainsi la confiance tant recherchée dans la relation et surtout chez le patient psychotique. Le choix du lieu où l'échange va se dérouler a une grande importance, l'endroit doit être calme et serein pour le patient. Chez le patient psychotique le lieu peut être chargé de symbolique et peut être utilisé comme un ancrage dans la réalité.

3. 1. 4. 4 La relation d'aide thérapeutique.

La dernière étape de la relation soignant soigné est la relation d'aide thérapeutique. Elle est définie comme la capacité de « *percevoir une demande d'aide venant du patient et d'analyser la situation de soin. Une communication s'établit avec le patient afin de l'aider à prendre conscience de ses difficultés et favoriser leur résolution* ». (A.-F. PAUCHET-TRAVERSAT, E. BESNIER, A.-M. BONNERY, C. GABA-LEROY, 2002, page 561). La relation d'aide thérapeutique est un acte de soins relevant du rôle propre de l'infirmier. C'est en fait l'articulation de toutes les composantes de la relation d'aide précédemment vues et s'inscrivant dans un projet thérapeutique établi en équipe, et ayant pour but de conduire le patient à apercevoir des procédés efficaces pour faire face à un problème et l'amener à essayer de nouveaux comportements qui, dans le cadre de ce travail serait l'observance médicamenteuse. Par le biais de ce soin, le patient serait aussi capable de reconnaître les premiers signes énonciateurs de rechutes et à y faire face pour les prévenir. Ce type de relation ne vient pas tout de suite, il faut avant tout avoir instauré un climat de confiance avec le patient en ayant pratiqué les différentes étapes de la relation soignant soigné comme nous l'avons vu plus haut. Cette technique est d'autant plus difficile à mettre en place chez le patient psychotique car nous sommes en face de personnes qui nous bousculent au plus profond de nous.

3. 1. 5 Transfert et contre-transfert.

Après avoir globalement identifié la relation soignant soigné, il paraît utile d'expliquer maintenant les notions de transfert et de contre-transfert. D'une manière générale, le transfert s'observe quand le patient attribue inconsciemment au soignant une attitude qu'un membre de son entourage a eu avec lui et qui avait généré du bonheur, de la souffrance ou un manque. A l'inverse, le contre-transfert s'observe lorsque le soignant intègre inopportunistement le transfert et répond à celui-ci au risque qu'il réagisse personnellement par rapport à son propre vécu ne laissant ainsi plus de place à sa neutralité. Le contre-transfert est donc une composante à fortement éviter dans la relation soignant soigné. Le transfert est né de la théorie freudienne et tient donc une place non négligeable lorsque l'on s'intéresse aux pathologies névrotiques. Mais le transfert est aussi présent dans les psychoses et devient tout aussi captivant quand on le considère comme un outil. En effet, pourquoi le soignant n'utiliserait-il pas le transfert comme une accroche à la réalité tant recherchée chez les patients psychotiques ? Cette notion laisse place à une interrogation pertinente mais entrant dans une dynamique de résolution de problème ne s'intégrant pas dans le cadre de cette modeste recherche. Le transfert dans la relation avec le psychotique peut laisser la porte ouverte à un danger potentiel pour le soignant si la projection a un caractère négatif. Pour résumer, le transfert et le contre-transfert sont deux composantes à prendre en compte dans la relation soignant soigné avec le psychotique.

En faisant l'analyse de ce que peut être la relation soignant soigné avec un patient atteint de psychose, on remarque que le professionnel qui entre en contact avec le psychotique rejoint une situation complexe et délicate. Le patient s'est créé un monde bien à lui où l'expression et les symboles ont une signification qui lui est propre. Ce fait étant, le soignant montre souvent des difficultés de compréhension face au message que lui fait passer le patient auquel il faut ajouter l'interrogation sur l'accueil que l'infirmier peut avoir dans son monde à lui. L'infirmier doit se contenter d'avancer cahin-caha vers un climat de confiance sans dépasser des limites ce qui pourrait nuire aussi bien à l'un comme à l'autre, la difficulté résidant à trouver un terrain d'entente, terrain où pourrait se retrouver les deux protagonistes et point de départ d'une avancée commune vers une prise de conscience des troubles et l'adoption de nouveaux comportements par le biais d'une information et d'une ébauche d'éducation du patient face à sa maladie.

3. 2 L'éducation du patient.

En latin deux verbes définissent l'acte éducatif : « educare » qui signifie élever, nourrir, évoquant un caractère exogène où l'éducation repose sur des apports extérieurs à l'individu. L'autre verbe est « educere » qui désigne conduire hors, faire sortir rappelant ici une particularité endogène où l'éducation consiste à éveiller les possibilités intrinsèques de la personne. Dans le petit Larousse, éduquer consiste en former l'esprit de quelqu'un, d'instruire mais aussi une manière de comprendre, de dispenser, de mettre en œuvre cette formation.

D'après le dictionnaire de psychologie, elle est l'art de développer les qualités morales, intellectuelles, artistiques et psychologiques qu'un individu possède à l'état potentiel, elle ne vise pas à modifier la nature de la personne mais à l'aider à se développer harmonieusement dans son milieu. Elle a aussi comme finalité profonde l'essor de son sens de l'autonomie.

Après toutes ces définitions, on voit bien que l'éducation est un échange entre deux partenaires qui entre en contact ce qui nous amène à traiter de la relation éducative.

3. 2. 1 La relation éducative.

D'après Marcel POSTIC, la relation éducative est « *l'ensemble des rapports sociaux qui s'établissent entre l'éducateur et ceux qu'il éduque, pour aller vers des objectifs éducatifs, dans une structure institutionnelle donnée, rapports qui possèdent des caractéristiques cognitives et affectives identifiables, qui ont un déroulement et vivent une histoire* ». (POSTIC M.,1979, pages 21, 22). Nous voyons donc ici que la relation éducative prend un caractère humain et social ce qui nous amène à penser qu'elle est unique de part la singularité des deux acteurs. Il n'existe donc pas de solution miracle pour résoudre un problème relationnel dans l'éducation. En outre, il faut, et comme nous le fait paraître Postic, des objectifs communs. Il laisse entendre aussi une évolution et un cheminement ce qui nous ramène à penser que la démarche d'éducation ne reste pas figée et change au fil des contacts, en prenant en compte les besoins de l'apprenant et ses acquisitions. Ainsi la relation éducative est un échange d'informations entre deux partenaires ayant des objectifs communs. De ce fait, il paraît compliqué de prétendre à une relation éducative si le patient ne s'accepte pas en tant que tel et continue à nier l'existence de ses troubles. Pour aspirer à une action éducative digne de ce nom, il devient nécessaire que le patient psychotique s'admette comme souffrant. Nous revenons donc au chapitre relationnel que nous avons décrit précédemment et qui montre l'importance d'une relation soignant soigné de qualité pour l'ébauche d'une démarche éducative.

3. 2. 2 L'éducation pour la santé.

« *L'éducation pour la santé regroupe l'ensemble des interventions éducatives (information, communication, sensibilisation, etc.) permettant aux personnes d'acquérir les compétences pour des changements. Elle vise non seulement à modifier les comportements source de problèmes de santé, mais aussi à favoriser la prise de responsabilité individuelle...* (M.-P. POMEY, J.-P. POUILLIER, B. LEJEUNE, 2000, page 238). On voit par cette définition que l'éducation pour la santé entre dans le cadre de la promotion de la santé. On y retrouve encore l'aspect de changement que l'on a déjà vu plus haut. Dans le cadre de ce travail de fin d'étude, le changement de comportement apparaît dans

la prise de conscience de la maladie et la nécessité du patient psychotique d'adhérer à l'observance de son traitement afin qu'il puisse s'intégrer dans un processus de resocialisation et de guérison. En évitant ainsi les rechutes, le sujet de cette recherche s'inscrit elle aussi dans le cadre de la santé publique. Mais l'éducation pour la santé reste un concept assez vague et abstrait quant aux méthodes utilisées pour la réalisation d'un acte éducatif chez le patient psychotique.

3. 2. 3 L'éducation du patient à sa maladie.

Ce terme devient plus précis et laisse apparaître la notion d'échange et de relation. Cette éducation « *s'intéresse à la maladie, au traitement, à la prévention des complications et rechutes et aux comportements liés à l'existence de cette maladie, y compris sur l'impact possible sur les aspects non médicaux de la vie.* » (Dr P. BUTTET, 2002, page 42). Elle laisse entendre une prise en charge globale et individualisée de l'éducation du patient et semble ouverte au caractère de resocialisation qu'elle peut amener. Cette définition semble partie intégrante de cette recherche en ciblant ainsi les difficultés comportementales inhérentes à la pathologie psychotique.

3. 2. 4 L'éducation thérapeutique du patient.

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu qui fait partie intégrante des soins médicaux. La formation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage du traitement, le support psychosocial, tous liés à la maladie et au traitement. Elle permet aux patients d'acquérir des compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Délivrer des informations sur le traitement à un patient psychotique ne semble pas chose facile. L'objectif principal de l'éducation thérapeutique chez un patient psychotique est de lui transmettre un savoir (sur sa maladie, sur son traitement) afin qu'il puisse acquérir des compétences et un savoir faire avec sa maladie et comme finalité une maîtrise des événements, un savoir être face à cette pathologie, en d'autres termes, un savoir vivre avec sa maladie. Cette démarche doit être menée avec le souci de toujours considérer le patient comme un acteur de sa maladie, en adaptant les informations délivrées en fonction de son niveau de compréhension, le tout en manifestant de l'empathie, de la congruence et de toujours garder ce sentiment d'écoute si cher à la conservation d'une relation soignant soigné de qualité et au maintien d'un climat de confiance.

Une dimension non négligeable reste à prendre en compte dans l'éducation du patient, celle de son entourage. N'est-il pas un partenaire de choix concernant l'évitement des rechutes chez le patient psychotique ? L'implication de l'entourage (famille, amis...) dans la prise en charge d'une personne atteinte de psychose est d'une importance considérable. Les psychoses sont une source de souffrance

pour le malade mais aussi pour sa famille. Concrètement, un entourage bien informé sur la maladie et ses différents symptômes peut contribuer à une meilleure acceptation de la pathologie, à encourager le patient à accepter et suivre son traitement et apprendre à reconnaître les signes annonciateurs de rechutes. Ainsi l'alliance thérapeutique passe aussi par la famille du patient.

Comme nous l'avons vu, le concept d'éducation a pour finalité d'amener le patient à l'autonomie. Comme nous allons en faire l'approche, cette dernière tendra plus vers le contexte de l'autonomie envers le traitement et ainsi en lien avec l'évitement des rechutes.

3. 3 Le concept d'autonomie.

Le mot autonomie vient de l'adjectif autonome venant lui-même du grec « *autonomos* » signifiant *qui est régi par ses propres lois*. Si l'on prend la définition du dictionnaire Larousse, l'autonomie est définie comme « *la possibilité de décider, pour un organisme, un individu, sans en référer à un pouvoir central, à une hiérarchie, une autorité.* » Pour se resituer dans le contexte du traitement, l'éducation thérapeutique du patient a pour but que le malade gère ses prescriptions au quotidien, sans qu'une « autorité » soit présente pour l'en lui rappeler. C'est-à-dire prendre son traitement comme le médecin l'a prescrit, mais aussi en connaître l'utilité, les effets secondaires et les risques qui peuvent découler de l'arrêt de ce dernier. Ainsi une bonne gestion du psychotique face à son traitement passe inévitablement par une démarche éducative élaborée d'abord en institution et poursuivie et approfondie en secteur extra-hospitalier par un accompagnement quotidien. Le concept d'autonomie par rapport au traitement paraît donc indissociable de celui d'observance.

3. 4 L'observance.

3. 4. 1 Définition de l'observance.

A l'origine, le terme d'observance provient du vocabulaire religieux et correspond à l'action d'observer, de pratiquer une règle. Aujourd'hui, il se rapporte au respect des prescriptions et leurs applications. C'est en quelque sorte le degré de capacité du patient d'adhérer à son traitement. Les psychotropes sont les médicaments généralement utilisés dans les affections psychotiques. Ils permettent d'une part le traitement de l'accès aigu et d'autre part la prévention des

rechutes et doivent être maintenus au long cours. Les enjeux de l'observance médicamenteuse sont considérables. Au niveau du patient, elle entraîne une meilleure stabilisation, moins d'hospitalisations et des rechutes plus rares. Ces éléments concourent ainsi à améliorer la qualité de vie du patient et une meilleure insertion sociale.

Mais l'observance ne se cantonne pas qu'à son aspect médicamenteux. Elle apparaît aussi dans une composante hygiéno-diététique et en terme de suivi médical. L'observation des règles hygiéno-diététiques est un complément majeur de la prise en charge des pathologies psychotiques. Par exemple une consommation d'alcool ou de drogue chez un patient sous neuroleptiques peut avoir des conséquences désastreuses et conduire le malade dans un épisode de rechute. Il ne suffit donc pas de l'informer uniquement sur les molécules qu'il ingère et leurs effets secondaires, il convient aussi de lui apprendre des règles d'hygiène à respecter afin d'éviter les accidents et les rechutes. En ce qui concerne le suivi médical, l'observance prend aussi un aspect non négligeable ; elle englobe la capacité du patient à se rendre régulièrement aux rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement. Cette dernière ne peut être évaluée qu'en secteur extra-hospitalier et peut être un bon indicateur quant à l'observance du traitement et de l'hygiène de vie. Il convient donc d'informer et d'expliquer au patient la nécessité d'avoir un suivi médical régulier.

3. 4. 2 Définition de la non-observance.

Après avoir définie le concept d'observance, voyons ensemble son contraire : la non-observance. On peut la définir comme « *la résistance plus ou moins marquée, exprimée ou non vis-à-vis du traitement prescrit, entraînant soit des prises irrégulières, soit l'abandon de tout traitement.* » (FRIARD D., LEYRELOUP A.-M., LOUESDON J., RAJABLAT M., STOLZ G., WINDISH M., 1994, page 180). La non-observance signifie une esquive au traitement entraînant une augmentation de la morbidité et donc un coût pour la société. Des études américaines ont montré que la non-observance en psychiatrie concerne 50% des patients dont 11 à 80% de schizophrènes traités par neuroleptiques sont non observants. Dans la maladie psychotique, le traitement n'apparaît pas, aux yeux du patient, comme vraiment nécessaire ou efficace de part la nature de ses troubles. L'infirmier a donc ici un rôle important d'information vis-à-vis de la maladie et du traitement, et un rôle éducatif pour une meilleure observance. La non-observance du traitement est actuellement considérée comme un problème de soins infirmiers puisqu'elle en a suscité l'élaboration d'un diagnostic infirmier. La définition en est « *comportement de la personne ou de l'aidant naturel non en accord avec le programme de traitement ou de promotion de la santé, convenu entre la personne (ou la famille ou la collectivité) et le professionnel de santé. En présence d'un accord mutuel, le comportement de la personne ou de l'aidant naturel peut être partiellement conforme ou non conforme au programme et peut compromettre les résultats cliniques escomptés.* » (PASCAL A. FRECON VALENTIN E., 2003, page 263). Après cette explication, on remarque bien que le diagnostic de non-observance ne doit se poser que si il y a eu une mise en commun, un accord mutuel entre les deux partenaires issu d'une démarche

éducative. La notion d'observance apparaît donc comme indissociable de celle d'éducation.

3. 4. 3 Facteurs influençant l'observance.

Les concepts d'observance et de non-observance ainsi posés, il faut nous attacher maintenant aux facteurs influençant l'observance. Ils sont multiples et complexes et peuvent être identifiés au nombre de trois. On les différencie entre les facteurs liés au patient de ceux liés à l'équipe soignante et de ceux liés au traitement.

Les facteurs liés au patient : on classe dans cette catégorie tous les facteurs individuels du patient. Il en ressort le vécu de la maladie, l'acceptation ou non de sa pathologie, les influences sociales qu'il peut avoir, ses motivations par rapport aux soins, ses aptitudes cognitives et les rapports avec son entourage.

Les facteurs liés à l'équipe soignante sont plus de l'ordre de la qualité de la prise en charge du patient, de la relation soignant soigné et de l'éducation du patient, placer le patient dans une notion de partenariat en l'impliquant activement dans sa prise en charge thérapeutique.

Les facteurs liés au traitement lui-même, avec la présence d'effets secondaires lourds handicapant souvent le quotidien des patients les poussant parfois à arrêter leur traitement. Le nombre élevé de prises peut être aussi un facteur influençant l'observance.

L'infirmier se doit donc d'évaluer tous ces critères afin qu'il puisse remédier au mieux le problème d'observance chez les patients psychotiques.

En faisant l'analyse de ce cadre conceptuel, il en ressort qu'en phase aigüe de psychose, l'opposition du patient est de règle et en lien avec le déni de ses troubles. La prise en charge thérapeutique oblige à l'équipe soignante un accompagnement qui permette au malade d'accepter un cadre institutionnel et une maladie à laquelle bien souvent il renonce. Ainsi le soignant adoptera des attitudes spécifiques qui serviront à instaurer un climat de confiance allant dans l'optique d'une alliance thérapeutique, en considérant le patient comme un partenaire et un acteur dans sa maladie. Une prescription au long cours de neuroleptiques doit s'accompagner d'un travail sur l'observance médicamenteuse. La qualité de l'observance s'appuie sur l'alliance thérapeutique et sur l'éducation du patient. Ainsi, à ce stade de la prise en charge, le travail infirmier ne repose plus seulement sur le contrôle de la prise du traitement mais sur les échanges mis en place avec le malade autour de son traitement. C'est alors la qualité de la relation soignant soigné qui devient déterminante. Elle doit conjuguer écoute, disponibilité, empathie, congruence, neutralité et confiance.

4. CHOIX DE LA METHODE DE RECHERCHE.

Le profil de ce travail de fin d'études tendant plus vers une approche relationnelle des soins infirmiers, le choix de la méthode de recherche se dirigerait donc vers un versant **qualitatif** des soins et donc vers une méthode exploratoire, orientant ainsi cet écrit vers une question de recherche plus qu'une hypothèse.

5. QUESTION DE RECHERCHE.

« Dans quelle mesure la relation soignant soigné conduit-elle à l'éducation et donc à l'observance chez le patient psychotique ? ».

6. ELEMENTS DU DISPOSITIF DE RECHERCHE.

6. 1 Objectif de recherche.

Il s'agit ici de repérer le ou les rapports entre la relation soignant soigné et l'observance du traitement chez les patients psychotiques ainsi qu'en déterminer les facteurs influençant.

L'intention de cette recherche est donc d'identifier une certaine dépendance de l'approche relationnelle du soignant et du patient sur l'éducation et l'observance dans le cadre de la psychose.

6. 2 Recueil de donnée.

Afin de rassembler les renseignements nécessaires à cette recherche, il nous faut cibler l'échantillon qu'elle intéresse et trouver l'outil essentiel à cette prospection.

6. 2. 1 Population concernée.

Face à la difficulté de prendre en compte les avis des patients psychotiques compte tenu de leur pathologie et en raison de la spécialité de cette étude, il conviendrait de viser cette recherche sur le personnel soignant impliqué dans la problématique. En effet les infirmiers diplômés d'état évoluant en service de psychiatrie paraîtraient l'échantillon de prédilection de cette recherche.

Afin de cibler et de d'exprimer au mieux les résultats escomptés, il serait souhaitable d'effectuer ce travail auprès de professionnels œuvrant en institution

mais aussi avec des soignants travaillant en secteur extra-hospitalier. Le choix de ces deux populations peut avoir son importance et amener une distinction pouvant faire l'objet d'une ouverture sur une futur problématique, ne laissant ainsi pas cette étude figée en la tournant vers un autre sujet de recherche.

6. 2. 2 Outils de collecte de données.

Cette recherche s'axant plus vers un rapport relationnel et humain, il semblerait pertinent de choisir un entretien comme outil de collecte de données. En effet, vu la difficulté de faire entrer dans des cases les aspects relationnels naissant d'une rencontre entre les soignants et les patients, un entretien semi-directif peut être approprié. Cette interview vise le recueil d'informations contenues dans l'expérience au quotidien des infirmiers exerçant en santé mentale, il renseigne sur les perceptions de ces derniers quant au sujet concerné.

6. 2. 3 Guide d'entretien ; recueil de données. (cf. annexe VI)

Question n°1 : Pour vous quels sont les critères d'une relation soignant soigné de qualité concernant les sujets psychotiques ?

Objectif : Connaître les critères de qualité de la relation soignant soigné utiles à la prise en charge des patients atteints de pathologie psychotiques.

Question n°2 : A votre avis, quels sont les buts d'une relation soignant soigné de qualité ?

Objectif : Repérer les objectifs d'une relation soignant soigné de qualité ainsi qu'en connaître les finalités.

Question n°3 : Quelles attitudes relationnelles adoptez-vous lors d'échange d'informations avec les patients psychotiques ?

Objectif : Reconnaître les différentes approches relationnelles utiles à la transmission d'informations avec les patients psychotiques.

Question n°4 : Lors d'une démarche éducative auprès d'un patient psychotique, quels sujets abordez-vous et à quels fins ?

Objectif : Repérer les thèmes abordés lors d'une prise en charge éducative auprès du patient psychotique et connaître les objectifs finaux en lien avec chaque sujet approchés.

Question n°5 : Quelles sont les conséquences à long terme d'une observance sur la maladie psychotique ?

Objectif : Déterminer dans le temps les effets de l'observance sur la pathologie psychotique.

6. 3 Analyse des données.

Afin de faire l'analyse des données, une grille d'analyse de contenu semble être l'outil le plus adapté. Cette grille s'articule autour des réponses attendues et en fonction des objectifs de l'entretien. L'analyse de données portera donc sur l'identification des éléments de qualité de la relation soignant soigné, sur les éléments permettant de mettre en lien la relation soignant soigné, l'éducation et l'amélioration de l'observance des patients psychotiques.

Thèmes	Questions	Objectifs	Items attendus
---------------	------------------	------------------	-----------------------

<p>Relation soignant soigné</p>	<p>: Pour vous quels sont les critères d'une relation soignant soigné de qualité concernant les sujets psychotiques ?</p>	<p>Connaître les critères de qualité de la relation soignant soigné utiles à la prise en charge des patients atteints de pathologie psychotiques.</p>	<p>Relation d'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de jugement de valeur = neutralité ; - objectivité afin d'éviter une déformation des données ; - disponibilité, accessibilité - instaurer un climat de confiance ; - empathie ; - congruence et authenticité - acceptation de soi ; - acceptation de l'autre ; <p>Relation d'aide thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - demande d'aide du patient ; - projet thérapeutique établi en équipe ; - alliance thérapeutique ; - partenariat ; <p>Transfert et contre transfert :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestion des mécanismes de transfert et de contre transfert ; <p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - amabilité, civisme ;
<p>Relation soignant</p>			<p>Par rapport à la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accroche à la réalité ;

<p>Education du patient</p>	<p>3 : Quelles attitudes relationnelles adoptez-vous lors d'échange d'informations avec les patients psychotiques ?</p>	<p>Reconnaître les différentes approches relationnelles utiles à la transmission d'informations avec les patients psychotiques.</p>	<p>Relation d'aide :</p> <ul style="list-style-type: none"> - écoute ; - discours adapté <p>Relation d'aide thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - échange d'informations ; - communication des objectifs communs ; - alliance thérapeutique ; - considérer le patient comme un acteur ; <p>Autres :</p>
<p>Education du patient</p>	<p>4: Lors d'une démarche éducative auprès d'un patient psychotique, quels sujets abordez-vous et à quels fins ?</p>	<p>Repérer les thèmes abordés lors d'une prise en charge éducative auprès du patient psychotique et connaître les objectifs finaux en lien avec chaque sujet abordés.</p>	<p>A propos de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - signes de la maladie ; - mécanismes de la maladie ; - durée et chronicité ; - signes annonciateurs des rechutes ; - hygiène de vie ; <p>A propos du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intérêt du traitement ; - respect des prescriptions ; - effets secondaires ; - durée du traitement ; <p>Finalités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - transmission d'un savoir ; - acquérir des

<p>Observance</p>	<p>5 : Quelles sont les conséquences à long terme d'une observance sur la maladie psychotique ?</p>	<p>Déterminer dans le temps les effets de l'observance sur la pathologie psychotique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - prise de conscience de la chronicité de la maladie ; - apprendre à vivre avec la maladie ; - tendre vers l'autonomie ; - réinsertion sociale, familiale et professionnelle ; - éviter les rechutes ; - autres ;
--------------------------	--	---	--

7. CONCLUSION.

Ce travail de fin d'études m'a permis de mesurer l'importance des rechutes au décours des pathologies psychotiques et de situer le rôle infirmier par rapport à ces dernières. De plus, il m'a amené à traiter la relation soignant soigné comme un élément essentiel pour une prise en charge éducationnelle concernant l'observance du patient psychotique. La particularité des troubles psychotiques perturbe souvent le cheminement vers l'instauration d'un climat de confiance nécessaire à une relation soignant soigné de qualité. Ainsi l'éducation du patient psychotique en est d'autant plus compliquée. Au vue de ce parcours semé d'embûches, l'infirmier doit trouver les méthodes les plus adaptées afin d'arriver au résultat d'observance.

La prise en charge doit donc passer avant tout par une relation soignant soigné de qualité comportant tous les aspects que nous avons vu dans ce travail. La relation d'aide peut amener à instaurer un climat de confiance, la relation d'aide thérapeutique peut conduire à une sensibilisation au problème de santé du patient psychotique, pouvant promouvoir le rattachement à la réalité.

L'éducation du patient doit être globale et axée sur des thèmes divers qui sont l'information au sujet de la maladie et du traitement.

Cette éducation a pour but la transmission d'un savoir faire et d'un savoir être évoluant vers une autonomie face à la maladie chronique. Ainsi l'observance du traitement contribue à l'évitement des rechutes, et à la resocialisation socio-professionnelle tant attendue par les professionnels de santé.

Ce travail de fin d'étude met donc l'accent sur la difficulté d'entamer une démarche éducative concernant l'observance des traitements chez les patients psychotiques. De ce fait, l'infirmier doit aussi accepter l'échec et trouver d'autres moyens d'actions pour favoriser l'observance.

Tout au long de cette recherche, j'ai laissé de côté une donnée importante dans la prise en charge globale du patient. En effet, la place de la famille et de l'entourage du patient peut avoir son importance dans la gestion de la maladie et du traitement. L'utilité des programmes comme le PACT (Psychose – Aider – Comprendre – Traiter) n'est plus à confirmer, mais un travail de recherche s'axant plus sur la prise en charge des familles de patient psychotiques peut être intéressant et complémentaire à ce travail.