

Soigner hors des murs : la visite à domicile en psychiatrie.



Unité d'enseignement UE 3.4 S6 : Initiation à la
démarche de recherche

Date de rendu : 26.05.2026

Directeur de mémoire : Monsieur COLLET Bernard

Note aux lecteurs :

*« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou parti
sans l'accord de son auteur »*

Remerciements :

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie particulièrement mon directeur de mémoire, Monsieur Bernard Collet, pour sa bienveillance, sa disponibilité ainsi que son aide précieuse, notamment lors des moments d'incertitude rencontrés au cours de ce travail.

Je remercie ma famille pour leur amour, leurs mots justes et leur capacité à me rassurer et à m'aider à surmonter les moments de doute et de remise en question. Grâce à eux, j'ai pu avancer au cours de ces trois années malgré les difficultés.

Je remercie tout particulièrement mes frères, pour leur présence, leur écoute, leur soutien et leur réconfort sans faille. Ils ont été des repères essentiels durant ces trois années, merci de toujours avoir cru en moi et de m'avoir soutenue, quelles que soient les épreuves traversées.

Je remercie également mes amies pour leur présence, leur soutien et leurs encouragements constants tout au long de ces années.

Ce travail de fin d'études marque la fin de trois années intenses, exigeantes, mais profondément formatrices, tant sur le plan professionnel qu'humain. J'en ressors grandie, marquée par des rencontres qui ont donné du sens à ces années. Certaines de ces personnes sont aujourd'hui devenues de véritables amies, voire une famille, et se reconnaîtront sans avoir besoin d'être nommées. Elles ont été un réel pilier durant ces années et ont contribué à les rendre plus légères. Malgré les difficultés rencontrées, leur présence a fait de ces années une expérience positive, marquée par le plaisir de les retrouver chaque jour et de partager ensemble ces moments.

Merci, sincèrement.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Situation d'appel et questionnement	2
3	Questionnement.....	3
4	Question de départ.....	5
5	Cadre de référence.....	5
5.1	La schizophrénie	5
5.1.1	Historique et évolution des concepts.....	5
5.1.2	Le trépied schizophrénique et ses conséquences.....	9
5.1.3	La prise en charge du patient schizophrène.	12
5.2	Les visites à domicile	15
5.2.1	D'où viens la visite à domicile	17
5.2.2	Le rôle infirmier dans la visite à domicile.....	19
5.2.3	Bénéfices des visites à domicile et leurs limites.	22
6	Enquête exploratoire	23
6.1	Méthodes et outils	23
6.1.1	L'entretiens semi-directif	23
6.2	Population choisis	24
6.3	Lieu d'investigation.....	24
6.4	Guide d'entretiens	24
7	Réalisation des enquêtes.....	25
7.1	Réalisation de l'enquête : difficultés et limites	25
7.2	Analyse et interprétation des données	25
7.3	Résultat en tendance et question de recherche	42
8	Conclusion.....	46
9	Sitographie	48
10	Annexes	50

1 Introduction

En entrant en formation à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, les soins en psychiatrie ont rapidement suscité mon intérêt. Ce milieu de soin m'a toujours interpellée par son approche singulière, différente des autres disciplines, et par la place centrale et particulière qu'y occupe la relation soignant-soigné. J'avais déjà conscience que le soin en psychiatrie ne se limitait pas à des actes techniques, mais qu'il nécessitait une implication relationnelle importante.

Cependant, avant mes expériences de stage, je n'avais pas pleinement réalisé la complexité de cette relation ni de l'adaptation constante qu'elle exige. La confrontation à la réalité du terrain m'a permis de comprendre que le positionnement soignant peut varier considérablement d'un patient à un autre, que ce soit dans le soin en générale mais encore plus particulièrement en soins psychiatrique et cela en fonction de la pathologie, de l'état psychique et du mode de communication du patient. Certaines situations demandent une grande souplesse professionnelle, tandis que d'autres mettent le soignant face à des limites, notamment lorsque la relation semble difficile, voire impossible à instaurer.

La psychiatrie confronte ainsi le soignant à des prises en charge parfois déstabilisantes, où il est nécessaire de trouver un équilibre entre respect du patient, maintien du soin et posture professionnelle adaptée. Ces constats m'ont poussé à me questionner autour de la prise en charge de patients en psychiatrie et plus spécialement les patients atteints de schizophrénie, lorsque celle-ci s'accompagne d'un repli autistique important.

Ce qui a motivé mon choix a été mon intérêt pour les soins en psychiatrie et plus particulièrement les visites à domicile chez ce type de patients. De plus, la situation rencontrée a été un élément déclencheur dans ma réflexion concernant le sens des soins et des prises en charge existant pour les patients souffrant de schizophrénie et présentant des symptômes négatifs importants.

Ce thème s'est alors présenté à moi comme une évidence, animé par plusieurs questionnements autour de ces visites à domicile notamment sur leurs sens, leurs bénéfices et limites dans la prise en charge de patient souffrant de schizophrénie.

Afin de structurer ma réflexion, je présenterai dans un premier temps la situation qui m'a conduite à ce questionnement. Dans un second temps, j'exposerai ma question de départ. Je développerai ensuite mon cadre de référence qui porte sur la schizophrénie, ses aspects et son traitement afin de pouvoir mettre des bases sur cette pathologie et mieux la comprendre, enfin

ma deuxième partie portera sur la visite à domicile : ce qu'elle apporte et ses limites. Ensuite je développerais mon enquête exploratoire, en expliquant le type d'entretien choisi et comment je procéderaï à leurs analyses ainsi que ce que cette enquête m'a apporté, puis j'exposerais la problématique avant de conclure.

2 Situation d'appel et questionnement

Ma situation d'appel s'est déroulée lors de mes premières semaines de stage, au cours du semestre 3. Ce stage a été effectué au sein de l'équipe mobile de maintien à domicile, rattachée à un Centre Médico-Psychologique (CMP). Cette équipe, créée en 2021, est composée de quatre infirmiers. Elle a pour mission de se déplacer au domicile des patients afin de réaliser des entretiens, de les accompagner dans les actes de la vie quotidienne et dans leurs projets, mais surtout de maintenir leur équilibre psychique, prévenir les décompensations et ainsi éviter les hospitalisations.

La situation choisie concerne un patient âgé de 66 ans, vivant seul depuis le décès de ses parents. Il est suivi pour une schizophrénie paranoïde et vit dans un contexte d'incurie, malgré le passage hebdomadaire d'une aide-ménagère. Concernant son alimentation, il bénéficie d'un service de portage de repas. Il sort uniquement pour effectuer des courses en cas de besoin et pour récupérer son traitement en pharmacie.

Ce patient nécessite une injection retard de Clopixol toutes les deux semaines. Auparavant, cette injection était réalisée au CMP, mais depuis qu'il a cessé de s'y rendre, la réalisation du soin a été confiée à l'équipe mobile. Nous nous rendons donc à son domicile tous les quinze jours pour lui administrer ce traitement. C'est le patient lui-même qui va chercher son injection en pharmacie et la conserve à son domicile.

Le patient vivant dans un état d'incurie, le soin n'est pas réalisé dans des conditions optimales. De plus, il présente un repli autistique majeur : il ne s'engage pas dans la conversation, évite le contact visuel, adopte un comportement fuyant et accepte uniquement notre présence pour la réalisation de son injection, sans autre forme d'échange.

Dans la matinée du 24 septembre, nous nous rendons à son domicile afin de procéder à l'injection. À notre arrivée, le patient entrouvre la porte puis s'éloigne immédiatement, sans nous adresser la parole ni un regard. Surprise par cette attitude, nous entrons malgré tout dans le logement, où je constate l'état d'incurie dans lequel il vit. Il se précipite pour récupérer son

injection, la pose sur la table, puis se rend dans sa chambre afin d'attendre que nous préparions le traitement.

Son comportement m'interpelle fortement : il reste très fermé, ne prononce aucun mot et se contente de déposer son traitement avant de s'isoler dans sa chambre. Le domicile est dans un état insalubre et très sombre. Avant l'administration de l'injection, nous procédons à la prise de ses constantes afin de prévenir l'éventuelle apparition d'un syndrome malin des neuroleptiques et de vérifier qu'il est possible d'administrer le traitement.

J'observe ensuite l'infirmière préparer l'injection malgré l'état du domicile. Une fois l'injection prête, nous nous rendons dans la chambre du patient, qui se trouve dans le même état que le reste du logement. Malgré les tentatives de communication de l'équipe, le patient ne répond pas ou seulement de manière très brève, sans formuler de phrases complètes. Lorsqu'il nous aperçoit avec l'injection, il se lève du lit, se place face au mur et se dévêt afin que l'injection intramusculaire puisse être réalisée, toujours sans un mot ni un regard.

Une fois l'injection administrée, le patient se rhabille et attend que nous quittions le domicile avant de sortir de sa chambre. Après notre départ, il vérifie que nous avons bien jeté les emballages dans la poubelle située à l'extérieur de son logement.

Durant l'ensemble du temps passé à son domicile, le patient n'a manifesté aucun désir de communiquer ni d'entrer en relation. Cette situation m'a procuré un sentiment d'inconfort et de confusion : le patient accepte le soin, mais reste très peu, voire pas du tout, dans le lien. La relation soignant-soigné semblait inexistante malgré les tentatives répétées de l'équipe. À ses yeux, notre présence se limitait uniquement à l'administration de son traitement.

Suite à cette intervention, l'équipe m'a expliqué que cette situation était habituelle. Le patient ne souhaite pas échanger et, malgré les tentatives des soignants, ne fournit que des réponses très brèves. Il s'agit également de son souhait que les emballages du soin soient systématiquement jetés dans la poubelle située à l'extérieur de son domicile.

3 Questionnement

Cette situation m'a poussée à me questionner sur la prise en charge de patients présentant des troubles psychiques sévères, et plus particulièrement sur le sens de la visite à domicile concernant ce type de patient. Je n'avais encore jamais rencontré ce genre de situation et celle-ci m'a énormément perturbé. Je me suis alors intéressé à ce qui poussait le patient à réagir ainsi, quel aspect de sa pathologie faisait que la relation à l'autre, au monde extérieur était difficile

voir quasi impossible et comment est-ce que le soignant pouvait par le biais de la visite à domicile aider le patient à se réinscrire dans un tissu social.

La schizophrénie repose sur un trépied clinique comprenant le délire, la dissociation (touchant l'affectivité, la pensée et le comportement), et le repli autistique. Ces dimensions peuvent être présentes à des degrés variables selon les situations. Dans le cas présent, le repli autistique apparaît prédominant ; il peut être lié aussi bien à l'intensité du délire qu'au processus dissociatif. Finalement, ces différents aspects sont étroitement intriqués et se renforcent mutuellement. Mais alors qu'en est-il de l'influence du repli autistique sur la qualité de la relation soignant-patient chez les personnes atteintes de schizophrénie ?

Alors, comment prendre en charge ce type de patient ? Comment l'accompagner vers une réinsertion sociale ? Comment agir lorsque la relation est difficilement accessible ?

D'autant plus que les visites de l'équipe sont vécues comme intrusives par ce patient puisque notre présence à son domicile apparaissait comme anxiogène pour ce patient.

Dans ce cas, quel est l'intérêt de la visite à domicile chez ce patient ? Qu'est-ce que le soignant peut faire pour sortir le patient schizophrène de son imaginaire et l'accompagner à la réhabilitation sociale ? Comment proposer un soin sans être intrusif ni transgresser les limites subjectives de l'autre ?

Cette question se pose de manière particulièrement aiguë lorsque, comme nous avons pu le constater, certains gestes pourtant mineurs tels que le fait de jeter les déchets liés à l'injection sont vécus par le patient comme une intrusion, au point qu'il demande qu'ils soient jetés à l'extérieur. Cette exigence ne semble pas relever d'une préoccupation liée à la propreté, car il vit dans un contexte d'incurie marquée, cette demande révélerait plus d'une difficulté à tolérer l'introduction d'éléments venant de l'extérieur.

Alors comment prendre en charge le patient schizophrène lorsque les symptômes négatifs sont trop présents ? Car en effet ce patient est dit stabilisé et pourtant il montre des signes de grande dissociation qui mène à un repli très marqué. Comment le soignant peut-il prendre en charge ses symptômes afin de pouvoir les diminuer et ainsi accompagner le patient dans une démarche de resocialisation ? Dans ce cas précis, est-ce que les visites à domicile sont suffisantes pour prendre en charge ce patient ?

4 Question de départ

“Quel est l'intérêt de la visite à domicile dans la prise en soin de patient souffrant de schizophrénie”

5 Cadre de référence

Pour mon cadre de référence mes recherches s'orientent dans un premier temps sur la schizophrénie en exposant son histoire, ses caractéristiques cliniques particulièrement le trépied de la schizophrénie, ainsi que les différentes possibilités prises en charge de la pathologie.

Dans un deuxième temps je m'intéresserais aux visites à domicile, en exposant leurs histoires, leurs objectifs ainsi que leurs bénéfices et limites.

Ces axes permettront de mieux comprendre la pathologie ainsi que le sens de la visite à domicile chez les patients souffrant de schizophrénie et présentant des symptômes négatifs importants.

5.1 La schizophrénie

Pour commencer, la schizophrénie est une psychose chronique grave survenant le plus souvent chez l'adulte jeune. Elle se caractérise par une désorganisation profonde et progressive de la personnalité, associant une dissociation de la pensée, une discordance affective, des troubles du comportement et une activité délirante et/ou hallucinatoire. Cette pathologie entraîne une rupture du contact avec la réalité, le sujet se repliant sur un monde intérieur imaginaire, dans un retrait autistique.

L'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle, résultant de l'interaction de facteurs génétiques, biologiques (notamment des dysfonctionnements des systèmes dopaminergiques) et psychologiques, en lien avec des perturbations précoces du développement et des relations affectives. Elle comprend des symptômes dit positifs et négatifs (*La schizophrénie* | Cairn.info)

5.1.1 Historique et évolution des concepts.

Au fil du temps la schizophrénie a été abordée par plusieurs personnes et s'est affinée par la même occasion. Bénédic-Augustin Morel, psychiatre français, a été le premier à décrire des observations de jeunes patients qui souffrait d'une extinction soudaine de leurs facultés intellectuelles, et dont la pathologie fut appelée démence précoce

En France, C'est en 1809 que Pinel définit quatre espèces de maladie mentale : la manie, la mélancolie, l'idiotisme et la démence. La démence se définissait comme une maladie mentale

présentant une désagrégation de la cohérence de la pensée, observable dans le discours et dans les actes.

Emil Kraepelin, lui a défendu l'hospitalisation non-restreinte et était opposé aux traitements de choc. C'est lui qui modernise la paranoïa et apporte l'idée d'une démence paranoïde, délirante et incohérente en se centrant sur les délires systématisés paranoïaques. Celle-ci sera ajoutée en tant que troisième forme de démence précoce, aux côtés de l'hébéphrénie et de la catatonie.

Pour Kraepelin, psychiatre allemand et figure fondatrice de la psychiatrie moderne descriptive, le véritable trouble est « *la destruction de la personnalité psychique et du concert interne entre toutes les parties du mécanisme psychique* » (1913, p. 906). Parmi toutes ses descriptions, la plus diffusée **fut la description de 1899**, qui constitue encore le noyau de la schizophrénie et qui sera ensuite utilisée par Bleuler.

Depuis la conception kraepelinienne de maladie de la volonté jusqu'au DSM-IV, la perte de la volonté ressort parmi les symptômes de la schizophrénie. Cependant la description de la démence précoce de Kraepelin possède d'autres particularités qui elles n'ont pas persisté jusqu'à aujourd'hui.

Emil Kraepelin, décrit alors pour la première fois en 1899 trois tableaux cliniques dans ce qu'il nomme la « *démence précoce* » :

- L'hébéphrénie : forme caractérisée par un comportement désorganisé, des troubles affectifs et des idées délirantes fragmentaires.
- La catatonie : troubles psychomoteurs prédominants, allant du mutisme et de l'immobilité à des agitations sans but.
- Paranoïde : délire structuré centré sur des thèmes de persécution ou de grandeur, avec un fonctionnement intellectuel relativement conservé.

Kraepelin met ainsi l'accent sur la chronologie et la gravité évolutive de la maladie, et définit la schizophrénie comme une psychose progressive et invalidante, souvent débutant chez l'adulte jeune.

Eugen Bleuler, psychiatre suisse et directeur de la clinique psychiatrique de Burghölzli à Zurich est l'un des rares psychiatres à avoir proposé une vision différente et aussi importante que celle de Kraepelin. Il réforme en 1911 ce cadre en introduisant le terme « schizophrénie ». Pour lui,

la maladie n'est pas seulement une démence précoce mais un syndrome centré sur la dissociation des fonctions psychiques.

Il définit la dissociation le "Spaltung" qui pour lui est le problème principal dans la pathologie. Selon lui, cette séparation des différentes parties de l'esprit impacterait les pensées, les émotions et la volonté qui finissent par ne plus fonctionner correctement ensemble. Cette dissociation peut se voir par l'ambivalence c'est à dire le fait de ressentir deux émotions opposées en même temps et par l'autisme compris ici comme un repli sur soi et un éloignement du monde extérieur Bleuler pense qu'il pourrait exister une cause biologique derrière cette désorganisation mais cela n'est pas certain.

Il définit dissociation et l'autisme. Il affirme que cette dissociation n'est pas une conséquence de la maladie mais le mécanisme principal qui la provoque. Il pense également que ce phénomène peut exister dans d'autres troubles mentaux. Ses notions d'ambivalence et d'autisme deviendront importantes mais surtout après sa mort.

Bleuler introduit donc une lecture plus psychodynamique et symptomatique, insistant sur les manifestations cliniques plutôt que sur l'évolution inéluctable vers la démence.

Henri Ey est un psychiatre français qui a défendu une vision clinique de la psychiatrie Il voulait maintenir des distinctions claires entre les différentes psychoses et éviter que la schizophrénie devienne un diagnostic trop large. Il s'est inspiré de Bleuler pour développer l'organodynamisme qui considère l'esprit comme un système organisé dont la désorganisation entraîne les symptômes psychiatriques

Henri Ey structure sa théorie organo-dynamique dans les années 1940-1970, cette théorie relie les troubles psychiatriques à une atteinte organique cérébrale entraînant une désorganisation du fonctionnement psychique.

Henry Ey formalise ainsi le trépied de la schizophrénie et les différentes formes cliniques :

- Le trépied schizophrénique : dissociation, délire paranoïde et repli autistique, considéré comme le socle sémiologique de la schizophrénie.
- Les formes cliniques classées selon le symptôme dominant :
- Schizophrénie paranoïde : délire paranoïaque structuré centré sur la persécution ou le complot, hallucinations auditives, discours cohérent en apparence et dissociation peu marquée au début.

- Schizophrénie désorganisée (hébéphrénique) : dissociation majeure, discours incohérent, comportement bizarre, délire peu structuré et altération rapide du fonctionnement social.
- Schizophrénie catatonique : troubles psychomoteurs tels que mutisme, immobilité, postures figées (flexibilité cireuse) ou agitation extrême sans but.
- Schizophrénie simple : repli autistique massif, apathie, apragmatisme, émoussement affectif, absence de délire et d'hallucinations marqués, prédominance des symptômes négatifs.
- Schizophrénie indifférenciée : association de plusieurs formes cliniques sans qu'aucune ne prédomine nettement.

Son approche permet une classification opérationnelle et clinique, utilisable pour l'enseignement et l'évaluation des patients, tout en intégrant les concepts de Kraepelin et Bleuler dans une perspective organique et dynamique.

Avec le temps les psychiatres ont compris qu'il fallait élargir les recherches et donc faire de grandes études internationales ce qui reviendrait ensuite à utiliser les mêmes mots dans le monde afin qu'ils puissent être internationaux et non unique à chaque pays.

Aujourd'hui, la schizophrénie est principalement définie selon des classifications internationales telles que le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et la CIM (Classification Internationale des Maladies). Ces classifications ont permis d'uniformiser les critères diagnostiques à l'échelle internationale, en privilégiant une approche descriptive basée sur des symptômes observables plutôt que sur des modèles théoriques explicatifs. Cette évolution a contribué à une meilleure harmonisation du diagnostic, mais tend également à réduire la complexité des approches psychopathologiques historiques

L'évolution des connaissances en psychiatrie, ainsi que la mise en place de classifications internationales telles que le DSM et la CIM, ont contribué à une meilleure compréhension de la schizophrénie. En permettant une standardisation des critères diagnostiques et une description plus précise des symptômes, ces classifications ont favorisé une homogénéisation du langage clinique entre les professionnels de santé.

Cette évolution a également eu un impact sur les modalités de prise en charge, en orientant les pratiques vers une approche plus structurée et symptomatique. Elle a ainsi permis d'adapter les

accompagnements en fonction des manifestations cliniques, notamment dans les formes stabilisées mais marquées par des symptômes résiduels, qui nécessitent un suivi au long cours et une approche individualisée.

5.1.2 Le trépied schizophrénique et ses conséquences.

La schizophrénie se caractérise à l'aide d'un trépied qui regroupe la dissociation, le délire paranoïde ainsi que le repli autistique.

Le délire fait partie des symptômes dit positifs ceux-là correspondent aux idées délirantes, au sentiment de persécution ou toute une variété d'hallucinations sensorielles pouvant toucher l'ensemble des sens (ouïe, odorat, vision...).

La dissociation ainsi que le repli autistique eux font partie des symptômes dit négatifs qui eux se caractérise par une diminution des fonctions normales, on trouve l'émoussement affectif et émotionnel, et l'apathie.

Il y a également des symptômes dit cognitifs qui eux se caractérisent par une désorganisation globale de la pensée associée à des troubles de la mémoire, de l'attention ou du raisonnement et des symptômes affectifs : dépression, agressivité, excitation.

Il existe donc plusieurs modes d'expression de la maladie, une personne ayant une schizophrénie peut ne présenter que quelques symptômes.

Il y a aussi le terme d'insight, celui-ci est défini en trois dimensions :

La conscience du trouble, des symptômes et de la nécessité d'un traitement médicamenteux.

La schizophrénie, elle s'accompagne le plus souvent d'une absence complète de conscience des troubles dit "anosognosie", surtout au début de la maladie donc d'un insight faible voire inexistant. Ce qui rend le soin ainsi que la relation à l'autre complexe.

- Le délire paranoïde.

Selon Henri Ey, le délire correspond à "un ensemble de croyances pathologiques auxquelles le sujet adhère totalement malgré leur contradiction avec la réalité" (Ey, Bernard & Brisset, Manuel de psychiatrie, 1989).

Le délire paranoïde se caractérise par un délire flou, mal structuré et changeant, souvent accompagné d'hallucinations auditives. Les thèmes les plus fréquents concernent la persécution, l'influence ou le mysticisme.

Contrairement au délire paranoïaque, qui est logique et construit, le délire paranoïde est peu systématisé et envahissant, témoignant d'une altération du rapport à la réalité. Ces symptômes dit positifs sont pris en charge par l'administration de traitement spécifique permettant de les rendre moins présents.

Malgré le traitement administré certains patients peuvent montrer une atténuation des signes positifs mais ils peuvent être tout de même envahi par moment ce qui peut pousser le patient à être dans le refus ou en retrait lors de prise en charge, Ici nous pouvons nous poser la question en ce qui concerne son état psychique car le patient montre des signes de repli pouvant être lié au délire même s'il est dit "stabilisé" par son traitement.

- La dissociation.

La dissociation constitue le trouble fondamental de la schizophrénie. Elle correspond à une rupture de l'unité psychique : les fonctions mentales telles que la pensée, le langage, le comportement et l'affectivité ne sont plus coordonnées entre elles.

Jung dit « Chez un patient schizophrène, la relation entre le moi et quelques complexes est plus ou moins entièrement rompue. La scission (Spaltung) n'est pas relative, mais absolue. » [...I ([I], p. 265).

(Jung CG, *Über die Psychogenese der Schizophrenie*. Walter Verlag: 1939.)

Les signes cliniques de la dissociation sont :

- Pensée désorganisée ou illogique
- Discours incohérent ou décousu
- Comportements inadaptés ou bizarres

Cette désorganisation traduit une altération profonde du fonctionnement psychique et mène le patient à se rétracter dans un monde "imaginaire" dit repli autistique résultant de la dissociation trop présente. Au regard de l'état psychique du patient nous avons pu constater qu'il montre de grands signes de dissociation, l'empêchant d'être en relation avec la réalité, le poussant au repli autistique ce qui par la suite a une conséquence sur le soin ainsi que la relation à l'autre.

- Le repli autistique.

Le repli autistique correspond à un retrait massif et progressif du monde extérieur. La personne se désinvestit de ses relations sociales, de ses activités et de la réalité partagée pour se réfugier

dans son monde intérieur c'est une fuite de la réalité observée chez les patients atteints de schizophrénie, qui s'isolent et s'enferment dans des raisonnements psychotiques (rationalisme morbide).

Tous ces symptômes et plus particulièrement les symptômes négatifs rendent la relation à l'autre compliquée. Lors de soins cela peut s'avérer difficile d'instaurer un environnement de confiance avec l'autre puisque si les symptômes sont trop présents le patient se retrouvera complètement envahi et la communication ainsi que la relation deviennent quasi impossible dans de telles conditions.

Ici il se manifeste par un retrait social, des difficultés de communication et une altération du contact intersubjectif, impactant directement la relation avec le soignant.

Ce patient est pourtant dit stabilisé car il prend son traitement et qu'il l'accepte mais malgré cela la présence de replis et de dissociation reste encore très présent et handicap le patient dans sa vie de tous les jours, ces symptômes n'étant pas diminués par les traitements pousse le patient à éviter l'autre et à ne pas pouvoir s'inscrire dans la réalité.

Ce qui engendre une difficulté dans la prise en charge en générale mais encore plus à domicile puisque l'on entre dans l'intimité de l'autre, un concept étant difficile à intégrer pour les patient atteint de schizophrénie notamment si les signes négatifs sont très présents.

Alors comment prendre en charge ce type de patient qui montre une présence importante de symptômes négatifs ?

Ainsi, même chez un patient considéré comme stabilisé sur le plan médical, la persistance de symptômes négatifs, notamment la dissociation et le repli autistique, interroge la notion de stabilisation clinique.

En effet, l'adhésion au traitement ne garantit pas nécessairement une stabilité psychique ou relationnelle. Dans la situation rencontrée, ces éléments ont un impact direct sur la qualité de la relation de soin et sur la prise en charge à domicile.

Cela amène à questionner sur ce que les soignant peut faire auprès de patients présentant des troubles persistants malgré une prise en charge médicamenteuse et quel type de prise en charge serait le plus adapté.

5.1.3 La prise en charge du patient schizophrène.

La schizophrénie est un trouble avec de nombreux symptômes qui varient selon les personnes, ainsi les prises en charge sont complexes et variées. Ces prises en charges constituent une importance majeure pour le patient car sa qualité influence directement son état.

Comme observé dans la situation choisie, le patient ici recevait quelques visites qui ne se résumaient qu'aux portages de repas, aide-ménagère ainsi que la venue de l'équipe mobile une fois tous les 14 jours afin de lui administrer son traitement retard. Comment choisit-on le type de prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie ?

La prise en charge du patient schizophrénie ne se limite pas seulement à la prise de traitement mais elle concerne également l'accompagnement vers un tissu social, la réinsertion est une phase importante car sans cet accompagnement le patient ne serait pas en capacité de s'y inscrire. Dans la situation choisie nous pouvons constater que ce patient est complètement isolé, qu'il est dans un repli autistique majeur : la relation à l'autre lui est quasi impossible, malgré les tentatives de l'équipe à instaurer une relation soignant-soigné, il montre une grande réticence envers celle-ci, car les symptômes dit négatifs sont chez lui très présent.

Alors comment est-il possible de prendre ce patient en charge et de diminuer les symptômes négatifs de sa pathologie ?

Si les traitements médicamenteux sont d'une réelle efficacité sur les signes positifs de la maladie, leurs efficacités sur les signes négatifs n'est que minimales et ils n'ont aucun effet positif sur le handicap psychique. Le handicap psychique chez les personnes qui ont une schizophrénie peut rendre la vie quotidienne plus difficile, de simples actions peuvent devenir compliquées comme parler avec les autres, travailler ou encore être autonome.

Encore une fois cela nous renvoie à ce patient qui est dit "stabilisé" de par la prise et l'administration des traitements mais qui pour autant montre une présence importante de symptôme négatif tel que la dissociation et le repli autistique. Quelles sont les possibilités de prise en charge dans ces cas-là ?

Comme cité plus haut dans la prise en charge de la schizophrénie il existe les traitements médicamenteux, cela se fait par la prise d'antipsychotique, médicament découvert en 1952 par Jean Delay et Pierre Deniker, cette découverte marque le début de l'utilisation des neuroleptiques afin de traiter les troubles schizophréniques.

Mis à part les traitements médicamenteux qui eux jouent un rôle sur les symptômes positifs il existe également des traitements dit non médicamenteux qui eux ont pour but de réduire les symptômes négatifs de la pathologie. Ces “traitements” concernent la réhabilitation psychosociale et elle comprend plusieurs approches thérapeutiques notamment la remédiation cognitive, la psychoéducation, l’entraînement aux compétences sociales, l’ergothérapie, les thérapies cognitives et comportementales ainsi que les activités thérapeutiques de groupe. Ces programmes sont adaptés à chaque patient après une évaluation clinique et neuropsychologique.

La réhabilitation psychosociale est actuellement la seule prise en charge non médicamenteuse ayant démontré scientifiquement son efficacité (Franck, 2018). Un élément essentiel de la prise en charge est l’insight, c’est-à-dire la capacité du patient à reconnaître sa maladie. Il est important d’évaluer ce paramètre car un meilleur insight favorise l’adhésion aux soins et améliore le pronostic fonctionnel.

En effet l’insight est un élément primordial mais ce n’est pas un critère pour exclure certains patients, mais plutôt un élément qui aide les professionnels à personnaliser la prise en charge et à proposer un accompagnement le plus efficace possible.

L’éducation thérapeutique est aussi un point clé dans l’accompagnement et la réhabilitation psychosocial du patient car elle permet au patient ainsi qu’à sa famille de mieux comprendre la maladie, les traitements, les risques de rechute et les règles d’hygiène de vie afin d’améliorer la qualité de vie et de réduire les hospitalisations.

“En France, la réhabilitation psychosociale s’inscrit également dans un cadre politique et réglementaire. Le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale et l’instruction de la DGOS du 16 janvier 2019 ont précisé les orientations concernant le développement de cette approche. De plus, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en psychiatrie a amélioré les conditions d’hospitalisation et instauré différentes modalités de prise en charge. Cette loi a ensuite été remplacée par la loi du 5 juillet 2011, qui a introduit un contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement ainsi que la possibilité de soins ambulatoires sous la forme de programmes de soins.

Le handicap psychique reste donc l’un des principaux défis dans la prise en charge de la schizophrénie, et son traitement repose sur une association de traitements médicamenteux et de réhabilitation psychosociale.

En partant de la situation de départ, nous pouvons voir qu'ici il bénéficie d'une visite à domicile pour son traitement, visite qu'il reçoit tous les 14 jours et durant laquelle l'équipe tente de tisser un lien, une relation avec le patient qu'il rejette à chaque visite. Dans ce cas, pourquoi choisir cette prise en charge plutôt qu'une autre ? Quel est le sens de cette visite ?

La relation soignant-soigné constitue alors un élément fondamental du soin infirmier, en particulier en psychiatrie, où elle représente un véritable outil thérapeutique. Fondée sur la confiance, l'écoute et le respect de la personne, elle ne se limite pas à un simple échange mais participe activement au processus de soin. Je me suis alors interrogé sur la relation soignant-soigné dans un contexte de repli autistique, l'autisme est défini, selon Bleuler (1911, p. 68-72), comme « *un repli sur soi et sur un monde intérieur au détriment de la réalité extérieure* », constituant une caractéristique centrale de la schizophrénie. Ce repli se manifeste par un retrait social, des difficultés de communication et une altération du contact intersubjectif, impactant directement la relation avec le soignant.

La relation soignant-soigné se définit comme l'ensemble des interactions établies entre le professionnel de santé et le patient, fondées sur la confiance, l'écoute et le respect du patient en tant que personne singulière, selon Henderson (2007). En psychiatrie, cette relation est fondamentale et constitue un outil thérapeutique à part entière, dans la mesure où le soin ne se limite pas à des actes techniques mais s'inscrit avant tout dans un cadre relationnel.

Cette situation m'a amenée à réfléchir à l'importance de cette relation, et plus particulièrement aux difficultés rencontrées avec des patients souffrant de troubles psychiques majeurs, pour lesquels l'instauration et le maintien du lien peuvent varier considérablement d'un patient à l'autre. Elle soulève notamment la question de la limite entre présence soignante et intrusion : à quel moment est-il pertinent de tenter d'instaurer un lien, et à partir de quand ce lien risque-t-il de devenir une source d'angoisse pour le patient ?

Cependant, dans la situation observée, cette relation est mise à l'épreuve. Le patient présente un repli important et manifeste une réticence à toute interaction, rendant difficile l'instauration d'un lien. Cela nous renvoie directement aux principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance (Beauchamp et Childress, 2001). En effet, chercher à instaurer une relation peut être perçu comme bénéfique dans une logique de soin, mais peut également être vécu comme intrusif, voire anxiogène, par le patient. À l'inverse, renoncer à toute tentative relationnelle pourrait s'apparenter à une forme de retrait du soin.

Ainsi, le soignant se retrouve face à un dilemme : maintenir une posture active dans la relation, au risque de générer de l'anxiété, ou respecter le retrait du patient, quitte à limiter la dimension relationnelle du soin.

Dans ce contexte, la notion d'humanisation du soin prend tout son sens. Elle implique de reconnaître le patient dans sa singularité, en adaptant la prise en charge à ses capacités et à ses limites, même lorsque celles-ci remettent en question les modalités habituelles du soin.

Un patient qui accepte le traitement médicamenteux mais refuse ou évite la relation interroge la manière dont le soin peut être pensé lorsque l'un de ses fondements, comme la relation, est altéré. Humaniser le soin ne consiste pas nécessairement à intensifier la relation si celle-ci est anxiogène, l'humanisation peut passer par le respect du rythme et des limites du patient.

Alors dans quelle mesure est-il possible de répondre aux besoins spécifiques de ce type de patient, au-delà de la seule délivrance du traitement ?

Cette réflexion amène ainsi à s'intéresser plus spécifiquement aux autres prises en charge et plus spécifiquement aux visites à domicile en psychiatrie, à leur cadre, leur évolution ainsi que leurs objectifs, bénéfices et limites dans la prise en charge infirmière.

5.2 Les visites à domicile

La visite à domicile est un soin infirmier spécifique en psychiatrie, qui relève d'une prescription médicale et nécessite le consentement du patient, celle-ci trouve ses sources dans la circulaire du 15 mars 1960 relative à la sectorisation psychiatrique. (*Ministère de la santé publique et de la population.*)

La visite à domicile en psychiatrie s'inscrit dans un cadre à la fois juridique et thérapeutique spécifique, car celle-ci se déroule dans le lieu de vie du patient. En effet, le domicile constitue un espace d'intimité particulièrement protégé par le droit, ce qui implique une vigilance accrue dans la pratique des soins. Encore plus chez le patient atteint de schizophrénie pouvant vivre ces visites comme une intrusion de leurs espaces personnels.

En ce qui concerne la législation, la visite à domicile repose avant tout sur le principe fondamental du consentement du patient. L'article L16-3 du Code civil précise que « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement* », sauf en cas d'impossibilité ou d'urgence. Ainsi, même dans le cadre de soins psychiatriques, le patient demeure libre d'accepter ou de refuser la visite et les soins proposés. Ce principe est central, car il garantit le respect de la personne et de ses libertés individuelles.

La loi du 5 juillet 2011, relative aux soins psychiatriques sans consentement, introduit la notion d'obligation de soins en ambulatoire. Elle ne permet cependant pas d'imposer des soins par la contrainte au domicile. En cas de refus ou de non-observance du suivi, et si l'état de santé du patient se dégrade, une hospitalisation complète peut alors être envisagée. La visite à domicile se situe dans un équilibre entre respect des droits du patient et responsabilité des professionnels de santé.

Il est donc obligatoire de recueillir le consentement du patient car sans cela toutes interventions au domicile sans son accord pourraient être considérées comme une violation de domicile, ce qui souligne l'importance du respect du consentement.

Dans le cadre de la situation, le patient se rendait lui-même au CMP pour effectuer son injection mais suite à plusieurs absences de sa part l'équipe a donc décidé qu'il serait plus judicieux de se rendre à son domicile afin d'être sûr qu'elle soit administrée toutes les deux semaines, décision qu'il accepte.

Au-delà du cadre juridique, la visite à domicile, comme tout autre dispositif de soins repose sur un cadre thérapeutique structuré. Elle nécessite la définition de règles de fonctionnement claires, notamment en ce qui concerne la fréquence des visites, leur durée, ainsi que l'identité des intervenants. Ce cadre permet de sécuriser la relation thérapeutique et d'offrir un espace stable au patient afin d'assurer une prise en charge extra hospitalière qualitative et adaptée aux patients. C'est pour cela qu'il était convenu des dates précises ainsi que des heures pour rendre visite à ce patient, cela permet d'instaurer une sorte de routine avec le patient, routine qui est d'autant plus importante dans le contexte d'un patient souffrant de schizophrénie.

Enfin la mise en place d'une visite à domicile repose sur un principe fondamental appelé le « *triple accord* ». Celui-ci comprend l'accord du médecin psychiatre, qui valide l'indication de ce type de prise en charge, l'accord du patient, qui se manifeste concrètement par l'ouverture de son domicile, et enfin l'accord de l'infirmier, souvent basé sur une relation préexistante avec le patient. Ce triple accord illustre le fait que la visite à domicile repose sur une construction relationnelle et non sur une contrainte. (*Visite à domicile en psychiatrie – EM Consulte*) Ici le patient était déjà suivi au CMP puis il a ensuite basculé vers une prise en charge essentiellement à domicile.

La pratique de la visite à domicile s'inscrit alors dans une dynamique de « libre consentement », où la relation de soin se construit progressivement, dans le respect du patient et de son environnement.

5.2.1 D'où viens la visite à domicile

Avant les années 1960, la psychiatrie était surtout hospitalière : les patients étaient pris en charge dans des hôpitaux psychiatriques, isolés de la société et les soins à domicile étaient rares et peu organisés. C'est la circulaire du 15 mars 1960 qui donne naissance à la psychiatrie de secteur. Cette circulaire se fonde sur la volonté de sortir du modèle asilaire et de redonner au sujet souffrant la place qui lui est due en tant que citoyen.

Cette circulaire marque alors le début de la psychiatrie communautaire de secteur avec comme idée de créer des équipes médico-sociales responsables d'un territoire précis, capables d'assurer la continuité des soins pour tous les patients du dépistage, au traitement ambulatoire ou hospitalier, jusqu'au suivi après hospitalisation.

La psychiatrie communautaire est donc une approche qui vise à proposer des soins en santé mentale proches des patients, directement dans leur environnement de vie. Elle permet de rendre les soins plus accessibles et de limiter les obstacles liés à l'éloignement ou à la stigmatisation. (*Association pour la Psychiatrie Communautaire du Canada. (s. d.). La psychiatrie communautaire. CPAC-APCC*)

Elle repose sur plusieurs principes importants notamment sur la prise en charge globale du patient, grâce à la collaboration entre différents professionnels (psychiatres, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux), sur l'approche centrée sur la personne, visant à favoriser l'autonomie et le rétablissement, sur l'attention portée à la prévention et à l'intervention précoce ou encore sur l'implication des proches et de l'entourage du patient, celle-ci considérés comme essentiels dans le parcours de soins.

Cette approche permet d'avoir une vision plus humaine de la psychiatrie. Qui ne se limite pas aux symptômes ou au diagnostic, mais qui prend en compte le patient dans sa totalité c'est-à-dire l'histoire, le contexte de vie et les ressources du patient. Elle favorise une relation de confiance entre le soignant et le patient, basée sur le consentement et l'engagement volontaire, plutôt que sur la contrainte.

C'est dans ce cadre que les visites à domicile ont commencé à se structurer, car le secteur devait aller au-devant des patients dans leur environnement quotidien, plutôt que d'attendre qu'ils viennent à l'hôpital. « *L'aller vers* », est une démarche proactive de l'intervention sociale et psychiatrique qui consiste à aller au-devant des populations, notamment celles en marge ou en situation de précarité. Ce concept, présent dès le XIX^e siècle, vise à créer du lien avec des personnes non sollicitées et à agir préventivement plutôt que de réparer des situations déjà

installées. Ce concept est alors utilisé par les équipes mobiles pour des interventions précoces, curatives ou post-hospitalisation, favorisant la réhabilitation psychosociale. (*Santé mentale et visite à domicile*)

La visite à domicile en psychiatrie trouve donc son origine dans le développement de la psychiatrie de secteur, initiée par la circulaire du 15 mars 1960 avec pour objectif de traiter les troubles à un stade précoce, maintenir le patient dans son milieu familial et social ainsi qu'assurer un suivi post-hospitalisation afin de réduire les hospitalisations répétées.

Avec la création des centres médico-psychologiques, la psychiatrie de secteur a mis en place des équipes pluridisciplinaires assurant soins ambulatoires, prévention, diagnostic et interventions à domicile. C'est ces structures qui ont fait de la visite à domicile un soin spécifique, permettant de rencontrer le patient dans son environnement quotidien, de mieux comprendre ses troubles et de renforcer le lien thérapeutique, l'idée étant « *de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* » comme énoncé dans la circulaire de 1960.

Jusqu'aux années 50, les services psychiatriques étaient fixes et hospitaliers, dans les années 60-70 les visites à domicile apparaissent, pratiquées par des infirmiers et des travailleurs sociaux pour assurer le suivi ambulatoire des patients. C'est seulement à partir des années 90, que des équipes mobiles apparaissent, dédiées à l'urgence ou à l'accompagnement intensif des patients instables ou chroniques.

Les équipes mobiles en psychiatrie apparaissent en France à partir de la désinstitutionalisation, c'est-à-dire le passage d'une prise en charge hospitalière à une prise en charge dans le milieu ordinaire de vie. Cette politique s'inspire des mouvements antipsychiatriques et de la sectorisation de 1960.

En 1994, l'équipe ÉRIC (Équipe rapide d'intervention de crise) est créée par le Dr Serge Kannas à l'EPS Jean-Martin-Charcot. Cette initiative rencontre des critiques mais est soutenue par les familles et elle servira de modèle pour le développement ultérieur d'autres équipes mobiles. (*Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives. Serge Kannas et Nicolas Pastour*)

Ainsi, l'évolution de la psychiatrie vers une prise en charge extrahospitalière et le développement des visites à domicile a permis aujourd'hui de pouvoir accompagner des patients présentant des troubles psychiques sévères et chroniques dans leur environnement de vie. Ayant pour but d'inscrire le patient dans une vie sociale "supportable", ce mode de prise

en charge prend son sens dans la situation rencontrée puisqu'elle vise, chez ce patient présentant des symptômes négatifs important de le maintenir dans son lieu de vie tout en soutenant, progressivement, son inscription dans le lien social.

5.2.2 Le rôle infirmier dans la visite à domicile.

L'infirmier en psychiatrie contribue à la détection, à l'évaluation et à l'accompagnement des patients. Chaque pathologie a ses symptômes significatifs et nécessite une thérapie assortie d'un traitement adapté. Il doit être disponible, patient et à l'écoute de la personne, afin de construire un projet médical adapté. Il travaille également en équipe et informe ses collègues de ses observations au cours des transmissions.

Il participe à l'observance des traitements et agit dans la coordination du parcours de soin psychiatrique. Au-delà de sa mission de soin, l'infirmier en psychiatrie joue aussi un rôle d'éducation thérapeutique et d'accompagnement psychosocial, il apprend au patient à rétablir des relations sociales avec autrui et instaure avec le patient une relation de confiance durable, essentielle à la prise en charge des troubles psychiques.

Comme observer le but de la prise en charge ici mise à part la délivrance de traitement, est également de tenter d'aider le patient à s'inscrire dans un tissu social.

Les objectifs de la visite à domicile peuvent être nombreux et ils sont liés aux indications ce qui signifie que le rôle aussi est différent selon les prises en charge car ils varient en fonction des besoins du patient rencontré. Ainsi les objectifs et le rôle dépendent du projet de soins individualisé du patient établi par l'équipe selon la prescription médicale, L'infirmier en psychiatrie qu'il soit dans un service ou en extra hospitalier a le même rôle cependant lors de visites à domicile le rôle est tout de même différent car il se retrouve dans un contexte différent de l'hôpital, 'il joue un rôle sur l'après hospitalisation et la réinsertion social des patients tout en effectuant une surveillance de leurs états.

Les objectifs généraux de ses visites sont d'évaluer le degré d'autonomie ou permettre d'en acquérir davantage, de vérifier la bonne observance du traitement , d'évaluer l'état de santé physique et psychique de la personne , de repérer les premiers signes d'un état délirant ou la réapparition de troubles du comportement , de mieux connaître l'environnement de vie du patient afin de pouvoir adapter ses besoins selon le projet de soins, de permettre une consultation médicale , de calmer une situation d'angoisse , d'éviter l'isolement social ou maintenir le lien social notamment chez les patient souffrant de troubles qui les empêchent de pouvoir s'inscrire dans un tissus social, et enfin d'articuler le partenariat avec les structures

médico-sociales afin de pouvoir offrir une prise en charge complète aux patients. (*Visite à domicile en psychiatrie – EM*).

Lors des visites chez ce patients le but était d'évaluer son état, d'administrer son traitement et de tisser du lien afin de l'aider à créer des liens sociaux, souffrant de schizophrénie avec une présence importante de symptôme négatif il lui était difficile de créer des relations sociales

L'équipe mobiles de psychiatrie a donc pour objectif principal de maintenir les patients dans la communauté, en proposant des soins en dehors de l'hôpital. Ces équipes s'inscrivent dans le mouvement de la désinstitutionalisation et de la psychiatrie communautaire, cherchant à limiter l'hospitalisation.

Les indications à la visite à domicile sont multiples l'équipe peut intervenir pour rupture de soins chez un patient déjà diagnostiqué et traité avec refus de soins actuel, pour claustrophobie insidieuse et progressive au domicile en cas d'épisode pathologique non connu et associé ou non à des addictions, pour un conflit, une mise en danger somatique, pour un épisode psychotique aigu, pour continuité des soins après une hospitalisation complète ou encore pour prévenir une éventuelle ré hospitalisation.

Dans ce cas-là, ce patient était indiqué pour rupture de soin, il se rendait au cmp afin de recevoir ses traitements chose qu'il a arrêté de faire, suite à cela l'équipe décide de le faire prendre en charge par l'équipe mobile pour qu'il puisse continuer à recevoir ses traitements

Les initiatives mobiles visent à préserver le lien du patient avec sa vie quotidienne, à coopérer avec les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, à soutenir les patients et leurs proches, rompre le cycle de dépendance aux institutions, assurer un suivi médical et social, maintenir le patient dans la vie quotidienne et enfin éviter les ruptures de soins. Le professionnel doit ainsi faire preuve d'adaptation tout en maintenant une posture professionnelle et une distance thérapeutique adaptée car ce genre de suivi peut s'avérer compliqué, entrer chez les patients relève d'une certaine intimité il faut donc veiller à garder une distance, mais il faut également s'adapter à chaque suivie. En effet ici c'est le patient qui instaure la distance, pas de sa volonté mais son état le met dans l'impossibilité de pleinement avoir une relation soignant soigné, ou une relation ordinaire

L'infirmier joue alors un rôle central lors des visites à domicile, notamment dans la surveillance clinique du patient. À chaque rencontre, il réalise une évaluation de l'état psychique et comportemental, afin de repérer d'éventuels signes de décompensation ou de réapparition des

troubles. Cette observation régulière permet d'anticiper les difficultés et d'adapter la prise en charge en conséquence.

Par ailleurs, l'infirmier évalue également le niveau d'autonomie du patient dans son quotidien et l'accompagne progressivement dans le maintien ou le développement de ses capacités. Cela peut également passer par une attention portée à son comportement à l'extérieur, à ses interactions sociales et à sa capacité à s'inscrire dans une vie sociale.

Dans le cas de ce patient, l'évaluation à l'extérieur nous est impossible puisqu'il refuse de sortir avec l'équipe, il sort tout de même pour récupérer son traitement en pharmacie et également au supermarché mais nous n'avons pas pu observer son comportement à l'extérieur, ou ses interactions sociales puisqu'elles sont très limitées lors de notre présence au domicile.

Le rôle infirmier comprend une dimension relationnelle essentielle. En effet, la visite à domicile vise à instaurer, lorsque cela est possible, une relation de confiance avec le patient. Cette relation constitue un support thérapeutique permettant de favoriser l'adhésion aux soins et d'accompagner le patient dans son parcours.

Cependant, dans certaines situations, comme celle rencontrée, cette relation peut être difficile à établir en raison de la présence de symptômes négatifs importants. L'infirmier doit alors adapter sa posture, en respectant le rythme du patient, et en s'appuyant parfois sur une présence régulière plutôt que sur un échange verbal direct.

Accompagner la personne schizophrène comme le font les équipes mobiles « *pour habiter un espace, l'organiser, le structurer et de se l'approprier est un moyen de réinvestir et d'habiter son corps. Habiter dans la psychose occupe une place plus ou moins marquée dans le mode de vie.* ». (Visite à domicile – EM consulte). L'habitat peut être impliqué dans les phases délirantes en étant support des troubles du comportement dont l'isolement mais l'habitat peut être également un objet de médiation relationnelle entre la personne malade et ses proches ajustant une distance sociale

Cet acte soignant est loin d'être simple et ne peut être banalisé. La spécificité du travail infirmier à domicile consiste, au fil du temps, à créer une relation de confiance avec le patient, à se faire accepter, à construire un lien solide avec lui afin qu'il se saisisse de ce cadre thérapeutique, contribuant ainsi à rompre l'isolement en aidant le patient à se réinsérer socialement, et à éviter les rechutes ou les ruptures de soins.

5.2.3 Bénéfices des visites à domicile et leurs limites.

Les interventions à domicile présentent de nombreux avantages par rapport aux prises en charge en structure. Elles permettent notamment d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations, réduisant ainsi les ruptures et les effets parfois délétères liés à celles-ci. Elles favorisent également l'instauration d'une alliance thérapeutique, tant avec le patient qu'avec son entourage, en s'inscrivant dans son environnement de vie.

On peut alors se demander en quoi le domicile constitue un atout thérapeutique spécifique. Le domicile étant le principal lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, il offre un accès direct à leur réalité quotidienne. Comme le souligne Jacques Hochmann, les interventions à domicile remplissent trois fonctions : une fonction de reconstruction du patient, une fonction d'appui pour les proches et une fonction de médiation entre le patient et son environnement.

Ainsi, intervenir au domicile permet de mieux comprendre les difficultés du patient et d'adapter plus finement la prise en charge. Dans quelle mesure ces interventions favorisent-elles l'insertion sociale ?

Les visites à domicile s'inscrivent dans une dynamique de réhabilitation psychosociale. Elles participent au maintien du lien social, à la prévention des ruptures de soins et à la valorisation de l'autonomie du patient. Elles constituent également une alternative pertinente pour les personnes refusant les soins institutionnels, en permettant d'« aller vers » des patients souvent éloignés du système de soins.

Cependant, ces bénéfices soulèvent également certaines limites. En effet, intervenir au domicile implique pour le soignant de s'adapter à un environnement qui ne lui appartient pas. Cela nécessite des compétences spécifiques : capacités d'observation, d'adaptation, d'écoute, mais aussi une solide connaissance en psychopathologie et en clinique.

On peut alors s'interroger sur les difficultés spécifiques rencontrées dans ce type de prise en charge. La visite à domicile expose le professionnel à une certaine imprévisibilité : contexte de vie instable, conditions matérielles parfois dégradées, environnement insalubre ou encore évolution rapide de l'état clinique du patient. Le cadre institutionnel étant moins présent, l'infirmier doit mobiliser un cadre interne solide pour maintenir une posture professionnelle adaptée. (*Intervention à domicile en psychiatrie – grieps*)

Dans le cas de patients présentant des troubles psychotiques, notamment une schizophrénie, ces limites prennent une dimension particulière. En effet, le rapport au domicile peut être altéré. Le patient peut vivre les visites comme une intrusion de son espace menant ensuite au repli et à l'isolement, de plus l'habitat est en quelque sorte à l'image de l'état psychique du patient.

Cela interroge alors la capacité du patient à « habiter » son espace et, plus largement, à s'inscrire dans une réalité sociale. L'accompagnement au domicile permet précisément de travailler cette dimension, en aidant le patient à se réapproprier son environnement, à structurer son espace et, progressivement, à se réinscrire dans une dynamique relationnelle. Le domicile devient alors un support de médiation thérapeutique.

Enfin, malgré leurs apports, les équipes mobiles rencontrent certaines limites organisationnelles, telles que la complexité de coordination avec les différents dispositifs, des critères d'intervention parfois flous, un risque de saturation ou encore une dépendance aux moyens alloués. (*Espace infirmier – psychiatrie hors les murs VAD*)

La visite à domicile apparaît comme un outil particulièrement pertinent dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques sévères. Elle permet une approche globale, centrée sur la personne, tout en s'adaptant à son environnement. Néanmoins, elle reste une pratique complexe, nécessitant des compétences spécifiques et une constante capacité d'adaptation de la part des professionnels.

6 Enquête exploratoire

6.1 Méthodes et outils

6.1.1 L'entretien semi-directif

Afin de mener mon enquête exploratoire, je réaliserai des entretiens semi-directifs et Individuels. L'entretien semi-directif est une technique d'enquête qualitative très répandue, l'entretien semi-directif consiste en une interaction verbale entre l'enquêteur et une personne enquêtée à partir d'une grille de questions utilisée de façon souple. L'entretien vise à la fois à collecter des informations et à rendre compte de l'expérience de la personne.

L'entretien sera structuré à partir d'un guide d'entretien élaboré en avance à partir des éléments de mon cadre théorique, avec des questions ouvertes, afin de permettre aux participants d'exprimer leurs expériences et leur perception de la prise en charge des patients schizophrènes. Les entretiens seront individuels et dureront environ quinze à vingt minutes

Ce choix méthodologique vise à enrichir mon analyse en confrontant différents regards professionnels, pour obtenir une compréhension plus nuancée des pratiques en psychiatrie et plus particulièrement dans le cadre des visites à domicile.

Pour pouvoir ensuite retranscrire mes entretiens j'ai utilisé un dictaphone afin de les conserver et les consulter.

6.2 Population choisis

Je réaliserai mes entretiens auprès d'infirmiers diplômés d'État exerçant en psychiatrie et plus particulièrement en équipe mobile. Je n'imposerai pas de restriction liée à l'âge, le genre ou à l'ancienneté. Car chaque professionnel rencontré, quel que soit son parcours, peut apporter un éclairage pertinent sur la pratique des visites à domicile. De plus, le fait de ne pas restreindre mes entretiens selon le genre ou l'âge garantit une approche plus ouverte.

6.3 Lieu d'investigation

Afin de comprendre le sens des visites à domicile chez les patients souffrants de schizophrénie, j'ai choisi d'interroger des infirmiers exerçant dans des équipes mobiles et qui vont donc régulièrement en visite à domicile.

Equipe mobile : Les infirmiers interviennent directement au domicile des patients ou sur leur lieu de vie, dans le cadre de prises en charge extrahospitalières. Ces visites permettent d'observer le patient directement dans son lieu de vie, tout en maintenant un lien thérapeutique et en prévenant les décompensations ou les hospitalisations.

6.4 Guide d'entretiens

1. Pouvez-vous vous présenter ? faites-le de la façon que vous souhaitez ?
2. Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu ?
3. J'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisé au domicile d'un patient présentant une schizophrénie.
4. Quelles sont les indications principales des VAD.
5. Pouvez-vous me parler des bénéfices de la VAD chez un patient souffrant de schizophrénie après me l'avoir présenté.
6. Comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
7. On peut penser que la VAD est une indication pour traiter le repli autistique de ces patients. Pourquoi et avez-vous un exemple

8. Quand considérez-vous que votre VAD est satisfaisante. Quel est le minimum que vous attendez ? merci d'appuyer votre réponse par des exemples
9. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
10. Dans quelles situations la visite à domicile vous semble-t-elle insuffisante ou inadaptée ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
11. Pensez-vous qu'il y a un intérêt à intervenir au domicile et lequel ?

7 Réalisation des enquêtes

7.1 Réalisation de l'enquête : difficultés et limites

Avant la réalisation de mes entretiens, j'ai préalablement élaboré un guide d'entretien. Celui-ci m'a permis de structurer et d'orienter mes questions en lien avec mon sujet de travail. L'élaboration de ce guide a constitué une étape importante, car elle m'a aidée à cibler les thématiques essentielles à aborder auprès des professionnels afin de recueillir des informations pertinentes pour mon travail.

Lors de la réalisation des entretiens, je me suis orientée vers le secteur psychiatrique afin d'être en lien avec des infirmiers en psychiatrie. Mon projet initial était de rencontrer deux types de structures, notamment les équipes mobiles et les CMP. Toutefois, après ma demande, la cadre de santé m'a orientée uniquement vers une équipe mobile, celle-ci étant jugée plus pertinente au regard des objectifs de mon travail. Les entretiens se sont bien déroulés et ont été enrichissants. Néanmoins, le nombre d'entretiens réalisés (trois au total) reste limité et ne permet pas de proposer une analyse approfondie de la pratique infirmière.

7.2 Analyse et interprétation des données

Présentation de la soignante : Sarah

La première soignante interrogée est infirmière depuis trois ans. Avant cela, elle a travaillé dix-sept ans en psychiatrie, d'abord comme agent de service hospitalier, puis comme aide-soignante. Une fois diplômée infirmière, elle a exercé en unité d'accueil crise ouverte avant d'intégrer l'équipe mobile il y a un an.

Ce parcours est important à souligner. Avoir traversé plusieurs fonctions au sein du même établissement lui a permis d'observer les patients sous différents angles, des soins de base jusqu'à la prise en charge infirmière. Cette expérience constitue un atout réel dans l'exercice à domicile, qui demande une capacité d'adaptation constante et une vision globale du patient.

Les motivations du choix de l'équipe mobile :

La soignante a choisi l'équipe mobile par intérêt pour la psychiatrie, mais aussi par envie d'être au plus proche du patient. Elle exprime vouloir être « plus proche du patient dans sa globalité au niveau social, au niveau du logement et au niveau familial. » (E1 L13-15)

Ce choix fait directement écho aux principes de la circulaire du 15 mars 1960, développée dans le cadre théorique. Cette circulaire visait à sortir du modèle asilaire pour prendre en charge le patient dans son environnement de vie. Quitter le milieu intra-hospitalier pour rejoindre l'équipe mobile illustre également le concept d'« aller vers », défini comme une démarche proactive consistant à aller au-devant des patients. En rejoignant l'équipe mobile, cette soignante incarne pleinement ces deux notions, qui constituent le socle de la psychiatrie communautaire.

Une visite à domicile réalisée avec un patient schizophrène et son indication :

La soignante décrit la situation d'un patient d'une quarantaine d'années, indiqué par l'EDES. Depuis le décès de sa mère, qui était très étayante pour lui, il vivait seul et présentait une recrudescence de ses hallucinations acoustico-verbales. Des voix lui ordonnent de se scarifier. Son isolement s'aggravait et les automutilations devenaient de plus en plus fréquentes. Le but des visites était de réaliser des évaluations cliniques régulières et de voir si un réajustement du traitement était nécessaire.

Ce récit illustre plusieurs éléments du cadre théorique. Il met d'abord en lumière les symptômes positifs de la schizophrénie, notamment les hallucinations acoustico-verbales. Il souligne aussi l'importance du triple accord : la soignante précise que l'équipe n'intervient que sur indication médicale et contacte systématiquement le patient au préalable pour recueillir son consentement. Cela rejoint l'article 16-3 du Code civil qui stipule que « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement* » à toute intervention. Car elle cite que l'équipe intervient seulement sur indication médicale et que lorsque l'équipe reçoit une indication, ils téléphonent au patient afin de demander s'il veut bien les rencontrer, d'expliquer les missions de l'équipe et pourquoi ils interviennent.

La soignante apporte également une réflexion intéressante, « un schizophrène peut toujours entendre des voix, avoir des hallucinations, mais ça n'empêche pas de vivre avec, alors que là ça commençait à l'empêcher de vivre. » (E1 L44-46) Un patient peut donc présenter des symptômes résiduels tout en étant considéré comme stabilisé. Mais dès lors que ces symptômes envahissent le quotidien, une intervention s'impose. Le décès de sa mère qui était étayante semble avoir fragilisé l'état psychique du patient, illustrant l'impact de l'environnement relationnel sur la stabilité du patient.

Les principales indications reçues pour les visites à domicile :

La soignante décrit plusieurs types d'indications. Elle évoque notamment les interventions pour accompagner les sorties d'hospitalisation ou les permissions, avec pour objectif d'évaluer l'état du domicile. Elle souligne l'impact de la décompensation sur l'environnement du patient : « malheureusement leur domicile, quand ils ont décompensé avant d'être hospitalisés, leur appartement il est dans un état, des fois ils ont cassé une douche, les toilettes, ou alors il y a des cafards, c'est insalubre. » (E1 64-66)

L'état du logement devient ainsi un indicateur clinique à part entière. Il reflète directement l'état psychique du patient au moment de sa décompensation. Cela rejoint ce que le cadre théorique développe sur le rapport altéré du patient psychotique à son domicile, pouvant aller jusqu'au désinvestissement total de l'espace de vie.

La soignante souligne également le rôle de l'équipe mobile comme interface entre le milieu intra et extra-hospitalier , « on est là pour pallier, faire le lien entre l'intra et l'extra hospitalier. » (E1 L60-61) Cela correspond aux objectifs décrits dans le cadre théorique, qui visent à assurer la continuité des soins et à éviter les ruptures entre l'hospitalisation et le retour à domicile.

Les bénéfices de la visite à domicile chez un patient schizophrène :

La soignante identifie plusieurs bénéfices. Le premier est une fonction de réassurance et d'étayage : « ça lui fait une réassurance, ça lui fait un étayage aussi, du coup il sait qu'il est suivi, qu'il n'est pas tout seul. »(E1 L106-107) Cette notion renvoie directement à la fonction de soutien que remplit la visite à domicile pour des patients souvent isolés en raison de leurs symptômes négatifs.

Elle évoque ensuite la dimension sociale. L'équipe peut orienter le patient vers une assistante sociale ou une tutrice. Cela illustre l'approche globale de la psychiatrie communautaire, qui ne

se limite pas aux symptômes mais prend en compte le patient dans son contexte de vie. La visite à domicile remplit donc ici une fonction dépassant le seul soin psychiatrique.

Enfin, elle souligne le bénéfice préventif : « ça va éviter la décompensation à domicile et l'hospitalisation. Nous on est là aussi pour éviter l'hospitalisation un maximum. » (E1 L117-118) Elle ajoute que « l'hôpital les lits sont limités. » (E1 L119) Ce propos fait écho aux bénéfices identifiés dans le cadre théorique, notamment le fait que les interventions à domicile permettent « d'éviter ou de raccourcir les hospitalisations. » Il soulève également une réalité institutionnelle, la visite à domicile répond à la fois à une logique clinique et à une contrainte organisationnelle liée au manque de lits.

Instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant :

La soignante décrit une approche progressive et indirecte. Elle s'appuie sur l'environnement du domicile pour initier le contact, « on essaye de leur dire 'oh ça c'est joli', par exemple quelque chose comme un tableau, on va aller sur un objet, on va essayer de rentrer en relation sur d'autres sujets que sa pathologie, parce que forcément sa pathologie, des fois ils sont aussi dans le déni des troubles. » (E1 L129-132)

Cette stratégie illustre la fonction de médiation entre le patient et son environnement évoquée par Jacques Hochmann dans le cadre théorique. Le domicile ne sert pas uniquement de lieu de soin. Il devient un espace relationnel où les objets et l'histoire du patient peuvent servir de points d'accroche. C'est d'autant plus pertinent chez les patients schizophrènes présentant d'importants symptômes négatifs, pour qui la relation directe est souvent difficile à initier.

La soignante insiste également sur l'honnêteté dans la relation, « on va être franc avec lui, on va lui dire 'écoutez, vous voyez, vous êtes pas bien parce que vous entendez beaucoup de voix qui vous disent des méchancetés, on va travailler là-dessus ». (E1 L140-142) Cette posture renvoie aux principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance de Beauchamp et Childress développés dans le cadre théorique. Il s'agit d'agir dans l'intérêt du patient, sans le tromper ni l'envahir.

La visite à domicile comme indication pour traiter le repli autistique :

Sur ce point, la soignante est nuancée. Elle reconnaît que la visite peut contribuer à travailler le lien social, « nos visites à domicile sont là pour essayer de travailler avec eux du lien sur l'extérieur. » (E1 L158-159) Mais elle précise que le patient schizophrène conservera toujours

un fond de symptômes négatifs. La visite seule, si elle n'est pas suffisamment intensive, ne permettra pas d'obtenir une diminution significative du repli.

Cela résonne avec ce que le cadre théorique développe sur l'efficacité limitée des traitements sur les symptômes négatifs. La soignante suggère donc que pour ces patients, la visite à domicile devrait s'inscrire dans un suivi plus global, incluant un hôpital de jour ou un CATTP. Elle n'est pas suffisante à elle seule.

Elle illustre cela par la situation d'un patient anciennement suivi de façon intensive, qui avait acquis une certaine autonomie dans les gestes du quotidien, « il gère bien son budget, il va faire ses courses tout seul, il prend le bus » (E1 L205-207) Mais il restait profondément isolé socialement, refusant toute prise en charge en CATTP. Face à son refus des infirmières à domicile, une solution de séquentiel a été mise en place. Il vient à l'hôpital le week-end pour maintenir un lien social minimal. Cet exemple illustre à la fois les possibilités et les limites de la visite à domicile face au repli autistique, et la nécessité d'adapter en permanence la prise en charge aux résistances du patient.

Quand la visite à domicile est-elle satisfaisante ? :

La soignante considère la visite satisfaisante quand le patient est stabilisé, que son humeur est plus équilibrée et que les hallucinations sont moins envahissantes. Elle précise, « chez les patients schizophrènes, il peut toujours avoir un fond délirant, mais qui ne l'empêche pas de vivre dans son quotidien. » (E1 L 247-248) La finalité est le relais vers le CMP, moment où la prise en charge de l'équipe mobile prend normalement fin.

Elle nuance cependant en évoquant des situations où ce relais reste fragile. Elle cite le cas d'un patient présentant un délire de persécution et une peur persistante des escaliers malgré sa sortie d'hospitalisation. Dans ce cas, l'équipe a maintenu les visites à la demande du CMP. Cela rejoint ce que le cadre théorique développe sur la stabilisation clinique, qui ne peut se réduire à la seule observance médicamenteuse.

Les principales difficultés rencontrées lors des visites à domicile :

La soignante identifie deux grandes difficultés. La première concerne les conditions matérielles. Les domiciles peuvent être insalubres, infestés de parasites. L'équipe intervient en civil, sans blouse ni véhicule identifié, « on prend des habits de rechange quand on sait, on met des surchaussures. » (E1 L276-277) Cela soulève la question de la protection des soignants dans un contexte où les protections institutionnelles habituelles sont absentes.

La deuxième difficulté concerne les patients délirants. Elle raconte la situation d'un patient décrivant des hallucinations très graphiques et exprimant une fascination pour le sang. L'équipe a dû écourter prudemment la visite sans alarmer le patient. Cela illustre ce que le cadre théorique développe sur l'imprévisibilité à laquelle expose la visite à domicile et la nécessité de mobiliser un cadre interne solide en l'absence du cadre institutionnel habituel.

Quand la visite à domicile est-elle insuffisante ou inadaptée ? :

La soignante est claire : la visite devient insuffisante quand le patient n'est pas suffisamment stabilisé. Certains minimisent leurs symptômes devant le psychiatre pour obtenir leur sortie, « il y en a beaucoup qui vont dire que ça va, qu'ils entendent plus de voix, et en fait c'est pas vrai. » (E1 L322-323) Ces patients se retrouvent à domicile dans un état trop instable pour adhérer à la prise en charge.

Cela renvoie à la loi du 5 juillet 2011 développée dans le cadre théorique : la visite ne permet pas d'imposer des soins par la contrainte. Quand le patient refuse et que son état se dégrade, l'hospitalisation peut devenir nécessaire. Le consentement reste une condition indispensable à l'efficacité de cette prise en charge.

L'intérêt d'intervenir à domicile :

La soignante est convaincue de l'intérêt de la visite à domicile. Elle identifie plusieurs dimensions : la connaissance de l'environnement du patient, la facilitation de la relation de confiance et la prévention des réhospitalisations. Elle souligne que le domicile facilite la création du lien, « ce lien de confiance est plus facile à créer à domicile parce que du coup t'es dans l'intimité de la personne, de sa famille aussi. » (E1 L343-344).

Elle évoque aussi la valeur du travail avec les familles, partenaires précieux dans la prise en charge. Cela illustre ce que le cadre théorique développe sur l'implication des proches dans le parcours de soins. Enfin, elle aborde la dimension économique, « ça coûte moins cher de créer des équipes mobiles que d'une unité d'hospitalisation d'un patient. » (E1 L357-358) Cette observation met en lumière une réalité absente du cadre théorique : la visite à domicile répond à la fois à une logique humaniste et clinique, mais aussi à des contraintes économiques du système de santé.

Présentation de la soignante : Agathe

La deuxième soignante interrogée exerce en psychiatrie depuis dix-sept ans. Avant d'intégrer l'équipe mobile il y a cinq ans, elle a exercé en accueil crise ouverte, en accueil crise fermée puis en réhabilitation psychosociale. Un parcours varié et riche.

Ce parcours est un vrai atout pour la prise en charge à domicile. Elle a en effet travaillé auprès de patients dans des contextes très différents, allant de l'hospitalisation sans consentement jusqu'aux projets de réhabilitation au long cours. Cette diversité lui confère une vision globale et nuancée du patient psychiatrique, particulièrement utile dans l'exercice à domicile qui demande une capacité d'adaptation constante.

Les motivations du choix de l'équipe mobile :

La soignante exprime avoir choisi l'équipe mobile après avoir exercé dans tous les types de services intra-hospitaliers. Elle dit avoir ainsi pu observer plusieurs populations de patients, « j'ai pu voir le patient en accueil crise fermée, donc sans consentement, j'ai pu voir les patients qui venaient en hospitalisation libre, et j'ai fait aussi réhabilitation psychosociale, donc là avec les patients plus chroniques et des projets au long cours. » (E2 L9-11)

C'est à l'ouverture de l'équipe mobile qu'elle décide de la rejoindre, trouvant intéressant de pouvoir voir le patient dans son environnement et pas seulement en milieu intra-hospitalier. Cette envie rejoint le mouvement de désinstitutionnalisation développé dans le cadre théorique. Elle illustre également les principes de la psychiatrie communautaire qui vise à se rapprocher du patient et à le prendre en charge dans son environnement de vie, plutôt que de l'isoler dans un cadre institutionnel.

Une visite à domicile réalisée avec un patient schizophrène et son indication :

La soignante évoque la situation d'un patient hospitalisé en réhabilitation psychosociale pour qui une sortie se préparait. L'indication était d'évaluer le domicile afin de voir si le patient pouvait le réintégrer dans de bonnes conditions. Lors de cette visite, l'appartement s'avère quasiment vide, « il n'y avait rien du tout, mais vraiment rien. Il y avait une cuillère, une mini casserole, un verre et un vieux matelas, c'est tout. » (E2 L24-26)

On peut notifier ici, l'absence totale de conscience du patient concernant cet état. Pour lui, tout est correct et il n'a besoin de rien d'autre. Cette situation illustre directement ce que le cadre théorique développe sur l'anosognosie fréquente dans la schizophrénie, c'est-à-dire l'absence

de conscience des troubles. Le patient ne perçoit pas l'inadéquation de ses conditions de vie, ce qui rend la visite à domicile d'autant plus nécessaire pour évaluer objectivement sa situation.

La soignante évoque également les dégâts causés lors de la décompensation, « il avait arraché les prises électriques, toutes les lumières, il fallait au moins réaliser des travaux de mise en sécurité avant qu'il retourne chez lui. » (E2 L31-32). L'appartement est ici le reflet direct de l'état psychique du patient au moment de sa crise. Cela rejoint ce que le cadre théorique développe sur le rapport altéré du patient psychotique à son domicile, pouvant aller jusqu'à la dégradation totale de l'espace de vie.

Les principales indications reçues pour les visites à domicile :

La soignante identifie comme indications principales l'évaluation du logement avant réintégration, l'évaluation des besoins et l'évaluation de l'autonomie du patient, « comment ils sont à domicile, est-ce qu'ils gèrent la cuisine, est-ce qu'ils gèrent le ménage, est-ce qu'ils gèrent les petits trucs à faire au quotidien ou pas du tout ? » (E2 L45-46)

Elle souligne qu'il existe souvent un décalage important entre ce que l'on observe d'un patient hospitalisé et ce qu'il en est réellement à son domicile. La visite permet alors d'accéder à la réalité quotidienne du patient, impossible à appréhender depuis le milieu hospitalier. C'est l'un des apports majeurs de la visite à domicile développé dans le cadre théorique : elle offre une fenêtre sur le fonctionnement réel du patient, au-delà de ce qu'il exprime ou de ce que l'on peut observer en institution.

Les bénéfices de la visite à domicile chez un patient schizophrène :

La soignante prend l'exemple d'un patient en rupture de soins qui ne se rendait plus à ses rendez-vous. L'équipe est alors intervenue à domicile pour évaluer la situation et l'inciter à reprendre un suivi ambulatoire. Lors des premières visites, le patient refusait de les laisser entrer. La soignante précise que dans ces cas, le choix du patient doit être respecté, il est vu sur le pas de la porte, sans intrusion.

Ce respect du consentement est fondamental. Comme développé dans le cadre théorique à travers l'article 16-3 du Code civil, toute intervention sans accord du patient pourrait être vécue comme une intrusion et dégrader la relation soignant-soigné. Ce n'est donc que progressivement, après une ré indication lors d'une hospitalisation ultérieure, que le patient accepte de les recevoir chez lui. Cet accès progressif au domicile illustre ce que la soignante exprime clairement, « en accédant au domicile, on accède aussi à lui. » (E2 L81-82)

Elle souligne ensuite que l'appartement est le reflet de l'état clinique du patient, « quand tu vas chez un patient qui est stabilisé, tu vas avoir son environnement d'une manière, quand tu vas le voir en crise, tu peux voir que l'appartement aussi soit il est moins entretenu, soit il y a des choses qui sont cassées. » (E2 L86-88) Cette observation rejoint ce qui est développé dans le cadre théorique sur le domicile comme support de médiation thérapeutique et outil d'évaluation clinique.

Instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant :

La soignante explique qu'un premier contact est établi avec le patient avant la visite, au cours duquel l'équipe présente ses missions et ses objectifs. Lors des visites, elle insiste sur l'importance d'intégrer le patient activement dans la prise en charge dès le début, « s'il peut nous guider jusqu'à son appartement, on va se laisser guider par lui, histoire qu'il ait déjà une communication et un échange. Même si c'est des banalités, si tu mets le GPS et que t'arrives devant chez lui sans rien lui demander, t'as pas créé un contact. » (E2 L99-102).

Cette approche est particulièrement pertinente. En laissant le patient guider, ouvrir sa porte et décider jusqu'où l'équipe peut entrer, les soignants reconnaissent son autonomie et sa place dans sa propre prise en charge, même lorsque ses capacités relationnelles sont diminuées par les symptômes négatifs. Cela rejoint les notions d'humanisation du soin et de respect du rythme du patient développées dans le cadre théorique.

Elle illustre ensuite ses propos avec l'exemple d'un patient très discret à l'hôpital, qui ne leur avait décroché que deux mots lors du premier contact. Une fois chez lui, il s'est révélé être champion de France de tir à l'arc, avec des trophées, des médailles et des passions qu'il n'aurait jamais exprimées spontanément, « chez lui, il était différent parce qu'il avait plein de choses à nous raconter sur lui, des choses qu'il ne nous aurait pas dit spontanément. » (E2 L126-128) Cet exemple illustre parfaitement la fonction de reconstruction du patient évoquée par Jacques Hochmann. Le domicile révèle une dimension de la personne totalement inaccessible en milieu hospitalier, et c'est précisément cet espace qui permet de créer un lien thérapeutique authentique.

Elle souligne également l'importance des ressources extérieures du patient, notamment l'entourage et le voisinage, qui peuvent s'avérer précieux dans la prise en charge. Cela reflète l'approche globale et communautaire développée dans le cadre théorique.

La visite à domicile comme indication pour traiter le repli autistique :

La soignante est nuancée sur ce point. Selon elle, la visite à domicile n'est pas le meilleur moyen de traiter le repli autistique, car l'équipe mobile n'intervient que de façon transitoire et non au long cours. Elle reconnaît cependant que pour les patients très repliés, ces visites permettent de les reconnecter à l'extérieur, « t'en as qui restent enfermés chez eux pendant des jours et qui ne voient absolument personne, ça leur permet d'échanger, de se reconnecter des fois un petit peu à la réalité. » (E2 L142-144)

Elle précise également que certains patients ont du mal à franchir seuls le pas de revenir vers les soins. La visite à domicile peut alors jouer un rôle d'accompagnement vers ce retour, « nous on va les accompagner là-dedans, pour le coup les sortir de chez eux pour les ramener, pas forcément à la société, mais au moins aux soins. » (E2 L157-159) Cela illustre concrètement le concept d'"aller vers" développé dans le cadre théorique comme une démarche proactive permettant d'atteindre des patients éloignés du système de soins.

Quand la visite à domicile est-elle satisfaisante ? :

La soignante est directe sur ce point : le minimum attendu est simplement que le patient soit présent. Elle dit, « le minimum c'est déjà qu'on le voit, on fait énormément de visites à domicile et puis en fait ils ne sont pas là où ils ne nous ouvrent pas. » (E2 L164-165) Cette réponse souligne une limite concrète de la pratique, rejoignant ce que le cadre théorique développe sur les difficultés propres à la visite à domicile.

Au-delà de ce minimum, la visite est satisfaisante lorsque l'objectif est atteint, que ce soit ramener le patient vers les soins, évaluer son état clinique ou éviter une hospitalisation en mettant en place un hôpital de jour ou un CATTP. Elle donne l'exemple d'un patient suivi dans le cadre d'une réhabilitation, pour qui les visites régulières ont permis un maintien à domicile durable, « ça fait un an qu'il est dans son appartement et que pour l'instant il n'y a pas de plainte, chose que n'était jamais arrivé avant. » (E2 L197-198) La régularité des visites a ici créé une ritualisation bénéfique, qui a progressivement aidé le patient à développer une plus grande autonomie. Cela rejoint ce que le cadre théorique développe sur la réhabilitation psychosociale et l'accompagnement vers l'autonomie.

Les principales difficultés rencontrées lors des visites à domicile :

La soignante identifie deux difficultés principales. La première est le refus du patient, « il y a le refus du patient, donc là ça met un terme au truc, c'est quand même une grosse difficulté. » (E2 L200-201) Sans consentement, la prise en charge est vouée à l'échec. C'est une limite fondamentale de la visite à domicile, directement liée au cadre juridique développé dans le cadre théorique.

La deuxième difficulté concerne les familles. Elles peuvent être une ressource précieuse, permettant d'observer la dynamique familiale et d'en apprendre davantage sur le patient. Mais elles peuvent aussi s'avérer limitantes lorsqu'elles s'expriment à la place du patient, « t'as la famille qui répond à la place du patient qui va vraiment bloquer la relation entre toi et le patient. » (E2 L205-206) Le soignant doit alors naviguer entre ces différents acteurs, en maintenant le patient au centre de la prise en charge malgré les interférences possibles.

Quand la visite à domicile est-elle insuffisante ou inadaptée ? :

La soignante considère la visite inadaptée lorsque le patient n'est pas consentant. Elle est claire, « c'est eux qui nous accueillent chez eux, on est comme des invités, on n'est pas là pour modifier les choses de force. » (E2 L219-220). Le consentement reste une condition primordiale dans toute intervention à domicile.

Elle évoque également l'insuffisance de la visite seule pour des patients très chroniques. Une prise en charge intensive est nécessaire, « il faudrait que ce soit intensif, si ce n'est pas intensif, les effets peuvent être moindres. » (E2 L222-223). Elle illustre cela avec la situation d'un patient anciennement suivi de façon intensive par une autre équipe, pour qui le relais vers des structures ambulatoires n'était pas suffisant selon la soignante. Il aurait fallu maintenir des visites à domicile régulières en parallèle. On peut donc en déduire que la visite à domicile seule ne suffit pas toujours et qu'elle doit s'inscrire dans un dispositif de soins plus global pour être vraiment efficace.

L'intérêt d'intervenir à domicile :

La soignante est convaincue de l'intérêt de la visite à domicile. Elle identifie comme bénéfice principal la prévention de la rechute et le maintien du patient hors de l'hôpital, « l'intérêt c'est d'évaluer précocement, de pouvoir voir les difficultés des patients qui ne sont pas en capacité eux-mêmes de les identifier. » (E2 L 241-242)

Elle souligne également l'intérêt de prévenir les ruptures de soins, parfois liées à des raisons très concrètes, comme par exemple « des patients psychotiques, une fois que leur ordonnance était terminée, ils sont pas allés la faire renouveler, ils ont pas de médecin traitant, ils sont en rupture de soins simplement pour un renouvellement d'ordonnance. »(E2 L243-244). La visite à domicile permet alors d'intervenir avant que ces situations ne dégénèrent.

Elle évoque enfin le rôle des familles comme “surveillant”, capables d'alerter l'équipe dès les premiers signes de dégradation, « souvent les familles alertent en disant : là ça va moins bien. » (E2 L279-280) Cela rejoint les trois fonctions des interventions à domicile décrites par Hochmann dans le cadre théorique : la reconstruction du patient, le soutien aux proches et la médiation entre le patient et son environnement. La visite à domicile permettrait ainsi d'agir avant que la situation ne nécessite une hospitalisation, évitant au patient une nouvelle rechute qui, comme elle le précise, « aggrave chaque fois un peu plus la maladie. » (E2 L295)

Présentation de la soignante : Karine

La troisième soignante interrogée est diplômée depuis 2013 et n'a exercé qu'en psychiatrie tout au long de sa carrière. Elle est passée par des services de resocialisation puis d'accueil crise fermée, avant d'intégrer l'équipe mobile dès son ouverture en 2019.

Ce parcours témoigne de connaissances solides et diversifiées en psychiatrie. Avoir exercé dans différents types de prise en charge constitue un atout réel pour s'adapter aux patients rencontrés en visite à domicile. De plus, le fait d'avoir intégré l'équipe dès son ouverture lui confère une vision approfondie des pratiques et de leur évolution au fil des années, ce qui enrichit sa lecture des situations cliniques.

Les motivations du choix de l'équipe mobile :

Après plusieurs années en accueil crise fermée, la soignante exprime avoir eu besoin de voir le patient sous une autre perspective. Elle évoque avec enthousiasme la différence de relation que permet le domicile, « c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a une relation qui est totalement différente avec le patient. » (E3 L7-8).

Ce qui est particulièrement intéressant dans son témoignage, c'est qu'elle soulève une notion absente du cadre théorique, qui est le renversement du rapport soignant-soigné. Elle évoque « pendant toute notre carrière, c'est le patient qui s'adapte à nous parce qu'on est en service, il doit s'adapter aux règles du service. Et là on est plutôt sur l'inverse, comme on est au domicile,

on est chez eux et c'est un petit peu aussi à nous de nous adapter à lui. Et ça c'est bien aussi de se remettre dans le contexte qu'on est pas tout-puissant. » (E3 L8-12).

Cette observation est fondamentale. En étant au domicile, le rapport habituel entre soignant et soigné est modifié : le patient n'est plus dans l'institution du soignant mais dans son propre espace, ce qui lui redonne une forme de pouvoir et d'autonomie. Cela rejoint les principes fondateurs de la psychiatrie communautaire développés dans le cadre théorique, qui visent à redonner au sujet souffrant une place en tant que citoyen, et non plus seulement en tant que patient.

Une visite à domicile réalisée avec un patient schizophrène et son indication :

La soignante présente avec humour une visite qui l'a marquée. Le patient avait été indiqué afin de réaliser un état des lieux de son domicile avant sa réintégration, après une rupture de soins. L'objectif rejoint directement ce que le cadre théorique développe sur la nécessité de mieux connaître l'environnement de vie du patient afin de pouvoir adapter ses besoins selon le projet de soins.

Sur place, l'appartement s'avère dans un état d'insalubrité extrême, « il y avait bien 10 à 15 centimètres d'épaisseur de déchets dans tout l'appartement. » (E3 L25-26). La salle de bain, fermée depuis un moment, dissimulait un nid de cafards envahissant tout l'espace à l'ouverture de la porte. La soignante décrit cette expérience comme l'une des plus marquantes de sa carrière.

Au-delà de l'anecdote, cette situation illustre de manière très concrète ce que le cadre théorique développe sur le désinvestissement du domicile chez les patients psychotiques en état de décompensation. L'appartement est ici le reflet direct de la rupture de soins et de l'état clinique du patient. Cette situation met aussi en lumière les conditions parfois très difficiles auxquelles sont confrontés les soignants lors des visites, abordées dans le cadre théorique à travers les limites pratiques des prises en charge à domicile.

Les principales indications reçues pour les visites à domicile :

La soignante identifie plusieurs types d'indications. Pour les patients hospitalisés, il s'agit principalement d'évaluer l'état du logement et d'observer comment le patient se comporte en dehors du cadre hospitalier. Elle utilise une métaphore particulièrement parlante, « il y a plus la contenance des murs, donc si en hospit ça se passe bien, après dehors ça peut se passer moins bien. » (E3 L 41-42)

Cette image est particulièrement riche car elle souligne que le milieu hospitalier offre une structure contenant que le domicile ne peut pas reproduire. Un patient peut sembler stabilisé à l'hôpital et se retrouver en difficulté une fois rentré chez lui, précisément parce que ce cadre "contenant" disparaît. La visite à domicile permet donc d'anticiper ces difficultés avant qu'elles ne génèrent une nouvelle décompensation.

Pour les patients non hospitalisés, elle évoque les indications d'évaluation et d'orientation, « à nous de voir un petit peu si c'est de la psy, si c'est pas de la psy. » (E3 L46-47). Cette dimension diagnostique illustre ce que le cadre théorique développe sur la nécessité pour l'infirmier d'avoir "une solide connaissance en psychopathologie et en clinique" afin d'orienter correctement le patient vers la prise en charge adaptée.

Les bénéfices de la visite à domicile chez un patient schizophrène :

La soignante présente un patient qu'elle suit depuis dix ans, pour qui le maintien à domicile avait toujours été compliqué. Il ne restait jamais plus de quelques mois dans un appartement avant de le dégrader. Depuis que l'équipe le suit trois fois par semaine, la situation a changé, « ça fait presque un an qu'il est dehors et ça se passe bien, c'est super chouette. » (E3 L59-60)

Ce résultat est significatif. La régularité des visites a créé une ritualisation bénéfique pour ce patient, en effet « il sait que tel jour on passe, ça le ritualise et le lien se crée. Et ce qui fait que du coup il essaye aussi de faire en sorte que tout se passe bien. » (E3 L60-61) Il entretient désormais son appartement avec l'aide d'un auxiliaire de vie et est présent lors des visites. Comme cela est développé dans le cadre théorique, l'instauration d'une routine régulière est particulièrement importante pour les patients souffrant de schizophrénie, dont la désorganisation psychique rend le quotidien difficile à structurer seuls. La visite à domicile régulière joue ici un rôle de cadre structurant, compensant partiellement cette désorganisation.

Instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant :

La soignante est concise mais claire, la relation se construit avec le temps, à force de rencontres répétées. Elle insiste sur la dimension temporelle et sur l'adaptation comme outils essentiels, « à force de le voir, de l'accompagner. » (E3 L71)

Elle illustre ses propos par l'exemple d'un patient pour qui le lien s'est construit autour d'une passion particulière. Lors des trajets d'accompagnement vers la MAS, il s'arrêtait systématiquement à l'office de tourisme pour récupérer des prospectus, « c'est son truc, les prospectus, les prospectus, les prospectus. » (E3 L78) La soignante s'est appuyée alors sur cet

intérêt pour créer un espace relationnel, tout en posant un cadre, « on lui disait tu en prends que trois. » (E3 L80).

Cet exemple illustre un principe fondamental, qui est que la relation de soin en psychiatrie ne se construit pas nécessairement autour de la pathologie, mais autour de la personne dans sa globalité. En s'adaptant aux intérêts du patient, le soignant crée un espace dans lequel celui-ci peut s'engager sans se sentir envahi.

La visite à domicile comme indication pour traiter le repli autistique :

La soignante pense que la visite à domicile peut avoir un effet bénéfique sur le repli autistique, notamment grâce à la régularité du suivi. Elle reprend l'exemple du patient suivi trois fois par semaine, « il est quand même dans le contact avec nous, il arrive à être souriant, à être un peu en interaction, même si pour lui c'est ultra compliqué parce qu'il est bien dans la maladie. » (E3 L88-90) Le patient a même développé une capacité à communiquer de manière autonome, « quand il ne perd pas sa puce, il arrive à nous appeler pour nous dire 'aujourd'hui je peux pas'. » (E3 L92)

Cette progression, aussi minime soit-elle, est significative. La soignante montre que si le repli autistique ne peut pas complètement disparaître, des visites régulières peuvent progressivement élargir la fenêtre relationnelle du patient. Cela rejoint ce que le cadre théorique développe sur l'efficacité limitée des traitements médicamenteux sur les symptômes négatifs : la visite à domicile, lorsqu'elle est suffisamment intensive, peut contribuer là où le médicament ne peut pas agir.

Elle précise également que ce travail relationnel s'étend aux aidants du patient. L'équipe a "briefé" l'auxiliaire de vie qui se rends à domicile afin d'aider le patient à entretenir son appartement sur la bonne façon d'aborder le patient « il ne faut pas être trop frontal avec lui, tranquille. » (E3 L 96) Cela illustre le rôle de coordination et d'éducation des aidants que joue l'infirmier dans la visite à domicile, contribuant à créer un environnement relationnel cohérent et adapté autour du patient. De plus, cette visite de la part de l'auxiliaire se passe également bien et le patient s'investit d'ailleurs lors des tâches ménagères.

Quand la visite à domicile est-elle satisfaisante ? :

La soignante adopte une approche centrée sur le bien-être subjectif du patient plutôt que sur des critères de conformité extérieurs. Elle est claire « c'est pas le but que ça soit rangé au carré, pas une trace de poussière, la bonne déco. » (E3L 103-104) Ce qui compte, c'est que le patient soit bien chez lui, selon ses propres critères, « s'il veut pas de draps, s'il veut juste son matelas avec un oreiller parce qu'il a jamais eu l'habitude et que pour lui il en a pas besoin, le but c'est qu'il soit bien. » (E3 L105-107).

Elle ajoute, « c'est chez eux, faut pas l'oublier, c'est pas chez nous, on meuble pas notre maison. » (E3 L116-117) Cette posture fait directement écho à ce que le cadre théorique développe sur l'humanisation du soin et le respect de la singularité du patient. Elle rejoint également les principes de la réhabilitation psychosociale, qui vise à améliorer la qualité de vie du patient selon ses propres critères et non selon des normes extérieures. Le soignant respecte ainsi l'autonomie du patient tout en l'accompagnant.

Les principales difficultés rencontrées lors des visites à domicile :

La soignante identifie les conditions environnementales comme principale difficulté. Elle évoque avec sa principale source d'angoisse lors des visites, « moi je suis focus punaise de lit, ça m'angoisse, c'est vraiment le pire. » (E3 L122) Elle précise que le risque ne concerne pas uniquement les soignants mais aussi les services hospitaliers, car les parasites peuvent être ramenés involontairement dans les unités, « déjà pour eux, pour nous, mais après pour les services. » (E3 L125).

Cette réponse souligne une réalité concrète que le cadre théorique n'aborde pas, les soignants interviennent dans des espaces parfois très dégradés, sans les protections institutionnelles habituelles, ce qui génère des contraintes spécifiques à gérer en parallèle de la prise en charge clinique.

Elle nuance cependant en soulignant que malgré ces difficultés matérielles, la dimension relationnelle reste toujours accessible, « la relation avec le patient ça se fait bien toujours, même si le maintien à domicile c'est un peu compliqué, on arrive toujours à temporiser et à trouver des solutions. » (E3 L129-130) Cela confirme ce que le cadre théorique développe sur la centralité de la relation soignant-soigné en psychiatrie, même dans les situations les plus difficiles, la relation reste plus ou moins possible.

Quand la visite à domicile est-elle insuffisante ou inadaptée ? :

La soignante identifie deux situations d'insuffisance. La première est d'ordre organisationnel, la visite devient insuffisante lorsque le patient nécessite une hospitalisation mais que les lits sont saturés. L'équipe se retrouve alors à multiplier les visites pour temporiser, parfois quotidiennement, dans l'attente d'une place. Cette situation illustre une limite organisationnelle majeure mentionnée dans le cadre théorique, à savoir la dépendance des équipes mobiles aux moyens accordés et la complexité de coordination avec les structures hospitalières.

La deuxième situation présentée évoque une visite chez une patiente en état de détresse, qui s'effondre et évoque avoir monté une corde, tout en niant l'intention suicidaire, « j'ai monté la corde du garage, je suis allée la chercher, mais non, je vais pas me pendre, c'est juste pour descendre les meubles par le balcon. » (E3 L144-146). Face à cette situation, un vendredi après-midi, sans médecin disponible et avec une patiente refusant l'hospitalisation, l'équipe a dû faire appel aux pompiers.

Cet exemple illustre la tension entre le respect du consentement du patient et la responsabilité de protection qu'assume le soignant. Comme développé dans le cadre théorique à travers la loi du 5 juillet 2011, la visite à domicile ne permet pas d'imposer des soins par la contrainte. Mais face à un risque vital, le soignant ne peut pas non plus rester passif. C'est dans ces moments que les limites de la visite à domicile apparaissent avec le plus de clarté.

L'intérêt d'intervenir à domicile :

La soignante résume l'intérêt de la visite à domicile à travers le concept d'"aller vers", qu'elle qualifie avec une légèreté d'ironie de « beau mot du moment » (E3 L156) et de « grand mot à la mode » (E3 L157), « pour de vrai, les patients il y en a plein qui n'iront pas du tout vers les soins parce que ça fait peur, ou alors ils sont totalement dans le déni. » (E3 L159-159).

Cette réflexion rejoint directement ce que le cadre théorique développe sur l'anosognosie fréquente dans la schizophrénie, c'est-à-dire l'absence de conscience des troubles, qui rend l'accès spontané aux soins difficile voire impossible pour certains patients. La soignante confirme ainsi que la visite à domicile est souvent la seule façon de les atteindre. En allant vers eux plutôt qu'en attendant qu'ils viennent, l'équipe mobile remplit une fonction essentielle que ni le CMP ni l'hôpital ne peuvent assurer seuls.

Elle évoque enfin son intervention auprès de patients hospitalisés dans des structures non psychiatriques, pour qui l'équipe joue un rôle d'orientation et de relais vers des soins adaptés à

leur sortie. Cela illustre la dimension transversale et préventive de la visite à domicile développée dans le cadre théorique, qui dépasse le seul suivi du patient connu pour s'étendre à une mission plus large d'accompagnement vers les soins.

7.3 Résultat en tendance et question de recherche

Suite aux entretiens de nombreux thèmes qui n'étaient pas abordés dans le cadre théorique ont émergé. Parmi ces thèmes, celui de l'environnement revient particulièrement et sous différents aspects.

Le domicile comme outil d'évaluation clinique

Ce thème ressort des trois entretiens plusieurs fois. Les trois soignantes s'accordent sur le fait que le domicile reflète l'état psychique du patient et offre des informations cliniques inaccessibles à l'hôpital.

L'état du logement devient un indicateur clinique. Il révèle le niveau de fonctionnement du patient au-delà de ce qu'il exprime verbalement. C'est particulièrement utile dans la schizophrénie, où l'anosognosie est fréquente. Un patient peut minimiser ses difficultés ou ne pas en avoir conscience, mais son environnement, lui, ne ment pas. Les trois soignantes décrivent des domiciles dégradés, insalubres ou totalement vides, directement liés à la décompensation du patient.

Sur ce point, les trois soignantes se rejoignent pleinement. Elles partagent le même avis, ce que l'on observe au domicile dépasse ce que l'on voit à l'hôpital. Cela suggère que cette fonction évaluative du domicile est une réalité clinique partagée, vécue au quotidien sur le terrain.

Ce constat confère alors au domicile une fonction diagnostique que seule la visite à domicile permet de voir.

Le soignant ne s'appuie alors plus uniquement sur le discours du patient, mais également sur son environnement pour mieux comprendre son fonctionnement psychique et ajuster sa manière d'entrer en relation avec lui.

L'environnement du domicile comme moyen relationnel

Ce thème ressort fortement des trois entretiens. Les soignantes montrent que le domicile offre un support concret pour créer une accroche relationnelle avec des patients peu communicants ou très repliés.

Chez lui, le patient est dans son univers. Les objets, les photos, les passions visibles dans son espace de vie deviennent alors des points d'entrée relationnels. Là où le patient hospitalisé reste souvent fermé, le patient chez lui peut s'animer, partager ce qui l'intéresse et révéler une dimension de sa personnalité totalement inaccessible en institution.

Les trois soignantes se rejoignent sur ce thème, chacune l'illustrant à sa façon. Sarah décrit comment un simple objet dans l'appartement peut amorcer une conversation en dehors de la pathologie. Agathe souligne comment des patients très discrets à l'hôpital peuvent se révéler riches de passions une fois chez eux. Karine montre comment des moments anodins peuvent devenir des espaces relationnels précieux. Leurs exemples diffèrent, mais leur conclusion est la même, le domicile révèle une dimension du patient inaccessible en milieu hospitalier, et c'est cette dimension qui permet de construire un lien thérapeutique. En rejoignant le patient là où il est, dans son identité et son histoire, le soignant crée les conditions d'une relation que l'institution ne permet pas toujours d'établir. C'est une dimension particulièrement humanisante de la visite à domicile.

La relation semble alors davantage se construire à partir de l'univers du patient que du cadre institutionnel habituel.

L'environnement du domicile comme source de difficultés pour les soignants

L'environnement peut en effet être un point positif et un moyen d'améliorer la prise en charge mais il peut également être un frein à celle-ci. En effet, les entretiens font aussi émerger la dimension contraignante du domicile pour les soignants.

Sur ce thème, les trois soignantes se rejoignent dans le fait que l'environnement peut constituer une difficulté mais néanmoins pour des causes différentes. Sarah met en avant les risques liés aux patients délirants hors du cadre institutionnel, qui demandent une vigilance accrue. Agathe pointe la présence des familles, qui peuvent paradoxalement couper le soignant de l'accès direct au patient. Karine identifie les conditions matérielles dégradées, notamment les infestations de parasites, comme sa principale préoccupation.

Ces différences montrent que les difficultés liées au domicile ne sont pas vécues de façon unanime. Elles dépendent de la sensibilité et de l'expérience de chacune. Cependant un point les rassemble toutes, malgré ces obstacles, la dimension relationnelle reste toujours accessible.

Ce thème met en lumière une réalité peu abordée dans la littérature. Le soignant intervient dans un espace qui ne lui appartient pas, sans les protections institutionnelles habituelles. Cela génère

des contraintes spécifiques qu'il doit gérer tout en maintenant une posture professionnelle adaptée.

Le domicile semble ainsi demander au soignant une attention constante afin de préserver le cadre thérapeutique malgré un environnement parfois imprévisible.

Le renversement du rapport soignant-soigné

À l'hôpital, c'est le patient qui s'adapte au soignant, aux règles du service, au cadre institutionnel. À domicile, c'est l'inverse. Le soignant entre dans l'espace du patient. Ce déplacement modifie le rapport habituel entre les deux. Le patient retrouve une forme de pouvoir et d'autonomie. Le soignant, lui, doit accepter de sortir de sa position de maîtrise pour adopter une posture d'adaptation et d'humilité.

Les trois soignantes se rejoignent sur l'idée générale, mais ne l'expriment pas avec la même intensité. Karine évoque le sujet, en nommant clairement ce renversement. Agathe l'illustre en décrivant comment l'équipe laisse le patient guider et décider jusqu'où les soignants peuvent entrer. Sarah y fait référence, en évoquant l'absence de blouse et de véhicule identifié.

Le renversement est vécu par toutes, mais il n'est pas toujours perçu de la même façon. Ce changement de posture facilite le lien avec des patients pour qui la relation institutionnelle est vécue comme intrusive ou menaçante.

Le soin semble alors davantage reposer sur la capacité du soignant à trouver sa place dans l'univers du patient sans imposer le cadre hospitalier habituel.

La ritualisation comme outil thérapeutique spécifique

Sur ce point, les trois soignantes se rejoignent pleinement. Elles partagent toutes que la régularité des visites crée chez le patient schizophrène une ritualisation ayant des effets thérapeutiques concrets. Savoir qu'une visite aura lieu tel jour génère alors une anticipation positive car elle mobilise le patient et l'implique dans sa propre prise en charge. Les exemples des trois soignantes sont différents, mais partagent la même conclusion, la régularité a permis à des patients de maintenir leur domicile, de développer leur autonomie et de s'inscrire dans une dynamique de soins durable, là où toutes les tentatives précédentes avaient échoué.

La ritualisation est alors un véritable levier thérapeutique, reconnu et utilisé consciemment par les professionnels de terrain. Dans la schizophrénie, la désorganisation de la pensée et le repli autistique rendent le quotidien difficile à structurer seul. En instaurant une rythmicité prévisible

et rassurante, les visites régulières offrent un cadre structurant qui compense partiellement cette désorganisation. C'est précisément parce que cette structure est vécue positivement par le patient qu'elle peut avoir des effets durables.

La régularité des visites semble ainsi participer à la création d'un cadre sécurisant, favorisant progressivement l'engagement du patient dans la relation de soin.

La dimension économique et institutionnelle de la visite à domicile

Sur ce point, les soignantes ne se rejoignent pas tout à fait. Sarah l'aborde directement. En soulignant que la visite à domicile coûte moins cher qu'une hospitalisation et que cet argument économique soutient le développement des équipes mobiles. Agathe et Karine ne traitent pas cet aspect de la même façon. Elles évoquent cependant, la tension liée au manque de lits, qui contraint parfois l'équipe à multiplier les visites pour pallier l'impossibilité d'hospitaliser un patient qui en aurait besoin.

Cette divergence suggère que la dimension économique n'est pas vécue de la même façon par tous les soignants. Certains la nomment, d'autres non. Cette tension peut placer les équipes dans des situations difficiles, notamment quand elles doivent compenser les insuffisances du système hospitalier.

Ainsi, au-delà de ses bénéfices thérapeutiques, la visite à domicile semble également confronter les soignants à des contraintes institutionnelles pouvant influencer leur manière de construire et maintenir la relation de soin auprès du patient souffrant de schizophrénie.

Les entretiens ont mis en lumière plusieurs éléments importants. L'environnement du patient permet d'abord d'accéder à une compréhension plus globale de son fonctionnement psychique. Il offre aussi des supports relationnels différents de ceux rencontrés à l'hôpital. Mais il expose également les soignants à des contraintes spécifiques, liées au fait d'intervenir dans un espace privé qui ne leur appartient pas.

Ces constats renvoient alors vers une même interrogation. Comment le soignant construit-il ce lien à domicile avec le patient souffrant de schizophrénie ? Comment le fait-il évoluer au fil du temps, malgré les résistances, malgré le repli, malgré les contraintes de l'environnement ?

La question de recherche qui émerge de cette analyse est donc la suivante :

« Comment le soignant adapte-t-il la relation de soin au domicile auprès du patient souffrant de schizophrénie ? »

8 Conclusion

Mon travail de fin d'études touche aujourd'hui à sa fin. Il vient clôturer trois années de formation, intenses, parfois difficiles, mais profondément enrichissantes. Durant ce parcours, j'ai progressivement construit ma réflexion autour du soin et de la relation soignant-soigné.

Suite à ma situation d'appel je me suis d'abord interrogé sur la schizophrénie et ses « conséquences » très vite une autre interrogation est apparue : quel est le sens de ces visites à domicile ? Je souhaitais comprendre la place des visites à domicile dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie.

Les lectures théoriques m'ont d'abord permis de mieux comprendre la schizophrénie. J'ai pu approfondir les symptômes positifs, les symptômes négatifs, le repli autistique ou encore la dissociation, qui éloigne parfois certains patients des soins. Ce travail m'a également aidée à comprendre l'évolution de la psychiatrie. Progressivement, les prises en charge se sont ouvertes vers l'extérieur donnant naissance à la psychiatrie communautaire. Le patient n'est plus uniquement pensé dans l'institution, mais aussi dans son environnement de vie, au sein d'une psychiatrie davantage communautaire.

Les entretiens réalisés auprès des infirmières d'équipe mobile ont ensuite apporté une dimension concrète à cette réflexion. Tous ont montré que le domicile représente bien plus qu'un simple lieu d'intervention. Il devient un véritable outil clinique. À travers l'état du logement, l'organisation du quotidien ou encore les objets présents dans l'environnement, les soignants accèdent à des informations souvent invisibles à l'hôpital.

Le domicile est aussi un espace relationnel. Chez lui, le patient paraît parfois différent. Certains parlent davantage. D'autres montrent des passions, des habitudes ou des aspects de leur personnalité qu'ils ne laissent jamais apparaître en institution. Le lien thérapeutique semble alors se construire autrement, à partir de l'univers du patient plutôt qu'à partir du cadre hospitalier.

Cette pratique demande une adaptation constante du soignant. À domicile, le rapport habituel se modifie. Le soignant entre dans un espace qui ne lui appartient pas. Il doit trouver sa place sans imposer celle de l'institution. Cela nécessite de la souplesse, de l'humilité, mais aussi une grande capacité d'ajustement face au rythme et aux limites du patient.

Les entretiens ont également mis en lumière les difficultés de ces prises en charge. Les soignants peuvent être confrontés à des logements insalubres, à des situations de grande précarité, au refus

du patient ou encore à des moments de crise particulièrement complexes. Malgré cela, toutes les soignantes interrogées insistent sur un point : maintenir une présence régulière reste essentiel. La répétition des visites crée une forme de ritualisation rassurante. Peu à peu, cette stabilité favorise le lien, soutient le patient et participe parfois au maintien à domicile.

Lorsque j'ai commencé ce travail, je percevais surtout la visite à domicile comme une manière de poursuivre les soins hors de l'hôpital. Aujourd'hui, mon regard a évolué. Je comprends que cette pratique transforme profondément la relation de soin. Le soignant ne peut plus uniquement s'appuyer sur le cadre institutionnel. Il doit construire la relation directement à partir du patient, de son histoire, de son environnement et de ses capacités du moment.

La réalisation de ce mémoire a représenté un véritable défi personnel. Au début, j'avais peur de ne pas réussir à mener un travail de recherche autour de notions que je percevais comme complexes. Certaines lectures demandaient du temps, de la réflexion et beaucoup d'investissement personnel. Pourtant, au fil des recherches, des entretiens et des analyses, cette appréhension a progressivement laissé place à une réelle curiosité intellectuelle.

Ce travail m'a permis de développer ma capacité de réflexion, mais aussi d'approfondir ma compréhension de la pratique psychiatrique et de la relation de soin. Aujourd'hui, ce travail m'amène à porter un regard différent et plus large sur le soin relationnel en psychiatrie. Il me rappelle surtout qu'au-delà des actes techniques, le soin se construit principalement dans la rencontre de l'autre, dans l'adaptation et dans la capacité du soignant à aller vers le patient, même lorsque celui-ci semble éloigné des soins ou du lien à l'autre.

9 Sitographie

Inserm. (2023). *Schizophrénie*.

<https://www.inserm.fr>

Organisation mondiale de la Santé. (2019). *Schizophrénie*.

<https://www.who.int>

Haute Autorité de Santé. (2018). *Prise en charge des troubles psychiques sévères*.

<https://www.has-sante.fr>

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Schizophrénie et autres troubles psychotiques*.

<https://www.psychiatry.org>

Cairn.info. (s.d.). *Autisme et schizophrénie : approches psychopathologiques*.

<https://www.cairn.info>

National Library of Medicine. (s.d.). *Hildegard E. Peplau and interpersonal relations in nursing*.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*.

<https://archive.org>

Cairn.info. (s.d.). *Louis Minkowski – La schizophrénie*.

<https://www.cairn.info>

Hôpital Sainte-Anne. (2020). *Pratiques de soins et accompagnement en psychiatrie adulte*.

<https://www.ghu-paris.fr>

Patouillard, R. (2011). La schizophrénie : cent ans encore ? *La revue lacanienne*, 2011/2(10), 105–112.

<https://shs.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2011-2-page-105?lang=fr>

Crocq, M.-A. (2011). La psychiatrie hors les murs : la VAD. *Revue Lacanienne*, 2011(2), 105–118. <https://shs.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2011-2-page-105?lang=fr>

Crocq, M.-A. (2012). La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. Dans J. Daléry, T. D’Amato & M. Saoud (dir.), Pathologies schizophréniques. Lavoisier.

https://shs.cairn.info/article/LAV_DALER_2012_01_0005?lang=fr

Institut du Cerveau. (s. d.). Schizophrénie. Institut du Cerveau. <https://institutducerveau.org/fiches-maladies/schizophrenie>

Inicea. (s. d.). La schizophrénie. Inicea – Groupe Clariane. <https://www.inicea.fr/articles/pathologie/la-schizophrenie>

Delion, P. (dir.). (2000). L’autisme et la psychose à travers les âges de la vie : l’enfant, l’adolescent, l’adulte (p. 49–58). Érès. <https://shs.cairn.info/l-autisme-et-la-psychose-a-travers-les-ages--9782865867844-page-49?lang=fr>

Brunet, J. (2016). Comprendre la schizophrénie : qu’est-ce que c’est ? In Handicaps et psychopathologies (p. 89-...). <https://shs.cairn.info/handicaps-et-psychopathologies--9782100769599-page-89?lang=fr>

Auteur inconnu. (s.d.). L’autisme et la psychose à travers les âges (p. 49-...). <https://shs.cairn.info/l-autisme-et-la-psychose-a-travers-les-ages--9782865867844-page-49?lang=fr>

Association pour la Psychiatrie Communautaire du Canada. (s. d.). La psychiatrie communautaire. CPAC–APCC. <https://www.cpac-apcc.org/mission/la-psychiatrie-communautaire>

Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2020). Comprendre les schizophrénies. In Les schizophrénies : De la naissance du concept aux avancées neuroscientifiques actuelles (pp. 67–144). Dunod. <https://shs.cairn.info/les-schizophrenies--9782100788521-page-67?lang=fr>

Jung et la dissociation schizophrénique – ScienceDirect

Delay, J., & Deniker, P. (1952). L’utilisation en thérapeutique psychiatrique d’une phénothiazine d’action centrale : la chlorpromazine. Annales Médico-Psychologiques. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385500888751>

Sinzelle, J. (2019). Cent ans de démence précoce : grandeur et décadence d’une maladie de la volonté. L’Information psychiatrique, 95(2), 122-126.

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2019-2-page-122?lang=fr>

Espace Infirmier. (s. d.). La psychiatrie hors les murs : la VAD. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/la-psychiatrie-hors-les-murs-la-vad.html>

Burnichon, P. (s. d.). La psychiatrie hors les murs : la visite à domicile (VAD). Espace Infirmier. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/la-psychiatrie-hors-les-murs-la-vad.html>

Cairn.info. (2011). La psychiatrie hors les murs. Revue lacanienne, 2(2), 105–. <https://shs.cairn.info/revue-la-revue-lacanienne-2011-2-page-105?lang=fr>

Espace Infirmier. (s. d.). La psychiatrie hors les murs : la VAD. <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/la-psychiatrie-hors-les-murs-la-vad.html>

EM Consulte. (s. d.). Visites à domicile en psychiatrie. <https://www.em-consulte.com/article/263249/visites-a-domicile-en-psychiatrie>

Grieps. (s. d.). Les interventions au domicile en psychiatrie (VAD et HAD). <https://www.grieps.fr>

Soins Domicile. (s. d.). Visites à domicile en psychiatrie. <https://www.soinsdomicile.ma>

Infirmiers.com. (s. d.). Accompagner et non pas forcer... <https://www.infirmiers.com>

10 Annexes

Table des annexes

Annexes 1 - Guide d'entretien	I
Annexes 2 - Retranscription entretien Sarah (IDE1).....	II
Annexes 3 - Retranscription entretien Agathe (IDE2)	XIV
Annexes 4 - Retranscription entretien Karine (IDE3).....	XXIV
Annexes 5 - Demande d'autorisation des entretiens.....	XXX
Annexes 6 - Autorisation des entretiens.....	XXXI
Annexes 7- Autorisation de diffusion de travail de fin d'études.....	XXXII

Annexes 1 - Guide d'entretien

1. Pouvez-vous vous présenter ? faites-le de la façon que vous souhaitez ?
2. Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu ?
3. J'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisé au domicile d'un patient présentant une schizophrénie.
4. Quelles sont les indications principales des VAD.
5. Pouvez-vous me parler des bénéfices de la VAD chez un patient souffrant de schizophrénie après me l'avoir présenté.
6. Comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
7. On peut penser que la VAD est une indication pour traiter le repli autistique de ces patients. Pourquoi et avez-vous un exemple
8. Quand considérez-vous que votre VAD est satisfaisante. Quel est le minimum que vous attendez ? merci d'appuyer votre réponse par des exemples
9. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
10. Dans quelles situations la visite à domicile vous semble-t-elle insuffisante ou inadaptée ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
11. Pensez-vous qu'il y a un intérêt à intervenir au domicile et lequel ?

Annexes 2 - Retranscription entretien Sarah (IDE1)

1 ESI : Bonjour nous allons commencer l'entretien, du coup la première question est pouvez- vous
2 vous présenter et faites de la façon dont vous le souhaitez.

3 IDE : OK. Donc je suis infirmière, du coup je suis infirmière... Je suis de la promo de 2020 à
4 2023, donc ça fait très peu que je suis diplômée en tant qu'infirmière, mais ça fait 17 ans que je
5 suis en psychiatrie. Parce que du coup au départ j'étais ASH Après j'ai fait aide-soignante et
6 après j'ai fait infirmière. Voilà donc quand j'étais diplômée infirmière, j'ai intégré une unité
7 d'accueil crise ouverte sur l'unité de l'espoir. Et du coup sur l'équipe mobile de psychiatrie
8 générale, ça fait un an là au mois de janvier que j'ai intégré l'équipe mobile.

9 ESI : Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce milieu ?

10 IDE : Bah du coup ça fait 17 ans que je suis en psychiatrie donc pour moi c'est quand même
11 assez ...C'est les pathologies qui m'intéressent en psychiatrie, c'est vrai que le somatique, on en
12 fait quand même mais beaucoup moins que l'hôpital général. Et du coup je voulais rester dans
13 la psychiatrie bon accueil crise ouvert, j'avais fait un petit peu le tour et du coup je voulais
14 intégrer l'équipe mobile pour être plus proche du patient dans sa globalité au niveau social au
15 niveau logement et familial.

16 ESI J'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisée avec un patient
17 schizophrène.

18 IDE : Oui, alors du coup c'est un patient qui a une quarantaine d'années qui nous a été indiqué
19 par l'EDES. Donc en fait c'est un dispositif qui existe où il y a des infirmières des assistantes
20 sociales et qui sont assez étayants au niveau de certains patients. Et du coup parce que nous
21 l'équipe mobile, je ne sais pas si tu sais, mais en fait on intervient chez les patients que sur
22 indication médicale en général. Donc là on a eu cette indication de l'EDES pour un patient qui
23 a perdu sa maman en fait qui était très étayante pour lui. Et en fait elle est décédée d'un cancer
24 et après à domicile il était tout seul donc on allait faire des visites à domicile Donc nous on
25 téléphone aux patients quand on a une indication, on demande s'il veut bien nous voir, on lui
26 explique un petit peu les missions de l'équipe mobile. Pourquoi on intervient à domicile et notre
27 but à nous c'est de faire des évaluations cliniques, de voir si le patient est décompensé et qu'il
28 faut ajuster les traitements. Et aussi qu'il ait une accroche au niveau de l'ambulatoire.
29 L'ambulatoire c'est tout ce qui est CMP hôpital de jour CMP. Et parfois aussi s'ils ne sont pas
30 observants au traitement, on peut demander à ce qu'il y ait des infirmières à domicile. Donc ça
31 c'est un psychiatre qui fait la prescription après nous on travaille aussi avec un IPA qui est là le

32 mercredi avec nous et il peut faire des VAD pour aussi prolonger les traitements ou réajuster
33 certains traitements et nous faire les ordonnances s'il y a besoin pour une infirmière à domicile.
34 Voilà nous c'est beaucoup des évaluations cliniques pour voir si le patient il est stable s'il a
35 besoin d'un rajustement de traitement ou si jamais c'est très fragile, on peut aussi si jamais on
36 voit qu'il a beaucoup décompensé, on peut faire appel téléphoner au SAMU ou alors de faire
37 une évaluation par un psychiatre à l'accueil de l'hôpital.

38 ESI : Et du coup ce patient était indiqué pour quelles raisons ? parce qu'il était seule suite au
39 décès de sa maman ? Il avait besoin de quoi ? c'était pour quoi exactement que vous alliez chez
40 lui ?

41 IDE : En fait c'est parce que le patient du coup il avait de plus en plus d'HAV. Donc
42 d'hallucination accoustico-verbal , hallucination lui c'était plutôt auditif. Donc en fait les voix
43 lui disaient de se scarifier, de se faire du mal. Et nous on a été sollicité justement parce que
44 depuis il en avait de plus en plus. Après à savoir qu'un schizophrène peut toujours avoir entendre
45 des voix, avoir des hallucinations, mais ça n'empêche pas de vivre avec, alors que là ça
46 commençait à l'empêcher de vivre, il sortait plus de chez lui, il se scarifiait de plus en plus. Les
47 scarifications étaient de plus en plus importantes. Bon lui il nous disait des mutilations, ça restait
48 quand même superficiel. Donc du coup il avait quand même des infirmières justement de
49 l'EDES qui avaient été demandées par l'EDES qui passait. C'était des plaies assez superficielles,
50 mais pour lui il le vivait quand même comme s'il se faisait vraiment du mal qu'il s'ouvrait le
51 bras par exemple il disait qu'il s'était ouvert le bras, mais en fait c'était superficiel, c'était juste
52 une fine trace voilà.

53 ESI : Ok , et quels sont les principales indications que vous recevez pour les visites à domicile.

54 IDE : Alors pourquoi les visites à domicile ? Alors déjà nous, on est là aussi alors des fois il y
55 a les unités de soins, les unités de soins du PGAA parce que nous en fait on appartient au PGAA.
56 C'est.. c'est un pôle où ça fait Saint-Rémy Châteaurenard, Avignon, entre Traigues, Sorgues,
57 Bédarrides.. C'est tout ce secteur Provence Grand Avignon, Alpille, Provence.... Grand
58 Avignon Alpille voilà c'est ça c'est le PGAA. Et du coup nous on intervient donc à la demande
59 des psychiatres des unités de soins pour faire les sorties des patients. Quand le patient il sort
60 définitivement ou quand elle lui autorise des permissions, nous, on est là pour pallier faire le
61 lien entre l'intra et l'extra hospitalier. Donc nous par exemple on va prendre un patient qui est
62 hospitalisé, on va l'accompagner en permission. Donc on l'accompagne le matin, on l'emmène
63 à son domicile, on fait l'évaluation du domicile parce qu'à savoir qu'il y a beaucoup de patients

64 schizophrènes, malheureusement leur domicile. Quand ils ont décompensé avant d'être
65 hospitalisé, leur appartement il est dans un état des fois ils ont pété une douche, ils ont pété les
66 toilettes ou alors il y a beaucoup il y a des cafards c'est voilà c'est insalubre et nous on est là
67 aussi pour constater le logement. Si le logement est habitable, on va dire, on peut laisser le
68 passer en permission et on retourne le chercher en fin d'après-midi. Après une fois qu'on a fait
69 cette évaluation-là, on voit un petit peu aussi au niveau de l'humeur du patient au niveau de ses
70 angoisses parce qu'il y en a qui angoissent beaucoup d'aller chez eux parce que par exemple il
71 y a un patient schizophrène. Lui c'était impossible d'aller chez lui parce que dès qu'il rentrait
72 dans son logement pour lui, il entendait le diable lui parler, il entendait du coup il était dans ce
73 délire-là. Donc quand le traitement a été mis en place à l'hôpital, nous elle a demandé à ce qu'on
74 soit là pour les permissions. Des fois ça peut-être aussi d'une heure courte permission, ça peut-
75 être de deux heures ça peut-être à la journée. Après c'est la psychiatre qui nous donne par rapport
76 à son évaluation. Et après au niveau de la sortie donc l'équipe mobile elle gère tout elle gère les
77 rendez-vous CMP. Elle gère si jamais il y a l'hôpital du jour mis en place le rendez-vous avec
78 l'hôpital du jour mis en place. Nous, on l'accompagne au premier, on fait des visites à domicile
79 à la demande du psychiatre donc ça peut-être toutes les semaines Une fois par semaine, ça peut-
80 être deux fois par semaine jusqu'à trois fois par semaine. Il y a des patients où on y va trois fois
81 par semaine pour faire nos évaluations cliniques pour vérifier qui ne décompense pas à domicile
82 qui prennent bien ses traitements avec aussi l'infirmière qui passe à domicile avec qui on est en
83 contact parce qu'elle nous appelle si jamais le patient n'est pas à domicile ou si jamais il refuse
84 les traitements. Donc nous on intervient sur l'hôpital, l'équipe mobile à la demande des
85 psychiatres, mais on intervient aussi par des structures extérieures comme les EDES, des fois
86 on a des indications du SPIP aussi. Donc c'est le SPIP, tu vois ce que c'est... c'est quand ils
87 sortent de prison, ils sont souvent suivis par le SPIP. Voilà On intervient aussi à la demande
88 des psychiatres du libéral aussi. On peut intervenir à la demande du CMP aussi centre médicaux
89 psychologique parce qu'eux ils peuvent faire des vad, mais ils sont beaucoup sollicités par
90 rapport au rendez-vous à CMP donc on peut intervenir chez un patient leur demande. Après on
91 intervient aussi. On intervient aussi les généralistes, ils peuvent nous faire des indications aussi.
92 Mais là du coup nous on va à domicile et si jamais il y a besoin, on fait le relais avec le CMP.
93 On prend de suite rendez-vous le CMP si on voit que vraiment il y a une grosse décompensation,
94 on n'attend pas, on fait évaluer par un psychiatre en urgence ou on peut faire aussi le 18 qui soit
95 emporté par les pompiers. Donc là ils sont amenés à l'UAUP. Donc l'UAUP c'est sur le CHA,
96 je ne sais pas si tu as déjà vu, c'est l'hôpital d'Avignon donc ils sont évalués par un psychiatre
97 là-bas. Et après où ils sont hospitalisés sous contrainte ou alors en soins libres ça dépend aussi

98 le patient. Ou alors nous on peut faire aussi une demande à l'accueil si c'est un patient connu du
99 qui a déjà été hospitalisé là on appelle l'accueil de l'hôpital et on demande si le psychiatre est
100 disponible et nous si le patient veut bien, on peut l'accompagner pour qu'il soit évalué par un
101 psychiatre sur l'hôpital.

102 ESI : Ensuite, pouvez-vous me parler des bénéfices de la visite à domicile chez du coup les
103 patients seront de schizophrène

104 IDE : le bénéfice par rapport... pour le patient ?

105 ESI : Oui, c'est ça

106 IDE : En fait le patient ça lui fait une réassurance. Ça lui fait un étayage aussi du coup il sait
107 que quand même il est suivi qu'il n'est pas tout seul. On est là aussi pour répondre à leurs
108 questions parce que aussi il y a le côté social. Donc si jamais ils ont besoin souvent c'est des
109 patients qui touchent l'AAH, il peut y avoir heu bon souvent ils sont sous tutelle ces patients
110 là on peut aussi se mettre en contact avec leur tutrice. On peut leur prendre un rendez-vous avec
111 l'assistante sociale du CMP référent parce qu'ils ont selon leur habitation, ils appartiennent à tel
112 ou tel CMP. Ils sont affiliés plutôt à tel ou tel CMP Du coup c'est pareil si jamais il y a besoin
113 de rajustement aussi de traitement, nous on est là pour faire l'évaluation clinique donc si jamais
114 on voit que la personne elle a de plus en plus d'hallucinations visuelles ou auditives, on peut
115 aussi appeler le CMP de référence et il faut rapprocher le rendez-vous CMP parce que le patient
116 il faut qu'il soit évalué par le psychiatre Et à ce moment-là il sera vu par le psychiatre, il
117 réajustera le traitement. Mais pour lui en fait c'est un étayage en plus qui fait que ça va éviter
118 la décompensation à domicile et l'hospitalisation. Nous on est là aussi pour éviter
119 l'hospitalisation un maximum. Parce que l'hôpital les lits sont limités et on est en manque de
120 lits des fois on a la tension des lits et ça veut dire qu'il faut au maximum essayer de maintenir
121 du domicile.

122 ESI : D'accord, ensuite comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un
123 patient en retrait ou peu communicant ? Et si vous pouvez me donner un exemple

124 IDE : Alors pour le lien en fait avec le patient c'est ça ? Nous en fait c'est sur la confiance alors
125 après c'est sûr que c'est des patients qui sont quand même qui sont repliés au niveau social. Du
126 coup ils ont quand même beaucoup de mal donc des fois aussi ce lien de confiance ça peut
127 mettre du temps avant de le créer avec une personne schizophrène parce qu'ils sont dans leur
128 bulle, ils sont donc nous on essaye de les écouter. Il y en a qui parlent très peu donc souvent on

129 leur pose un petit peu des questions. Après on essaye de leur dire « oh ça c'est joli » par exemple
130 quelque chose c'est un tableau, et on va aller sur un objet, on va essayer de rentrer en relation.
131 En relation avec lui sur d'autres sujets que sa pathologie, parce que forcément sa pathologie des
132 fois ils sont aussi dans le déni. Il y en a beaucoup d'ailleurs qui sont dans le déni des troubles.
133 Donc on va essayer de travailler là-dessus. Et puis à force à force d'y aller parce que la confiance
134 en fait elle ne vient pas au premier entretien parce qu'il y en a, on connaît d'hospitalisation parce
135 qu'il y en a que c'est régulier, mais il y en a on connaît pas du tout donc on va y aller tout
136 doucement et on va y aller peut-être deux ou trois fois par semaine au départ Pour essayer de
137 construire cette relation. Après nous on demande toujours l'autorisation du patient si jamais il
138 faut qu'il aille en CMP pour être évalué par un psychiatre. Nous c'est vraiment la confiance. Il
139 faut que on ne peut pas casser faire semblant de dire venez, on va promener ou on vous amène
140 là-bas juste pour ça on va être franc avec lui. On va lui dire écoutez là vous voyez vous n'êtes
141 pas bien parce que vous entendez beaucoup de voix qui vous disent des méchancetés, on va
142 travailler là-dessus. On va lui dire vous ne vous sentez pas bien par rapport à ça il faudrait peut-
143 être voir le médecin pour que lui vous en discutez avec lui et qu'il voit ce qu'il peut faire pour
144 justement apaiser un petit peu ses voix qu'il vous dise des méchancetés. Tu vois, on va travailler
145 là-dessus avec lui quoi et après si jamais il nous dit non ce n'est pas grave on va le dire mais
146 écoutez continuez bien votre traitement actuel, on va essayer de voir ce qu'on peut faire et nous
147 on va appeler le psychiatre on va lui demander des conseils ou l'IPA. Et après on va lui
148 proposer une autre visite à domicile, on ne va pas le laisser parce qu'il va refuser d'être
149 évalué par un psychiatre. On va poursuivre...poursuivre jusqu'à qu'il accepte. Mais après il
150 acceptera parce que forcément il aura que nous en général ces patients là ils sont... Ils sont seuls
151 en général ils sont ...après Il y en a certains qui ont quand même des familles, mais les familles
152 sont épuisées donc ils font appel au médecin qui nous font l'indication parce que Parce que les
153 familles elles en peuvent plus quoi

154 ESI : On peut penser que la vie à domicile est une indication pour traiter le repli autistique de
155 ces patients. Pourquoi et avez-vous un exemple ?

156 IDE : Pour traiter le repli autistique. Alors en fait c'est visite à domicile oui c'est un peu pour
157 traiter le repli, on va dire le repli social, nous on dirait plus le repli social parce que ils ont très
158 peu de liens sur l'extérieur parce qu'ils sont souvent isolés. Nous nos visites à domicile
159 justement elles sont là pour essayer de travailler Avec eux du lien sur l'extérieur, donc ces
160 patients là on peut essayer aussi de voir avec les psychiatres qu'il y est une indication sur un
161 hôpital de jour. Ce sera plus un hôpital du jour qu'un CATTP pour des personnes schizophrènes.

162 Donc nous on est là pour ça et en même temps ça leur fait quand même du lien, ils voient du
163 monde, ils voient du monde. Ils voient des infirmières ça leur fait quand même ce lien-là. Mais
164 après à savoir que si le patient ne veut pas, il n'y a aucune obligation Après il y a des patients
165 schizophrènes où ils sont en programme de soins. Donc là c'est différent ils sont hospitalisés
166 sous contrainte, le psychiatre fait une sortie sous le programme de soins. Donc il y a une
167 obligation de soins en ambulatoire. Ça veut dire que si le patient ne va pas là par contre ils sont
168 obligés d'aller à l'hôpital le jour, ils sont obligés d'aller au CMP. Si jamais ils ne vont pas sur
169 ces... Ces indications en ambulatoire, la psychiatre de l'unité peut demander une réintégration.
170 Donc là il déploie une équipe qui vont le chercher à domicile, il est réintégré sur l'hôpital parce
171 que du coup il ne fait pas son programme de soins Voilà, mais bon, nous, les visites à domicile
172 sont oui pour le repli social. [SEP]Après repli autistique. Il y aura quand même toujours un retrait
173 autistique chez ces patients parce que ça c'est... c'est un symptôme c'est tu ne peux pas l'enlever
174 en fait ils sont dans leur bulle Mais on essaye d'apporter ce qu'on peut pour essayer au moins
175 qu'ils aient un petit lien social qui soit sorti qui sorte un petit peu de ce repli autistique de cet
176 isolement. Après des fois ça marche et des fois ça ne marche pas malheureusement. Et du coup
177 ils sont réhospitalisés en général.

178 ESI : Et est-ce que vous avez un exemple avec un patient que vous avez déjà eu ?

179 IDE : Un patient qu'on a déjà eu alors Oui oui alors par exemple on a un patient, c'est un patient
180 qui est qui a été hospitalisé pendant des années sur l'hôpital. Donc ce patient il a été Il avait plus
181 de logement parce que en fait l'hôpital était devenu sa maison au final. Donc ce patient il touche
182 l'aah, je te fais un petit peu Ouais c'est la situation, le contexte de ce patient. Donc avant il avait
183 un logement ce patient donc bon il a décompensé schizophrène. Il a été hospitalisé, mais ça fait
184 des années qu'il est connu sur l'hôpital donc il touche l'aah il est Il a sa tutrice et du coup été
185 hospitalisé pendant des années donc sa tutrice a rendu son appartement forcément. Donc ce
186 patient, il a été sorti de l'hôpital par une unité de soins emasip, c'est une unité de soins intensive
187 qui a existé pendant un an sur l'hôpital. Donc ils ont fait des tests pour sortir de l'hôpital des
188 patients chroniques. Donc dans des appartements qu'eux-mêmes ils ont recherché pour ces
189 patients là pour les rendre autonomes. Donc ils étaient quatre patients donc le patient je te dis
190 il fait partie de ces quatre patients. Donc pendant un an, cette équipe mobile qui a été créée, ils
191 ont été au niveau intensif, ils passaient le matin l'après-midi. Donc il y avait des infirmières à
192 domicile qu'ils ont qui a eu des prescriptions d'infirmières à domicile le matin et le soir plus
193 dans cette équipe emasip il y avait un infirmier, une éducatrice, un maître de maison. Ils étaient
194 trois donc ce patient bon pendant une année il y avait cette équipe et massive. Le patient il est

195 toujours sur l'extérieur dans son appartement il est à côté. Ça se passe très bien donc ils l'ont
196 rendu de plus en plus autonome parce que c'est des patients du coup ils savaient plus faire ses
197 courses, ils ne savaient pas faire son ménage, donc pendant un an ils ont tissé ce lien de
198 confiance justement. Et là emasip s'est arrêtée. Donc c'est l'équipe mobile qui a pris le relais sur
199 la demande du médecin psychiatre de la roseraie. Parce-que c'était un patient de la roseraie.
200 Donc du coup on intervenait à son domicile. Nous, on y allait au départ - trois fois par semaine.
201 Donc ce patient pareil, on a tissé ce lien de confiance tout doucement, on l'a même accompagné
202 ça ne fait pas partie spécialement de nos missions l'accompagné faire les courses. Mais on
203 voulait savoir comment il se débrouille donc au départ on a quand même dit on va
204 l'accompagner au moins une fois par semaine pour voir comment il se débrouille. C'est un
205 patient qui se débrouille super bien au niveau de son budget parce que ça tutrice lui donne son
206 budget pour la semaine. Donc il gère bien son budget, il va faire ses courses tout seul, il prend
207 le bus. Ce qu'il y a c'est que ce patient il est quand même très isolé au niveau social. Donc très
208 peu de contacts avec l'extérieur à part se mettre devant la boulangerie ou devant la pharmacie
209 et aller à son point de référence pour lui, c'est le CMP. Donc il peut passer des journées entières
210 au CMP à savoir le CMP ne peut pas non plus l'accueillir toute la journée ce n'est pas un lieu
211 pour ça c'est un lieu où justement il se passe juste des entretiens. Où il peut y avoir du des
212 administrations de traitement des préparations de piluliers, des injections aussi. Donc on a
213 essayé de travailler avec ce patient pour qu'il aille au CATTP , parce que du coup c'est plus un
214 lieu adapté pour lui pour des fois le CATTP ils peuvent faire des activités, mais ils peuvent
215 aussi aller juste boire le café le matin, discuter avec l'équipe de soins. Ce patient, il est en refus
216 total pour lui il n'aime pas, il ne veut pas aller là-bas. Donc ce patient il déambule dans sans
217 forcément parler aux gens, mais il ne fait pas de mal aux gens, mais il est sur l'extérieur ou alors
218 il rentre des fois dans la pharmacie, il ressort dans la boulangerie, il fait pareil. Ou il va aussi
219 au CMP, il fait pareil. Donc nous on est intervenu à la demande du CMP parce que du coup ça
220 venait de plus en plus contraignant pour les lieux où il allait forcément. On a essayé de travailler
221 avec lui le CATTP ça ne fonctionne pas, il ne veut pas y aller. Mais ce patient il ne fait pas de
222 mal. Donc en fait il est replié un petit peu à son domicile ou sur ces lieux-là. Mais nous on ne
223 peut rien faire quoi là ils ont mis en place un séquentiel, ils appellent ça un séquentiel. C'est en
224 fait il vient sur l'hôpital le samedi matin et il repart de son séquentiel le lundi matin. Ça a été ça
225 a été un petit peu le ouais ça a été pour qu'il ait ce lien un petit peu avec des soignants qui soient
226 sortis un petit peu de son domicile Et ça se passe super bien. Donc on a essayé de trouver cette
227 solution là avec l'équipe aussi de l'unité de soins la roseraie, plus le psychiatre de la roseraie et
228 l'équipe mobile et tous les week-ends il vient le samedi matin avec son petit sac son petit sac à

229 dos, ses affaires et il repart le lundi matin. Donc ça lui fait quand même garder ce petit lien Et
230 ça le sort de l'isolement au niveau de son domicile. Parce qu'il voulait même plus les infirmières
231 à domicile. Voilà donc là il a plus d'infirmières à domicile, mais il passe quand même au CMP
232 tous les jours pour prendre son traitement. On a gardé ça avec ce patient. Après il faut des fois
233 essayer de de trouver des solutions pour ces patients là parce que c'est compliqué. Après je peux
234 comprendre qu'une infirmière à domicile pour lui c'est trop intrusif. Parce qu'il y elle rentre
235 dans sa bulle, elle rentre ce n'est pas dans ses habitudes donc et on a trouvé cette solution du
236 séquentiel. Après est-ce que ça va durer ? Est-ce que on ne sait pas, ça fait quelques temps qu'il
237 fait ce séquentiel là ça se passe très bien. Est-ce que ça va durer un an c'est possible que ces
238 patients là il faut de la patience, il faut que ce soit jusqu'à ce qu'il accepte qu'il y ait des
239 infirmières qu'aillent à domicile et peut-être travailler encore avec lui sur l'unité où il va en
240 séquentiel, travailler avec lui. Peut-être d'aller un jour en hôpital de jour ou en CATTP, mais il
241 faut le travailler c'est long.

242 ESI : Quand considérez-vous que votre vie à domicile est satisfaisante ? Quel est le minimum
243 que vous attendez et si vous pouvez donner des exemples ?

244 IDE : Alors quand notre visite à domicile est satisfaisante, c'est quand le patient il est stabilisé.
245 Oui quand le patient est stabilisé qu'au niveau de l'humeur, il a eu mieux qu'il ait moins d'hav.
246 en fait que ça prenne pas toute la place en fait au quotidien après comme je t'ai dit chez les
247 patients schizophrènes, il peut toujours avoir un fond délirant, mais qui ne l'empêche pas de
248 vivre quoi dans son quotidien. Du moment qu'il arrive à vivre avec Bah c'est ça veut dire qu'il
249 est stable qu'il va prendre ses traitements qu'il est couvert souvent ils ont un nap. Donc c'est
250 neurotique action prolongée, je pense que tu... voilà qu'il observant ses traitements aussi. Bon
251 après le traitement de fond, c'est souvent le nap souvent ils sont nappés ces patients-là. Et nous
252 du moment qu'il est stable et qu'il va au CMP pour nous c'est bon c'est nous notre mission va
253 jusqu'au relais CMP. Le premier rendez-vous avec son infirmière référente et le premier rendez-
254 vous avec le psychiatre du CMP. Une fois qu'on a fait ce relais-là, normalement la prise en
255 charge de l'équipe mobile elle est arrêtée. Parfois on continue parce que ça reste fragile quand
256 l'infirmière référente du CMP nous dit attention c'est fragile. Ben nous on continue là, on a eu
257 le cas pour un patient qui est sorti d'hospitalisation qui est schizophrène qui avait un délire de
258 persécution, il avait des hav qui lui disait en fait de tomber des escaliers, du coup il avait très
259 peur parce qu'en fait il habite au deuxième étage donc il avait très peur de prendre les escaliers.
260 Bah il est sorti d'hospitalisation parce qu'il commence à être stable. On a fait le relais CMP qui
261 s'est bien passé, mais ça reste fragile parce qu'il a toujours ces propos au délirants au CMP, il y

262 a des escaliers. Bien sûr en descendant des escaliers, il nous dit “la voix me dit qu'il faut que je
263 tombe qu'il faut que je tombe” donc on sentait qu'il angoissait. La peur était là, toujours
264 persécuté aussi par les soignants du CMP donc ça reste assez fragile. Il avait quand même un
265 délire de persécution sur quelques soignants du CMP. Donc on continue les visites à domicile
266 pour ce patient à la demande du CMP.

267 ESI : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile et
268 si vous pouvez donner un exemple

269 IDE : les plus grandes difficultés Bah les plus grandes difficultés, ça peut-être aussi les lieux
270 insalubres. Parce que ça c'est difficile pour nous parce que des fois il peut y avoir des cafards,
271 il peut y avoir des punaises de lit, il peut y avoir et nous on intervient, on est en civil. On a en
272 fait la politique de l'équipe mobile, on ne dit pas qu'on est l'équipe mobile on n'a pas les blouses,
273 on n'a pas la voiture avec , on y va, on va chez le patient. Mais Les voisins ils n'ont pas besoin
274 de savoir que c'est l'hôpital qui vient. Et c'est vrai que nous quand on va à domicile que c'est
275 vraiment insalubre, du coup on a nos chaussures de ville, on a nos vêtements de ville de civil
276 donc on peut ramener tout ça à domicile. Après souvent on prend des habits de rechange quand
277 on sait, on met des sur chaussures aussi. On dit au patient devant chez lui, on met chaussures,
278 on se protège Voilà pour ça, mais après ça peut-être aussi des patients très délirants. Donc là à
279 ce moment-là, nous on se met en sécurité aussi quand ils sont très délirants, on peut demander
280 à rester à proximité de la porte d'entrée, on fait ou alors on peut dire au patient écoutez, on
281 repassera une autre fois. Et là ce moment-là on en parle au psychiatre, on dit que c'était trop
282 dangereux pour nous qu'on n'a pas pu accéder dans le domicile parce que nous on se met à
283 aucun moment, on se met en danger. S'il est trop délirant, qui nous dit, “j'ai une pulsion me dit
284 de prendre un couteau de vous faire du mal”, tu vois, on ne va pas non plus rester devant la
285 personne, on va lui dire écoutez on repassera plus tard. Et nous on sort et on fait appel au
286 psychiatre et il nous dit les conduites à tenir quoi

287 ESI : Ça vous est déjà arrivé de devoir quitter un domicile ?

288 IDE : Alors on a eu le cas d'un patient. On était assis dans la cuisine alors je te donne un exemple
289 on était assis dans la cuisine le patient qui nous a été indiqué par l'EDES justement. Du coup il
290 y avait ma collègue aide-soignante et du coup il y avait moi on était dans sa cuisine à savoir
291 que quand on rentre dans un domicile, on observe toujours les moyens de sortir quand même
292 du domicile. Donc du coup on savait, on refuse à ce que la personne ferme à clé une fois qu'on
293 est rentré on lui dit, vous pouvez laisser la serrure ouverte, on est dans le domicile ça ne risque

294 rien. Et en fait on se met toujours à l'accès de sortie en fait que nous on puisse sortir et le patient
295 le met plutôt du côté où lui il a pas l'accès à la sortie quoi et on était assise et en fait le patient
296 commence à dire à ma collègue Vous voyez on lui pose des questions ouvertement sur ce qu'il
297 voit ce qu'il entend. Le patient il dit ben là derrière vous à ma collègue aide-soignante derrière
298 vous, je vois un monsieur qui a du sang qui coule des yeux, il veut vous étrangler, mais il ne
299 veut pas mais tant que je serai là, il ne vous fait pas de mal. Il ne vous fera pas de mal. Bon le
300 patient il était là-dedans et puis il commence à nous dire « par contre j'adore le sang, j'adore
301 j'adore quand ça saigne ». C'est pour ça que moi je me fais du mal, mais je ne fais pas de mal
302 aux gens. Mais il était quand même dans ses propos pleins de sang, plein de.... Et là le fait qu'il
303 voyait quelqu'un derrière ma collègue et qu'il voulait l'étrangler, mais qui ne lui ferait pas de
304 mal. Du coup on a quand même écourté un petit peu l'entretien, tu vois, on s'est dit bon, il est
305 quand même ben c'est délirant, il ne faudrait pas qu'il fasse 1, passage à l'acte parce que c'est le
306 risque. Du coup on lui a dit bah écoutez nous on va on va y aller, on va en parler un petit peu
307 au médecin, on va recaler une visite à domicile pas prendre la fuite non plus. Voilà de suite,
308 mais en essayant de ben c'est tourner les choses et on lui dit, on reprend rendez-vous On reprend
309 rendez-vous-t-elle date, je me rappelle plus mais 15 jours après ou une semaine après. Et après
310 nous entre-temps du coup il nous a laissé sortir et tout mais on a écourté l'entretien. En fait-on
311 essayait d'écourter l'entretien sans non plus partir en courant. Parce que le patient c'est voilà
312 quoi Et du coup ça s'est passé comme ça après on a pris rendez-vous avec lui et le la prochaine
313 visite à domicile, on a appelé le psychiatre. Qui nous a dit d'augmenter le traitement donc il
314 nous a fait la prescription, il a augmenté le traitement pour un peu plus pour atténuer justement
315 ses voix et ses hallucinations visuelles. Donc le prochain rendez-vous, nous on a communiqué
316 à ses infirmières à domicile qui ont ajusté le traitement. Prochaine visite à domicile. Il a dit que
317 ça s'était apaisé, il en avait encore, mais ça le gênait moins à dans son quotidien.

318 ESI : D'accord, dans quelle situation la visite à domicile vous semble-t-elle insuffisante ou
319 inadaptée ?

320 IDE : Ah ben les visite à domicile sont insuffisantes quand le patient il sort et qu'il n'est pas
321 stable parce que ça peut arriver. En fait vu qu'il est vu un instant T par le psychiatre sur l'unité,
322 il peut il y en a beaucoup qui vont dire que ça va qu'ils entendent plus de voix qu'ils sont plus
323 persécutés, qu'ils ont plus d'hallucinations visuelle. Et en fait ce n'est pas vrai. Donc après ils
324 sortent, ils ne sont pas stables, ils ne prennent pas leur traitement parce qu'ils refusent d'ouvrir
325 aux infirmières à domicile. Ils ne vont pas au CMP faire leur nap ou alors des fois c'est
326 l'infirmière à domicile qui fait les nap, ils refusent du coup pour nous c'est inadapté d'aller au

327 domicile de ces patients-là. Donc Et puis ça ne sert à rien, il faut qu'ils soient hospitalisés pour
328 qu'ils aient un minimum de stabilité.

329 ESI : Vous avez un exemple, vous avez dû stopper une prise en charge parce que ce n'était
330 justement pas possible pour vous

331 IDE : Un exemple Alors je réfléchis, je réfléchis un exemple d'une visite qui ne sert à rien, du
332 moins qu'on a dû arrêter. Bah en fait nous quand ce n'est pas possible d'intervenir, c'est que le
333 patient il nous refuse ou alors le patient il n'est pas stable et du coup on le communique au
334 psychiatre et en général il est réintégré ou alors on appelle les pompiers. Après d'exemples, je
335 me rappelle plus en fait c'est rare c'est très rare. Mais j'essaye de voir un petit peu, mais en
336 général, ils sont réhospitalisés. Parce que souvent, souvent quand on est en échec sur les visites
337 à domicile, c'est un patient qui est sorti d'hospitalisation et qui est finalement il n'est pas stable
338 et qui rentre en hospitalisation parce qu'il est sorti en programme de soins, tu vois. Après
339 l'exemple, je sais plus, j'arrive plus parce que c'est très rare ça arrive mais c'est rare.

340 ESI : D'accord, alors pensez-vous qu'il y a un intérêt à intervenir au domicile et lequel ?

341 IDE : Ah oui il y a un intérêt oui oui il y a un intérêt à intervenir au domicile déjà pour voir
342 l'environnement de la personne Pour être sûr qu'il vit dans de bonnes conditions aussi. Et en
343 même temps ce lien de confiance est plus facile à créer à domicile parce que du coup t'es dans
344 l'intimité de la personne de sa famille aussi parce que bon t'en as qui ont quand même leur
345 famille qui est assez étayante et avec qui on peut travailler aussi on peut aussi travailler avec
346 les familles. Là on a un patient sur Sorgue, où on travaille aussi avec la maman pourtant il a son
347 logement. Sa maman a son logement à elle, mais la maman elle est très étayante pour son fils.
348 Du coup on travaille aussi avec la maman là on fait des permissions pour ce patient-là donc moi
349 je trouve que c'est très... Oui c'est important. C'est important et heureusement que ça existe
350 l'équipe mobile parce qu'on est là justement pour ce lien social pour l'environnement du patient
351 pour les familles aussi. Donc et ça évite la réhospitalisation de nombreux patients parce que
352 nous on intervient juste avant qu'il soit réhospitalisé donc on arrive aussi à pallier à ça donc
353 c'est depuis que les équipes mobiles existent et justement c'est génial parce que les familles
354 disent heureusement que vous êtes là heureusement qu'il existe ce dispositif. Et je pense que ça
355 va être de plus en plus développé et même les psychiatres ils sont pour que les équipes mobiles
356 se développent de plus en plus parce que déjà ça coûte moins cher malheureusement Il faut
357 parler aussi de l'argent, de l'État. Donc ça coûte moins cher de créer des équipes mobiles que
358 d'une unité d'une hospitalisation d'un patient. Parce qu'une hospitalisation d'un patient ça coûte

359 cher à la journée qu'une équipe mobile qui va intervenir même trois fois par semaine à domicile
360 chez un patient. Avec un étayage des infirmières à domicile, ça coûte quand même beaucoup
361 moins cher qu'une hospitalisation. Voilà.

362 ESI : D'accord, c'est tout pour moi, merci beaucoup

Annexes 3 - Retranscription entretien Agathe (IDE2)

1 ESI : Donc du coup la première question c'est pouvez-vous vous présenter et faites-le de la
2 façon dont vous le souhaitez.

3 IDE : Ok, je suis infirmière en psychiatrie depuis 17 ans maintenant. J'ai fait que de la
4 psychiatrie adulte, accueil crise ouverte, accueil crise fermée, réhabilitation psychosociale. Et
5 après toutes ses années en intra, équipe mobile depuis cinq ans, je crois.

6 ESI : Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu ?

7 IDE : J'ai choisi l'équipe mobile parce que j'avais déjà fait tous les types de services qui existe
8 en intra donc j'ai pu voir le patient en entrée accueil crise fermée donc sans consentement tout
9 ça, j'ai pu voir les patients qui venaient en hospitalisation libre, ça fait quand même déjà deux
10 populations un peu différentes. Et j'ai fait aussi réhabilitation psychosociale, donc là avec les
11 patients plus chroniques et des projets au long cours. Donc après je me suis dit maintenant, il
12 me reste que soit l'extra hospitalier style CMP , HDJ ou l'équipe mobile qui venait de se créer.
13 Il n'y en avait pas avant enfin moi quand je suis arrivée sur l'hôpital, il n'y en avait pas donc
14 c'était la première création et je trouvais que c'était pour le coup intéressant comme boulot de
15 pouvoir voir le patient dans son environnement et plus simplement en milieu intrahospitalier.

16 ESI: J'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisée avec un
17 patient schizophrène.

18 IDE: Il y en a faut que j'en trouve une. Je vais te prendre une plus récente, une visite à domicile
19 qu'on a fait à partir d'un patient qui est hospitalisé en réhabilitation psychosociale, donc qui était
20 là au long cours qu'on connaissait déjà. Et pour qui on a fait une visite à domicile parce que la
21 sortie se prévoyait. Tu veux que je raconte quoi du coup comment ça s'est passé ?

22 ESI : Oui ce que vous avez fait avec, quel était le but du coup de cette VAD,

23 IDE : C'était déjà de voir le logement avant qu'il y retourne, voir si on pouvait aménager
24 l'environnement pour que ce soit plus optimal pour lui. Quand on est allé chez lui, il n'y avait
25 rien du tout, mais vraiment rien. Il y avait une cuillère, une mini casserole, un verre et un vieux
26 matelas. C'est tout ce qu'il y avait et aussi un meuble télé mais sans télé enfin voilà donc
27 l'appartement vraiment vide, vide, vide. Et lui qui dit qu'il a besoin de rien que le peu qu'il a
28 là ça le satisfait quoi. Donc après le but de la visite à domicile, c'était de pouvoir évaluer ses
29 besoins à lui et ses demandes. Pour le coup lui il n'en avait pas mais on pouvait quand même
30 faire quelque chose pour améliorer un petit peu son quotidien et se rendre compte aussi que à

31 domicile enfin lui il avait dégradé le logement, arraché les prises électriques, arrachées toutes
32 les lumières. Du coup ça allait supposer que quand il est rentré quand il était en crise, voilà... Il
33 a fait quand même pas mal de dégâts dans l'appartement et il fallait au moins réaliser des travaux
34 de mise en sécurité avant qu'il retourne chez lui quoi. Le but c'était ça.

35 ESI: Du coup c'était quoi l'indication pour ce patient ?

36 IDE: L'indication c'était ça évaluer son environnement en fait voir dans quoi il vivait comment
37 il vivait, est-ce qu'il y avait des besoins. L'indication, le but de cette indication c'est que quand
38 il sort de l'hôpital, il ne se retrouve pas dans l'environnement dans lequel il était quand il était
39 en crise et où là il se retrouvait chez lui sans rien, le courant qui marchait plus parce qu'il avait
40 tout arraché. Même plus de pommeau de douche pour se laver, enfin voilà c'est au moins qu'ils
41 sortent dans de bonnes conditions pour éviter derrière la réhospitalisation rapide quoi.

42 ESI : Du coup quelles sont les indications principales que vous recevez pour les visites à
43 domicile ?

44 IDE : Nous dans le cadre de l'équipe mobile, c'est toujours évaluer le logement. Voilà pour
45 évaluer les besoins, on peut voir l'autonomie des patients aussi, comment ils sont à domicile
46 est-ce est-ce qu'ils gèrent la cuisine ? Est-ce qu'ils gèrent le ménage ? Est-ce qu'ils gèrent les
47 petits trucs à faire au quotidien ou pas du tout ? Entre ce que tu vois des patients quand ils sont
48 hospitalisés et ce que tu vois d'eux et leurs environnements t'es souvent en décalage quoi. Tu
49 peux être surprise. Le patient qu'on a amené chez lui en VAD où il n'y avait rien, lui il avait
50 aucune demande. Pour lui ça va bien c'est comme ça tout va bien, ou alors tu peux tomber sur
51 des patients qui ont un syndrome de Diogène du coup tu t'arrives chez eux et en fait tu ne peux
52 même pas rentrer par la porte d'entrée quoi. Ouais du coup ça permet vraiment d'évaluer le
53 degré d'autonomie du patient à l'extérieur.

54 ESI : D'accord, pouvez-vous me parler des bénéfices de la visite à domicile chez un patient
55 schizophrène après l'avoir présenté ?

56 IDE : Un patient..OK Qui je peux te prendre ? Un patient qui nous avait été déjà indiqué, mais
57 par l'extra hospitalier, parce qu'il ne se rendait pas à ses rendez-vous donc ils nous ont demandé
58 d'aller voir à domicile comment ça allait et l'inciter à reprendre des soins en ambulatoire. Ce
59 patient, il n'a jamais voulu nous faire rentrer chez lui. Après s'il ne veut pas nous faire rentrer
60 chez lui, nous, on n'entre pas de force ou quoi que ce soit parce que vraiment le but est une des
61 choses indispensables quand on se rend à domicile, c'est que le patient veuille bien nous

62 recevoir. C'est toujours avec son consentement et on ne le fait pas de manière trop intrusive
63 quoi donc le patient nous accueille et qui clairement nous indique qu'il ne faut pas trop qu'on
64 rentre des fois on reste à l'entrée de l'appartement. Et après, au fur et à mesure, il peut
65 éventuellement nous laisser rentrer plus et nous laisser découvrir un peu. Mais si on sent qu'il
66 nous bloque un peu à l'entrée et qu'il ne veut pas qu'on rentre, on ne va pas non plus s'installer
67 ou s'imposer de force donc c'est toujours en étant le moins intrusif possible. Et donc du coup ce
68 patient qui ne voulait pas nous laisser entrer, on l'a vu sur le pas de la porte, et après quand il a
69 été en hospitalisation, il nous a été réindiqué. Là pour le coup il avait un intérêt aussi à ce qu'on
70 y aille, parce qu'il avait besoin d'affaires pour l'hospitalisation. Mais du coup-là il nous a laissé
71 entrer chez lui, il était stabilisé, voilà ça fait un moment qu'il était en hospit donc il n'y a pas eu
72 de soucis pour l'accompagner pour pouvoir rentrer après quand il y a eu besoin. Parce que quand
73 il est ressorti de l'hôpital, comme beaucoup de patients psychotiques, il n'était pas très observant
74 dans le temps. Et qu'il a fallu retourner chez lui le fait d'y être déjà allé une fois avec lui, qui
75 voyait que tout se passait bien qu'on n'était pas là pour inspecter ou prendre des photos enfin.
76 Du coup ça crée un lien de confiance qui fait qu'après voilà il nous laisse entrer chez lui, on
77 peut prendre le temps de rester, de faire un entretien, de discuter et du coup. Le but c'est toujours
78 de pouvoir le ramener sur des soins si possibles en ambulatoire pour éviter les rechutes, les
79 ruptures de traitement, les ruptures de soins.

80 ESI: Et du coup pour ce patient les bénéfices de la visite c'était quoi ?

81 IDE: Les bénéfices du coup c'était d'après pouvoir, en accédant à chez lui, on accédait aussi à
82 lui parce que quand il nous laissait pas rentrer, il était assez expéditif, enfin voilà il avait pas
83 trop d'échanges À partir du moment où il nous a laissé rentrer. On pouvait rester avec lui, avoir
84 de réels échanges, des discussions. Enfin voilà il était plus pressé qu'on s'en aille quoi. Du coup-
85 là tu peux évaluer son état, l'appartement c'est aussi le reflet de ce qu'ils sont au moment où ils
86 le sont. Quand tu vas chez un patient qui est stabilisé, tu vas avoir son environnement il va être
87 d'une manière, quand tu vas le voir en crise, tu peux voir que l'appartement aussi en lui-même
88 soit il est moins entretenu, soit il y a des choses qui sont cassées. Soit il accumule enfin. Ça
89 peut-être aussi vraiment le reflet de l'état dans lequel ils sont quoi.

90 ESI : Comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait
91 ou peu communicant et si vous avez un exemple ?

92 IDE : Alors nous on entre en contact déjà une première fois, enfin on t'a peut-être expliqué,
93 mais je te redis. On va les voir quand ils sont en hospitalisation. Là on crée déjà un premier

94 contact. On leur demande s'ils ont des questions chaque fois et des fois ils en ont sur pourquoi
95 on y va qu'est-ce qu'on va faire chez eux ? Quel est le but du coup on les rassure déjà à ce
96 niveau-là. Pour ceux qui sont peu communicants ou assez en retrait En général, ils ne nous
97 posent pas trop de questions, mais on le voit à leur attitude, soit ils se referment encore plus et
98 on sent que ça va être compliqué pour eux de nous laisser entrer. Mais ils n'y opposent pas non
99 plus donc on y va et en fait on essaye au maximum de laisser le patient faire. Donc s'il peut
100 nous guider jusqu'à son appartement, on va se laisser guider par lui histoire qu'il est déjà une
101 communication et un échange. Même si c'est des banalités, tu vois si tu mets le GPS et que
102 t'arrives devant chez lui sans rien lui demander. Bah t'as pas créé un contact en disant vous allez
103 nous montrer, c'est vous qui allez me guider ou ça le met un peu en confiance et il sent qu'il a
104 un rôle à jouer quoi c'est pareil, tu vois quand on y va c'est eux qui ouvrent leurs portes c'est
105 eux qui nous disent où on va, on leur demande si on peut rentrer. Ça permet de créer un contact
106 et de les rassurer souvent sur le fait que voilà on ne va pas être intrusif, on ne va pas toucher à
107 leur intérieur, on ne va pas tout déménager, on ne va pas faire un rapport à l'assistante sociale
108 immédiatement. Après le fait d'être chez eux, souvent ça nous permet d'enclencher la discussion
109 justement sur des choses du quotidien quoi. Tu peux lui poser des questions sur la cuisine, des
110 objets qu'il a, des affiches. Et du coup montrer un intérêt pour lui et que lui il te parle aussi
111 éventuellement de choses qui l'intéressent t'en as qui ne parlent pas -beaucoup qui ne
112 communiquent pas beaucoup quand ils sont en hospitalisation. Même tu vois les équipes en
113 général voilà elles marquent discret parce qu'il n'y a pas trop d'interaction. Mais du coup quand
114 tu te retrouves chez lui, t'es dans son univers et il peut te parler des choses qui l'intéressent,
115 t'expliquer pourquoi il a choisi cette photo. Voilà ça crée ça crée au moins un lien comme ça où
116 on a des accroches sur son environnement à lui ce qui l'intéresse.

117 ESI : Est-ce que vous avez un exemple d'un patient qui était en retrait avec qui vous avez réussi
118 à instaurer une relation de confiance ?

119 IDE : Bah on en a eu pas mal là récemment, on a eu un patient. Je te dis l'histoire des affiches
120 parce que du coup lui il était vraiment en retrait très, très discret. Nous, quand on l'a vu pour la
121 première fois, il nous a décroché deux mots quoi juste pour nous dire « bon OK » Donc on
122 pensait que ça allait être comme ça et puis en fait quand on est allé chez lui. On s'est rendu
123 compte qu'il avait plein de passion. Il était champion de France de tir à l'arc, on voyait toutes
124 ses coupes, toutes ses médailles. Donc quand il parlait de ça, il commençait à s'animer à raconter
125 en telle année, il a fait ça. Il avait des trucs de jeux vidéo, donc il nous parlait de ces jeux vidéo
126 de ses loisirs du coup il passait beaucoup de temps chez lui à jouer. Mais là vraiment chez lui,

127 il était différent parce qu'il avait plein de choses à nous raconter sur lui. Des choses qu'il ne
128 nous aurait pas dit spontanément et qu'on ne serait pas aller questionner non plus, spontanément
129 non plus donc ça permet de créer vraiment une relation sur ce qui leur plaît à eux et voir aussi
130 quelle relation eux ils ont avec leur environnement t'en as qui habitent dans le même appart
131 depuis 20 ans, mais qui connaissent pas du tout les voisins t'en as qui sont aidés par les voisins.
132 Donc tu sais qu'il y a des personnes ressources aussi autour. Des fois il y a des voisins qui
133 connaissent bien et ils savent alerter quand ça va moins bien tout ça, c'est eux qui appellent le
134 CMP qui disent « voilà, ça va pas » du coup ouais ça permet de voir l'environnement du patient,
135 son appartement, mais aussi quelles ressources il a autour de lui quoi.

136 ESI : On peut penser que la vie à domicile est une indication pour traiter le repli autistique de
137 patients schizophrènes. Pourquoi et est-ce que vous avez un exemple ?

138 IDE : Alors c'est un moyen, ce n'est pas le meilleur moyen surtout nous sur l'équipe mobile
139 parce qu'on est là de manière transitoire. Donc on ne va pas les suivre au long cours. Mais
140 l'intérêt pour un patient qui est très replié, ce type de patient, ils s'isolent énormément. Ça permet
141 de recréer un lien pour eux avec l'extérieur et de les ramener aussi enfin voilà de faire un peu
142 une part de réalité dans leur quotidien, si t'en as qui restent enfermés chez eux pendant des jours
143 et qui ne voient absolument personne. Donc ça leur permet d'échanger de voilà de se reconnecter
144 des fois un petit peu à la réalité. Et Alors pour le repli autistique, oui je dirais si c'est des patients
145 déjà avec qui on a un bon lien de confiance. Et qu'on serait amené à voir plusieurs fois l'intérêt
146 il serait là.

147 ESI : Est-ce que vous avez un exemple de prise en charge ?

148 IDE : Bah du coup nous on ne fait pas trop des suivis comme ça, mais en fait oui parce qu'il y
149 a des patients qu'on suit à la sortie d'hospitalisation jusqu'au relais CMP ou hôpital de jour. Et
150 en fait nous on les suit une à deux fois par semaine, on va aller chez eux. Donc des fois c'est
151 quand même intense, ils nous reçoivent deux fois par semaine pendant 5/6 ou même plus...plus
152 de semaines. Donc on les voit beaucoup quand ces patients ils sont en rupture de soins. En
153 général, bon le CMP va les appeler, va leur demander de venir, ils ne vont pas y aller. Mais ils
154 ne seront pas réticents à venir à nous appeler nous, à ce que nous on aille chez eux. Et là ça peut
155 recréer une dynamique de reprise de soins, de reprise hôpitaux du jour. Souvent ils n'arrivent
156 pas à passer le pas non plus d'y aller seul ça peut être anxiogène, ils peuvent ne pas avoir l'intérêt
157 et tout ça. Nous, on va les accompagner là-dedans du coup donc on va vraiment oui pour le
158 coup les sortir de chez eux pour les ramener un peu, pas forcément à la société parce que nous

159 on les ramène aux soins, mais ne serait-ce qu'ils sortent de chez eux et qu'ils aient des
160 interactions avec d'autres personnes. Ça aura tout un intérêt pour rompre l'isolement.

161 ESI : Quand considérez-vous que votre visite à domicile est satisfaisante ? Quel est le minimum
162 que vous attendez ? Et si vous avez des exemples

163 IDE: Le minimum qu'on attend, c'est que le patient il soit là parce qu'on fait énormément de
164 visite à domicile et puis en fait ils sont pas là ou ils nous ouvrent pas donc vraiment le minimum
165 c'est déjà que qu'on le voit. Donc tu vois, on n'a pas des grosses attentes non plus à la base.
166 Après c'est satisfaisant quand on atteint l'objectif, après chaque VAD a un objectif différent, on
167 fait des visites à domicile pour évaluer l'état clinique du patient. Comme on fait des visites à
168 domicile...Alors toujours on évalue l'état du patient, mais de manière plus rapprochée pour
169 consolider un état de soins en fait qui est maintenu à l'hôpital. Et les ramener sur les CMP. Du
170 coup c'était quoi la question je me suis perdue

171 ESI : Quand considérez-vous que c'est satisfaisant ?

172 IDE : Bah c'est satisfaisant quand voilà, quand on voit le patient et que vraiment il y a un
173 échange et qu'on arrive à notre objectif. Donc que ce soit de le ramener vers les soins, soit
174 simplement un instant T d'évaluer son état clinique. Des fois on nous le demande pour savoir
175 s'il y a besoin d'une hospitalisation ou pas. Donc là c'est satisfaisant quand t'as fait ton évaluation
176 et que tu peux dire oui non ou faire un autre projet, mettre en place un hôpital de jours, mettre
177 en place un CATTP pour essayer de pallier à l'hospitalisation. Après il y a des patients en ce
178 moment qu'on voit plus régulièrement, mais là c'est dans un autre cadre que l'équipe mobile
179 c'est parce qu'il y avait une équipe qui avait été créée pour la sortie des patients difficiles et eux
180 c'était plus de la réhabilitation. Mais comme cette équipe a fermé, on a un peu repris ce travail
181 de réhabilitation avec... On en a un de patient-là qui nous reste. Lui, les visites à domicile.
182 Comme je te dis chaque fois on va évaluer son état clinique, mais c'est aussi maintenir en fait
183 une régularité dans son quotidien. Parce que lui il a besoin d'un étayage beaucoup plus important
184 donc qu'on soit là pour lui dire tel jour, on va laver le linge, sinon il ne lavera jamais. Voir
185 l'appartement dans quel état il arrive à le maintenir pour savoir s'il y a besoin de mettre plus ou
186 moins d'étayage autour et puis en fait le fait que nous on y aille régulièrement, ça l'oblige, lui il
187 s'oblige quand même à le maintenir dans un bon état bon état entre guillemets mais de le
188 maintenir un minimum propre quoi. Et ça permet aussi de voir ses fréquentations parce que
189 souvent il n'est pas seul normal, il est chez lui donc il invite un peu tous ses potes. Bon tous ses
190 potes c'est des patients de l'hôpital. Donc on les connaît tous. Et on voit un peu les influences

191 qu'ils ont les uns sur les autres, voilà et lui dire de lui mettre un peu de recul par rapport au
192 discours de ses collègues et lui dire écoute-toi, on va prendre soin de toi, on va essayer de te
193 maintenir dans l'appartement. Sachant qu'il est à son 15e appartement parce que chaque fois ils
194 se fait virer à cause de l'état d'incurie. L'invasion de punaises de lit, de cafards. Et les
195 fréquentations jour et nuit qui dérangent le voisinage. Donc voilà ça permet chaque fois de
196 maintenir un peu sous pression, il sait qu'on vient trois fois par semaine et qu'il faut que ce soit
197 un peu carré quoi. Et ça fait un an qu'il est dans son appartement et que pour l'instant il n'y a
198 pas de plainte quoi, chose que n'était jamais arrivé avant.

199 ESI : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile ?

200 IDE : Alors il y a le refus du patient, donc là ça met un terme au truc, donc c'est quand même
201 une grosse difficulté. Après des fois ça peut-être les familles. Parce que les patients ils
202 n'habitent pas forcément seuls et c'est vrai qu'on a beaucoup de familles. Ça c'est bien aussi en
203 fait de voir les interactions qu'il y a dans la famille. Parce que bah souvent tu vas voir voilà les
204 fonctionnements souvent t'as les mères, les frères, les sœurs et voir comment le patient il est au
205 milieu de ça comment il s'entend avec chacun. Mais des fois justement t'as la famille qui répond
206 à la place du patient qui va vraiment bloquer la relation entre toi et le patient. Et là il va falloir
207 faire la part des choses pour pas se laisser trop envahir en fait par la famille et jamais avoir
208 accès aux patients. Ça, ça arrive quand... Alors on leur demande toujours aux patients s'ils sont
209 OK pour que la famille soit là ou pas mais t'en as qui n'osent pas dire non devant leur frère, leur
210 sœur ou leurs parents. Et tu sens que quand ils sont là du coup il y a plus d'échange quoi lui il
211 se met en position de retrait et c'est la famille qui te parle. C'est intéressant aussi que la famille
212 te parle parce que tu vois leur point de vue, tu vois eux, ils te parlent aussi de choses et des
213 symptômes du patient, le patient il n'en est pas conscient forcément donc il ne va pas t'en parler
214 donc c'est hyper intéressant d'avoir l'avis des familles et en même temps des fois c'est un frein
215 à la relation avec le patient.

216 ESI : Dans quelle situation la visite à domicile vous semble-t-elle insuffisante ou inadaptée ?

217 IDE : Insuffisante ou inadaptée... Bah inadaptée si le patient ne veut pas que tu viennes à
218 domicile et que tu forces la main. Enfin oui ce serait inadapté d'être trop intrusif pendant la
219 visite quoi. C'est eux qui nous accueillent chez eux, on est comme des invités, on n'est pas là
220 pour modifier les choses de force. Donc il y a toujours le consentement du patient. Insuffisant
221 parce que selon le type de patient et surtout là toi avec ton exemple - des patients psychotiques

222 avec un repli autistique, il faudrait que ce soit intensif. Si ce n'est pas intensif, les effets peuvent
223 être moindres.

224 ESI : Est-ce que vous avez un exemple d'un patient qui pour vous nécessitait de plus qu'une
225 visite à domicile ?

226 IDE : Bah ouais, les patients, les plus chroniques qui étaient pris en charge par l'équipe avant
227 de soins intensifs, donc ils les suivaient au quotidien. Là nous ce n'est pas nos missions donc
228 ces patients on a passé le relais sur les structures ambulatoires. Mais il aurait quand même fallu
229 maintenir des visites à domicile régulières Pour éviter...En fait je pense chez les patients
230 psychotiques de faire des visites à domicile régulières, ça permet d'éviter la rupture de soins.
231 Parce que ça permet aussi d'évaluer la prise des traitements, l'état psychique comme je te dis si
232 c'est un patient qui avait tendance à délirer sur l'électricité, le courant tout ça. Et que tu vas chez
233 lui qu'il a tout arraché. Tu sais que voilà là ce n'est pas le délire peut prendre le pas et qu'il est
234 peut-être en rechute donc voilà.

235 ESI : Et pensez-vous qu'il a un intérêt à intervenir à domicile et lequel ?

236 IDE : Alors il y a un gros intérêt à intervenir à domicile dans un but de prévention de la rechute.
237 En fait vraiment l'objectif de l'intervention à domicile, nous dans nos missions en tout cas de
238 l'équipe mobile, c'est prévenir la rechute du patient. Ou éviter une hospitalisation même pour
239 une primo première indication, trouver un parcours de soins ambulatoire qui évite justement
240 l'hospitalisation. Le but c'est toujours quand même de maintenir le patient à domicile dans son
241 environnement plutôt qu'à l'hôpital. Du coup l'intérêt c'est oui d'évaluer précocement de pouvoir
242 voir les difficultés des patients qui sont pas en capacité eux-mêmes de les identifier et de faire
243 appel à des gens. On a des patients psychotiques une fois que leur ordonnance elle était
244 terminée, ils ne sont pas allés la faire renouveler, ils n'ont pas de médecin traitant. Bah ils sont
245 en rupture de soins simplement pour un renouvellement d'ordonnance. Donc nous ça nous arrive
246 de justement reprendre contact avec des patients qui ne se sont pas présentés au CMP ou qui
247 vont plus à l'hôpital de jour de voir ce qui se passe, d'évaluer les difficultés. Et de chaque fois
248 le remettre dans le soin ou alors pas forcément, mais au moins de voir qu'il est stable, que en
249 fait peut-être il a repris une vie à l'extérieur en dehors des soins et s'il est en soins libres. Bah
250 tant mieux mais voilà c'est vraiment évaluer le patient, prévenir les rechutes, les
251 réhospitalisations, pouvoir aussi faire du lien avec les familles. Parce qu'il y a souvent des
252 familles qui ne comprennent pas la maladie psy. Qui sont parfois reçus par le médecin, mais
253 s'ils le demandent si eux ils ne le demandent pas, c'est vrai qu'on ne va pas non plus aller les

254 chercher pour leur donner des explications. Donc des fois ils sont reçus par le médecin, mais le
255 temps il est quand même assez restreint donc tu vois le médecin il ne va pas prendre forcément
256 deux heures pour faire de la pédagogie sur ce qui est grave ou pas dans le symptôme du patient
257 quand il faut prévenir et quelle position avoir aussi avec son proche qui est malade quoi. Des
258 fois le positionnement des familles parce qu'ils ne comprennent pas la maladie, il n'est pas bon
259 et tu peux leur dire voilà « peut-être que réagir comme ça s'est plus adapté quand il fait ça » «
260 c'est aussi qu'il montre de l'anxiété, » « ça peut montrer une décompensation ». Donc vraiment
261 leur expliquer aussi aux familles comment vivre avec leurs proches qui est malade quoi ou au
262 moins leur donner des explications. Et pour ça je pense que le domicile c'est hyper important.
263 C'est des choses qu'enfin moi chaque fois que j'ai été en intra dans n'importe quelle unité, il y
264 avait quand même assez peu de liens avec les familles. Soit les familles ne venaient pas, soit on
265 n'avait pas le temps non plus de les recevoir. Et c'est quand même eux qui sont là au quotidien
266 qui voient le patient et qui le connaissent mieux que n'importe qui et qui peuvent aussi alerter.
267 Parce que le patient ne le fera pas dans 80 % des cas lui-même, mais sur par exemple les troubles
268 du sommeil, des troubles de l'appétit. Un isolement qui se fait de plus en plus présent, une
269 rupture de traitement des fois voilà ils appellent pour eux prévenir que le patient prend plus son
270 traitement. Et du coup d'avoir ce lien de confiance aussi avec eux c'est hyper important parce
271 que souvent les familles elles se retrouvent un peu en détresse avec la personne malade à
272 domicile. Si tu ne fais pas une hospitalisation sous contrainte ou que le patient n'est pas
273 volontaire non plus pour aller à l'hôpital. Bah tu te retrouves au quotidien à devoir le gérer avec
274 la maladie quoi. Et il n'y a pas d'hospitalisation sous contrainte avant qu'il y ait de graves
275 décompensations. Du coup les familles souvent quand elles alertent en disant là ça va moins
276 bien c'est la réponse qu'on leur fait : c'est soit vous essayez de l'amener aux urgences, soit vous
277 appelez les pompiers ou le SAMU, il faut quand même que ce soit autre chose que simplement
278 des troubles du sommeil. Ils ne vont pas se déplacer pour ça et ils ne vont pas faire une
279 hospitalisation sous contrainte pour ça quoi. Donc nous le fait qu'on aille à domicile, qu'on les
280 rencontre souvent, ils nous appellent, ils nous disent voilà là en ce moment ça va moins bien il
281 y a ça, il y a ça, nous on va les voir, on se déplace à domicile et là on peut faire une évaluation
282 du patient toujours avec son consentement. Mais on fait l'évaluation du patient et on essaye
283 voilà du coup de prévenir la décompensation parce que quand on nous dit : voilà « il commence
284 à avoir des troubles du sommeil, il commence à y avoir des troubles de l'humeur, il commence
285 à y avoir ça ». Peut-être que simplement un réajustement de traitement pendant un moment, ça
286 va éviter l'hospitalisation. Donc nous on va travailler avec le médecin référent du patient que
287 ce soit sur le CMP ou alors sur l'intra quand il n'a pas encore été suivi en ambulatoire. Ou quand

288 il a arrêté son suivi CMP, nous on va pouvoir demander au médecin, voilà en lui disant on l'a
289 vu, on l'a évalué à domicile là il présente ça, ça, ça comme trouble nouveau. Qu'est-ce qu'on
290 fait avec le traitement. Il fait la modification et ça peut suffire voilà pour le patient, que tout
291 revienne dans l'ordre et qu'il n'ait pas besoin d'une hospitalisation. Et ça pour les familles ce
292 n'est pas rien parce que sinon leur seul recours c'est d'attendre que le patient il soit
293 complètement décompensé. Pour faire appel au service d'urgence et le mettre sous contrainte.
294 Et pour le patient c'est une perte de chance parce que chaque fois qu'il fait une rechute forcément
295 il récupère moins bien et ça aggrave chaque fois un peu plus la maladie donc voilà.

296 ESI : C'est tout pour moi, merci.

Annexes 4 - Retranscription entretien Karine (IDE3)

1 ESI : Bonjour alors, pouvez-vous vous présenter et faites-le de la façon dont vous le souhaitez.

2 IDE : Alors je suis infirmière, je suis diplômée depuis 2013. J'ai fait que de la psy, j'ai fait de la
3 resocialisation, de l'accueil crise fermé beaucoup d'accueil crise et du coup-là ça fait depuis
4 2019 que je suis sur l'équipe mobile donc depuis l'ouverture.

5 ESI : Pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu ?

6 IDE : Alors, après avoir fait mes années en accueil crise fermée Voilà je pense que j'avais besoin
7 aussi de voir le patient autrement et c'est ça qui est chouette, c'est qu'on a une relation qui est
8 totalement différente avec le patient pendant toute notre carrière, c'est le patient qui s'adapte à
9 nous parce que on est en service il doit s'adapter aux règles du service, il s'adapte à nous. Et là
10 on est plutôt sur l'inverse comme on est au domicile, on est chez eux et c'est un petit peu aussi
11 à nous de nous adapter à lui. Et ça c'est bien aussi de se remettre un petit peu dans le contexte
12 que on n'est pas on n'est pas tout-puissant et que bah voilà nous aussi des fois on doit s'adapter
13 au patient, on doit faire en fonction de lui. Et la relation est totalement différente parce que on
14 est les personnes, voilà qui l'accompagnent vers la sortie, on essaye de faire en sorte que ça se
15 passe le mieux possible pour lui. Et du coup en général les relations sont plutôt chouettes avec
16 les patients.

17 ESI : J'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisée au domicile
18 d'un patient schizophrène.

19 IDE : Je vais te raconter, je suis désolée, ma plus belle histoire de visite à domicile, celle qui -
20 m'a légèrement traumatisée depuis ces six dernières années. Bon courage hahaha. Donc on
21 arrive chez un patient, donc effectivement qui est schizophrène qui avait eu une rupture de suivi
22 depuis un petit moment. Donc là on arrive avec un collègue pour évaluer le logement. Donc sur
23 Avignon intramuros. Et là il dit bon "ce n'est pas très rangé". Bon

24 Jusque-là tout va bien on n'est pas trop regardant, on a l'habitude. Il ouvre la porte et je pense
25 qu'il y avait donc effectivement sur le sol bien 10/15 cm d'épaisseur de déchets dans tout
26 l'appartement. Bon allez ça va, on y va, ça va le faire. Et tu sens que ça commence un peu... que
27 ça bouge un peu voilà là j'ai mon collègue qui me dit oh c'est quoi derrière sa porte et là il me
28 dit la salle de bain là je lui dis n'ouvre pas. Il a ouvert la porte et ben quand la porte s'est ouverte
29 et je pense qu'il y a 1 m³ de cafards qui sont tombés de cette porte parce que le nid était dans la
30 salle de bain qui n'avait pas été ouverte depuis un moment. Voilà c'est une belle visite à domicile

31 tous les cafards courir partout et moi me dire la fenêtre est ouverte qu'est-ce que je fais hahaha
32 donc c'était pas du tout adapté de sauter voilà c'est une belle visite à domicile. C'est ça aussi le
33 problème hahaha t'étais pas prête hun haha. Je suis sûr que les filles étaient trop gentilles, sur
34 les visites à domicile. En vrai c'est ça aussi.

35 ESI : Et c'était quoi l'indication pour ce patient ?

36 IDE : C'était pour évaluer l'état du logement s'il pouvait après rentrer parce qu'il était en hospit
37 et du coup il fallait évaluer le logement pour avoir des permissions et là ça ne s'est pas fait tout
38 de suite du coup.

39 ESI : Quelles sont les indications principales que vous recevez pour faire les visites à domicile ?

40 IDE : Alors sur des patients hospitalisés, c'est pour évaluer l'état du logement, voir comment ça
41 se passe eux sur l'extérieur comment ils sont aussi parce qu'il y a plus la contenance des murs
42 donc si en hospit, ça se passe bien mais après dehors ça peut-être aussi justement, les murs ne
43 contiennent plus donc ça peut se passer moins bien. Ou les patients qui ne sont pas hospitalisés
44 pour lesquels on nous demande une évaluation. Parce que soit ils ne sont pas connus et il faut
45 voir si c'est somatique, s'il y a quelque chose de psy ou pas donc là il faut quand même qu'on
46 ne soit plutôt pas trop mauvais avec notre clinique parce que voilà à nous de voir un petit peu
47 si c'est de la psy, si ce n'est pas de la psy. Qu'est-ce qu'on... orienter le patient après pareil ceux
48 qui sont pas connus..Voilà c'est souvent ça, c'est beaucoup d'orientation, ouais, l'évaluation de
49 l'orientation.

50 ESI : Pouvez-vous me parler des bénéfices de la vie à domicile chez les patients souffrant de
51 schizophrénie ? Et c'est possible d'en présenter un.

52 IDE : Alors là en ce moment on a un patient schizophrène qui est suivi depuis des années, 10
53 ans que je suis sur l'hôpital, 10 ans que je le connais Et lui, on le voit trois fois par semaine. Et
54 voilà pour essayer justement de le maintenir sur l'extérieur, parce que c'est plutôt compliqué. Et
55 donc pour ce patient qu'on a toujours enfin, on l'a toujours connu, il ne tenait pas du tout dehors.
56 Et il ne restait pas plus de trois mois dans un appart 3/4 mois après c'était. heu Il l'entretenait
57 plus c'était voilà, il ramenait toutes les poubelles qu'il trouvait à l'extérieur, il ramenait tout
58 c'était un vrai bazar. Et là donc ça commence, ça fait bien ça fait presque ça doit faire un an
59 quasiment qu'il est dehors. Et ça se passe bien et du coup c'est super chouette parce que on le
60 voit trois fois par semaine. Donc, il y a cette... il sait que voilà tel jour on passe des fois il est
61 pas là mais c'est pas..c'est le jeu aussi ! Mais du coup ça le ritualise et le lien se crée. Et ce qui

62 fait que bah du coup il essaye aussi de faire en sorte que tout se passe bien c'est donc.. Il vient
63 voilà il est quand même plutôt là, son appart il y a quelqu'un qui l'aide pour faire le ménage,
64 mais il le fait vraiment avec lui il l'entretient. Et c'est chouette parce que à chaque fois quand
65 on le voit, il est content et il nous dit “ah bah du coup on se revoit tel jour” et voilà on arrive à
66 le maintenir... à le maintenir dehors comme ça dans cette Plutôt en plus une bonne relation du
67 coup avec lui. Et ouais, c'est chouette de voir que aussi bah justement on arrive à maintenir des
68 patients, qu'on disait que non jamais il tiendra dehors.

69 ESI : Comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait
70 ou peu communiquant et si vous avez un exemple que vous avez déjà rencontré ?

71 IDE : C'est à force, à force de les voir... On les voit, voilà, on s'adapte et au début ils ne veulent
72 pas. On reste dans les services ou quoi on reste un peu avec eux, on les rencontre et au fur et à
73 mesure. Je n'en ai pas trop là en tête... D'exemple... Si mais ce n'était pas trop dans le cadre
74 de l'équipe mobile, on a suivi un patient qui allait en MAS. Mais oui, après lui, c'était parce
75 qu'on le connaissait aussi depuis des années, donc voilà, à force de le voir, de l'accompagner.
76 Lui voilà ce qu'on a fait aussi pour un peu pour garder le lien, pour le créer c'est qu'il adorait...
77 Quand on l'accompagnait à la MAS , il voulait toujours s'arrêter à l'office de tourisme pour
78 récupérer les prospectus. C'est son truc les prospectus, les prospectus, les prospectus. Donc
79 voilà donc oui de temps en temps on lui dit OK allez là on s'arrête mais on essaye de mettre un
80 peu le cadre donc on lui disait « voilà tu en prends que trois » parce que sinon il te faisait razzia
81 On ne disait rien pour quatre, mais voilà. Et ouais le lien il s'est fait comme ça et après il te voit,
82 il te fait le câlin il est content ouais voilà.

83 ESI : Du coup c'est à force de les voir que la relation se fait ?

84 IDE : Oui à force de les voir et aussi de s'adapter à eux.

85 ESI : On peut penser que la visite à domicile est une indication pour traiter le repli autistique
86 des patients schizophrènes. Pourquoi et avez-vous un exemple ?

87 IDE : Ouais parce que bah là si on reprend le patient donc tout à l'heure-là celui qu'on voit trois
88 fois par semaine. Bah c'est voilà, il vient, il est quand même dans le.... Plutôt dans le contact,
89 justement avec nous, il arrive à être voilà être souriant, tu vois, être un peu en interaction avec
90 toi, même si pour lui c'est ultra compliqué, parce que il est bien, bien dans la maladie. Mais
91 voilà il arrive quand même à être en contact avec nous. Il arrive à nous faire confiance aussi.
92 On peut lui donner les rendez-vous, il sera là, il vient, il nous... Quand il ne perd pas sa puce, il

93 arrive à nous appeler, voilà pour nous dire « aujourd'hui je peux pas » ou « j'ai un copain à la
94 maison ». Et du coup... Ouais du coup c'est plutôt.. Voilà c'est plutôt bien, il arrive à se mettre
95 en contact avec nous, le contacte là du coup il se passe bien aussi avec son aide ménager, on l'a
96 un peu briefé aussi il ne faut pas être trop frontale non plus avec lui, tranquille. Les relations
97 sont plutôt, sont plutôt bonnes alors que de base, il est pas.. pas trop dans le relationnel, lui,
98 c'est plutôt laisse-moi tranquille, je suis dans mon truc, je vais cueillir mes fleurs, mais laisse-
99 moi quoi.

100 ESI : Et quand considérez-vous que votre visite à domicile est satisfaisante ? Quel est le
101 minimum que vous attendez ?

102 IDE : Alors nous ce qu'on veut c'est... L'appart du patient psychotique. Voilà, on n'attend pas
103 que ce soit le même que le nôtre, ça va pas..c'est pas le but. Ce n'est pas le but, ce n'est pas que
104 ça soit rangé au carré, qui n'est pas une trace de poussière, qui est bien la déco, qu'il ait lavé
105 tous ses draps, mais s'il ne veut pas. S'il ne veut pas de draps, s'il veut juste son matelas avec
106 un oreiller parce qu'il n'a jamais eu... Jamais eu l'habitude et que pour lui il n'en a pas besoin.
107 Mais en fait le but c'est qu'il soit bien. Donc tant qu'il est bien voilà juste faut que ça soit
108 minimum quand même ordonné, mais des fois il te dit c'est ultra sale et tout ça va ce n'est pas...
109 Voilà n'attends pas que ça soit non plus ultra carré. Et voilà nous tout ce qu'on veut, c'est que le
110 patient puisse être chez lui dans les bonnes conditions pour lui aussi. Parce que si on le force
111 aussi à acheter : « Ah oui non aussi là il faut obligatoirement que tu mettes ça et ça, mais il faut
112 une armoire, il faut... il faut le drap, il faut le change ». Si lui il ne voit pas l'intérêt, ce n'est
113 pas... Ce n'est pas chez nous non plus. Donc lui il n'a pas l'intérêt, il vit très bien, c'est comme
114 ça. Voilà donc aussi on fait « OK » quoi. On est là aussi on peut les conseiller même des fois
115 quand on aménage des patients, on peut être amené à choisir le lit ou peu importe un lit avec
116 lui. On est là pour conseiller, on est pas là voilà c'est chez eux faut pas surtout pas l'oublier ça,
117 donc c'est pas c'est pas chez nous, on meuble pas notre maison quoi. Voilà et tant qu'il peut
118 rentrer chez lui dans de bonnes conditions qu'il n'y a pas de punaise de lit de cafard ou de rats,
119 c'est cool quoi

120 ESI : Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile et
121 si vous pouvez donner un exemple ?

122 IDE : Moi, je suis focus punaise de lit, ça m'angoisse C'est vraiment...C'est le pire, je crois. Le
123 pire, c'est les punaises de lit. Je crois que c'est... Ouais parce que les cafards, ce n'est pas grave,
124 tu les vois, tu les enlèves, mais ouais, le plus compliqué, c'est les punaises de lit, parce qu'il faut

125 faire ultra attention. Bon bah déjà pour eux, pour nous mais après pour les services. Parce qu'ils
126 te ramènent des affaires, ils te les ramènent en service. Donc déjà t'as pas envie de les ramener
127 chez toi... C'est l'angoisse mais c'est vrai t'en a partout dans les services après ils doivent
128 déménager c'est... Ouais non le plus compliqué, c'est... C'est les punaises de lit pour moi c'est
129 les punaises de lit parce qu'après la relation avec le patient ça se fait bien toujours même si le
130 domicile... Si le maintien à domicile, c'est un peu compliqué, on arrive toujours à temporiser
131 et à trouver des solutions. Et ce n'est pas voilà ce n'est pas le plus dur, le plus dur c'est quand
132 c'est plein de punaise de lit et que faut que tu t'en rendes compte vite quoi.

133 ESI : Dans quelle situation la visite à domicile vous semble-t-elle insuffisante ou inadaptée ?
134 Et si vous avez des exemples.

135 IDE : On est... ce n'est pas suffisant quand le patient a besoin d'une hospit, qu'on essaie de
136 temporiser mais que l'hôpital est plein. Donc des fois on s'est retrouvé à aller tous les jours ou
137 tous les deux jours chez le patient parce que c'était... fallait temporiser le temps de l'hospit et là
138 c'est...c'est compliqué. Donc les médecins ils sont voilà... Ils sont toujours...toujours
139 joignables, il n'y a pas de soucis pour ça. Mais ouais des fois il y a besoin d'hospit et c'est plein
140 partout et là c'est le temps est un peu compliqué.

141 ESI : Vous avez déjà rencontré une situation où vous avez dit que la vie à domicile ça ne suffisait
142 pas et qu'il fallait plus

143 IDE : Oui, des fois... Là une fois avec une autre collègue. On va chez une patiente qui était déjà
144 voilà.. Pas très très bien et donc elle s'effondre pendant tout l'entretien. Et elle nous dit, "j'ai
145 monté la corde du garage, je suis allée la chercher mais non non, je ne vais pas me pendre, c'est
146 juste pour descendre les meubles par le balcon, parce que sinon je n'y arrive pas". Et tu sais
147 qu'elle n'est pas bien, tu sais quoi elle rentre quand même... Enfin elle a été hospitalisée pour
148 quand même pour ça, pour des passages à l'acte. Tu te dis qu'on est vendredi après-midi, tu ne
149 peux pas laisser le week-end comme ça, elle ne veut absolument pas être hospit, mais tu sens
150 qu'il faut quand même qu'elle voit un médecin ou qu'elle voit quelque chose. Donc voilà ce
151 coup-là a dû... On n'y a pas de solution et pas de médecin pour la voir, on a dû appeler les
152 pompiers parce que voilà... On ne pouvait pas rester sur le week-end comme ça c'était ce n'était
153 pas possible quoi.

154 ESI : Très bien, pensez-vous qu'il a un intérêt à intervenir à domicile et lequel?

155 IDE : Il y a..Ouais, parce qu'il y a beaucoup de patients qui n'iront pas vers les soins. En tout
156 cas, pas d'eux-mêmes. Donc, dans ce cas-là, le beau mot du moment, c'est « l'aller-vers ». Voilà
157 parce que pour de vrai c'est... C'est le grand mot à la mode, mais c'est vrai que les patients il y
158 en a plein ils vont pas du tout aller vers le soin parce que ça fait peur alors des fois... Soit voilà
159 la psychiatrie fait peur ou alors ils sont totalement dans le déni : non il n'y a pas besoin. Donc
160 effectivement dans ce cas-là, c'est à nous d'aller à domicile, D'aller vers eux, de travailler le
161 lien pour faire qu'après effectivement ils puissent aller en CMP. Pour avoir un suivi quand
162 même plus régulier et une prise en charge... Voilà un peu plus au long cours, mais ouais c'est
163 ça les patients qui n'iraient pas Ou des fois qui sont hospit au cyprès, on y va aussi parce que
164 les médecins ils ne sont pas forcément... La psy ce n'est pas voilà, ce n'est pas leur truc donc
165 voilà, on essaye aussi dans ce cas d'y aller de travailler avec les patients. Et après s'ils sont dans
166 notre secteur ou pas de les réorienter, si besoin vers un CMP à leur sortie de la clinique.

167 ESI : Voilà c'est tout pour moi, Merci

Annexes 5 - Demande d'autorisation des entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme.TAYAI CHAIMA.....

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins



Avignon, le 04/05/2026.....

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens dans le(s)

service(s) :.....AFTAC.- CMP.- EQUIPE.....

auprès de la(des) population(s) : Infirmier (ère) en psychiatrie.....

dans le cadre de mon travail de fin d'études dont le thème est :

Le sens de la visite à domicile chez les patients souffrant de schizophrénie

Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien qui a été validé par mon Directeur de Mémoire.

- 1-Pouvez-vous vous présenter ? faites-le de la façon que vous souhaitez ?.....
- 2-pourquoi avez-vous choisi de travailler dans ce lieu ?.....
3. j'aimerais que vous me parliez d'une visite à domicile que vous avez réalisée au domicile d'un patient présentant une "schizophrénie".....
4. quelles sont les indications principales des VAD.....
- 6-pouvez vous me parler des bénéfices de la VAD chez un patient souffrant de schizophrénie après me l'avoir présentée.....
- 7-Comment parvenez-vous à instaurer une relation de confiance avec un patient en retrait ou peu communicant ? Pouvez-vous me donner un exemple ?.....
- 8- on peut penser que la VAD soit une indication pour traiter le repli autistique de ces patients. Pourquoi et avez-vous un exemple.....
- 9- quand considérez-vous que votre VAD est satisfaisante ? Quel est le minimum que vous attendez ? merci d'appuyer votre réponse par des exemples.....
- 11- Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lors des visites à domicile ? Pouvez-vous me donner un exemple ?.....

En vous remerciant, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales - GIPES d'Avignon et du Pays de Vaucluse
740 chemin des Meinajaries - 84907 AVIGNON Cedex 9 - Tel 04 32 40 37 05



Annexes 7- Autorisation de diffusion de travail de fin d'études



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : **Tayai Chaima**

Promotion : **2023-2026**

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) **Soigner hors des murs : la visite à domicile en**

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

oui ☐ non ☒

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

oui ☐ non ☒

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le .. **Avignon** Signature : **TAYAI CHAIMA**

Soigner hors des murs : la visite à domicile en psychiatrie.

Résumé : La prise en charge des patients atteints de schizophrénie en psychiatrie représente un défi complexe pour les soignants. Cette pathologie constitue en effet un frein majeur à l'établissement d'une relation de soin et à l'accompagnement thérapeutique. Ainsi, j'ai cherché à savoir comment prendre en charge ces patients en dehors des institutions et plus particulièrement sur l'intérêt que représentent les visites à domicile auprès des personnes schizophrènes. Ma question de départ est donc la suivante : « Quel est l'intérêt de la visite à domicile dans la prise en soins du patient souffrant de schizophrénie ? »

Le cadre de référence s'organise autour de deux axes principaux : d'une part, la schizophrénie, ses différentes dimensions cliniques et ses modalités de prise en charge ; d'autre part, la visite à domicile, ses origines, le rôle infirmier qu'elle implique, ainsi que ses bénéfices et ses limites.

Pour réaliser cette enquête exploratoire de type clinique, j'ai choisi une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de trois infirmiers exerçant en psychiatrie, plus spécifiquement au sein d'équipes mobiles, afin de recueillir leur expérience de terrain et leur vision du soin hors des murs.

Cette enquête met en évidence plusieurs éléments comme la ritualisation, les dimensions économiques et institutionnelles et l'environnement : qui est souvent utilisé comme un outil pour les soins, mais peut aussi constituer un obstacle

Mots-clés : schizophrénie, visite à domicile, relation de soins, équipe mobile, soins psychiatriques.

Nombre de mots : 219

Care Beyond Walls : Home Visits in Psychiatry

Abstract : The care plan of patients suffering from schizophrenia in psychiatry represents a complex challenge for caregivers. This illness is indeed a major obstacle to establish a care relationship and to give therapeutic support. Thus, I have tried to find out how to take care of these patients outside of the health care institute, and particularly about the interest that home visits represent for people with schizophrenia. My starting question is the following: « What is the interest of home visits in the care of patients suffering from schizophrenia? »

The reference framework is organized around two main axes: on one hand, schizophrenia, its different clinical dimensions and its care management methods; on the other hand, home visits, their origins, the nursing role they imply, as well as their benefits and limits.

To carry out this clinical-type exploratory survey, I chose a qualitative approach based on semi-structured interviews conducted with three nurses practicing in psychiatry, more specifically within mobile teams, in order to gather their field experience and their vision of care outside the walls.

This survey highlights several elements like ritualization, the economic and institutional dimensions. and the environment : which is often used as a tool for care but can also be a challenge

Keywords: schizophrenia, home visit, care relationship, mobile team, psychiatric care.

Number of words: 202