



---

Master 2 – Santé Publique  
Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : 2021-2022

Date du jury : 20 septembre 2022

---

La posture professionnelle infirmière dans le  
moindre recours à l'isolement et la contention en  
hospitalisation psychiatrique

---

Perrine Ropers

Le 20 septembre 2022

*Sous la direction de  
Delphine Moreau*



---

## REMERCIEMENTS

---

Je souhaite tout d'abord remercier mon tuteur de stage, Sébastien Saetta, pour m'avoir permis de rejoindre le projet de recherche Plaid-care et de découvrir l'immense discipline qu'est la psychiatrie. Merci pour sa gentillesse, sa bienveillance et son aide dans la définition de mon sujet de mémoire.

Je tiens également à remercier l'équipe Plaid-care pour leur accueil chaleureux et nos divers échanges qui m'ont beaucoup apporté. Merci particulièrement à Jean-Paul Lanquetin pour son regard d'infirmier et son expertise qui ont contribué à faire avancer et enrichir ma réflexion.

Merci aux équipes soignantes qui m'ont accueillie, et notamment aux infirmières de l'unité 2 qui ont accepté de me recevoir sur une longue période, de m'intégrer à leur travail et de partager leur quotidien. Grâce à elles, j'ai découvert et pu appréhender le travail infirmier en psychiatrie. Je les remercie pour le temps qu'elles m'ont consacré, tant lors des entretiens que lors d'échanges davantage informels.

Je remercie considérablement Delphine Moreau, ma directrice de mémoire, pour tout le temps qu'elle m'a accordé, pour ses précieux conseils tout au long de ce travail, pour sa relecture et ses commentaires qui m'ont permis d'affiner et d'étayer ma rédaction. Merci pour son accompagnement personnalisé et adapté à ma personne.

Merci à mes parents qui m'ont accueillie chez eux et m'ont offert un environnement vert et apaisant, propice à l'écriture de ce mémoire. Je les remercie pour leurs encouragements tout au long de mes études. Je remercie particulièrement ma mère pour son intérêt et son implication dans ce sujet, pour nos échanges pertinents et pour son soutien constant. Merci d'avoir relu mon travail, d'y avoir apporté des remarques pour une formulation davantage harmonieuse.

Je remercie mes camarades avec qui j'ai échangé et qui m'ont aidée de près ou de loin dans ma réflexion. Merci à Mélanie Laboureyras qui a su m'épauler dans les moments compliqués et de remises en question. Je la remercie sincèrement pour sa venue chez moi et pour nos appels téléphoniques multiples qui m'ont autant permis de parfaire ma réflexion que de me changer les idées.

Enfin, je remercie Alexandre Col, mon compagnon, d'avoir respecté mes choix dans la réalisation de mes projets professionnels. Je le remercie pour m'avoir aidée et supportée ainsi que pour sa patience infaillible dans ces longues heures de rédaction. Merci de croire en moi et de m'accompagner au quotidien.

---

## SOMMAIRE

---

<b>LISTE DES SIGLES UTILISÉS</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>11</b>
TYPOLOGIE DE LA METHODE EMPLOYEE .....	11
LES TERRAINS D'INVESTIGATIONS.....	11
<i>Une unité d'admission au sein d'un Centre Hospitalier de montagne : U1</i> .....	12
<i>Une unité d'hospitalisation complète dans un Centre Hospitalier Universitaire : U2</i> .....	13
LES INFIRMIERES, COMME POPULATION D'ETUDE.....	15
METHODES ET OUTILS DE RECUEIL DES DONNEES .....	15
<i>Les recherches bibliographiques</i> .....	15
<i>Première méthode d'enquête : l'observation</i> .....	15
<i>L'entretien semi-directif comme seconde approche</i> .....	18
MODE D'ANALYSE DES DONNEES .....	20
<i>L'analyse de mes notes d'observation</i> .....	20
<i>L'analyse du discours des personnes interrogées</i> .....	21
CADRE ETHIQUE DE LA RECHERCHE.....	21
LIMITES DE L'ÉTUDE .....	22
<b>CHAPITRE 1 : L'APPRENTISSAGE DES SAVOIRS, SAVOIR-ETRE ET SAVOIR-FAIRE</b> .....	<b>23</b>
I.    L'ÉVOLUTION DE LA FORMATION D'INFIRMIERE.....	23
I.1. <i>De la suppression du diplôme d'ISP à la création et à l'évolution du diplôme d'IDE</i> .....	23
I.2. <i>L'impact de ces réformes, questions et inquiétudes</i> .....	25
I.3. <i>Un complément à la formation d'IDE : l'IPA</i> .....	27
II.   L'EXPERIENCE COMME ELEMENT CONSTITUTIF DES SAVOIRS .....	28
II.1. <i>Les expériences permettent l'apprentissage des spécificités de la psychiatrie</i> .....	28
II.1.1.   L'apprentissage des pathologies, symptômes, prises en charge en psychiatrie .....	28
II.1.2.   L'expérience conduit à l'apprentissage d'un langage commun .....	29
II.2. <i>L'apprentissage par des pratiques perçues comme étant des impairs</i> .....	31
II.3. <i>L'apprentissage est un processus non linéaire, en constante évolution</i> .....	32
III.  OBSERVATION DES PAIRS COMME CONSTITUTION DE MANIERE DE FAIRE .....	33
III.1. <i>S'en inspirer : adopter les mêmes savoirs-être et savoirs faire que ses collègues</i> .....	33
III.1.1.   Inspiration des pratiques parfois étonnantes des pairs.....	33
III.1.2.   Inspiration des pratiques parfois plus classiques, le B-A-BA .....	34
III.2. <i>S'en éloigner : l'observation de ses collègues peut aussi être révélateur de pratiques que l'on ne veut pas adopter</i> .....	35

**CHAPITRE 2 : LA POSTURE, UNE RECHERCHE D'EQUILIBRE ET D'HARMONIE ENTRE LES FACTEURS INDIVIDUELS ET PROFESSIONNELS..... 37**

I.	DES IDENTITES PROFESSIONNELLES MARQUEES PAR DES IDENTITES INDIVIDUELLES.....	37
I.1.	<i>La personnalité de l'infirmière.....</i>	37
I.2.	<i>Les fonctions adoptées : maternante et cadrante.....</i>	39
I.3.	<i>Les relations avec les patients, entre affinité et transfert.....</i>	41
II.	UN COLLECTIF FAVORABLE A L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS.....	43
II.1.	<i>L'encadrement institutionnel.....</i>	43
II.1.1.	Les dimensions gestionnaires du travail infirmier.....	43
II.1.2.	L'intérêt de partager des objectifs communs.....	45
II.2.	<i>La singularité au service du collectif : entre richesse, ajustement et désaccord.....</i>	45
II.2.1.	Des différences de points de vue enrichissantes.....	46
II.2.2.	Des ajustements réciproques.....	46
II.2.3.	Traitement des désaccords.....	47
II.3.	<i>La communication comme outil d'harmonisation de leurs pratiques.....</i>	48
II.3.1.	La communication lors de temps informels.....	48
II.3.2.	La communication lors de temps formalisés.....	50

**CHAPITRE 3 : LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT : UNE APPROCHE BASEE SUR L'INTERCONNAISSANCE ET DES POSTURES SOIGNANTES ..... 53**

I.	UNE INTERCONNAISSANCE CONTRIBUANT A DES RELATIONS DE CONFIANCE.....	53
I.1.	<i>Connaissance des patients.....</i>	53
I.2.	<i>Implication personnelle des infirmiers dans le soin : entre proximité et distance.....</i>	56
I.3.	<i>Mise en place d'une relation de confiance.....</i>	59
II.	LES CAPACITES DES INFIRMIERS A PREVENIR OU DESAMORCER UNE TENSION LATENTE.....	62
II.1.	<i>La disponibilité.....</i>	62
II.1.1.	Disponibilité physique.....	62
II.1.2.	Disponibilité psychique.....	63
II.2.	<i>Observation.....</i>	64
II.3.	<i>Tenir ses engagements.....</i>	65

**CONCLUSION..... 67**

**BIBLIOGRAPHIE ..... 69**

**ANNEXES..... 73**

<u>ANNEXE 1</u>	: GUIDE D'OBSERVATION.....	73
<u>ANNEXE 2</u>	: GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EN DIRECTION DES INFIRMIERES DE L'U2.....	74
<u>ANNEXE 3</u>	: GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF EN DIRECTION DE LA CADRE DE SANTE DE L'U2.....	76
<u>ANNEXE 4</u>	: APERÇU DE MON TABLEAU EXCEL D'ANALYSE : REGROUPANT MES OBSERVATIONS ET LES PROPOS DES INTERVIEWES..	77
<u>ANNEXE 5</u>	: RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LOUIS, 38ANS, INFIRMIER DEPUIS 5ANS A L'U2.....	78

---

## LISTE DES SIGLES UTILISÉS

---

ASH : Agent de Service Hospitalier

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

PTI : Protection du Travailleur Isolé

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPL : Soins Psychiatriques Libres

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

SSC : Soins Sous Contrainte

UE : Unité d'Enseignement

UMD : Unité pour Malade Difficile

---

## INTRODUCTION

---

Geneviève Lameul, professeure en sciences de l'éducation, définit la notion de posture comme étant « *la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental. Façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification* » (Lameul, 2008, p. 89). Ainsi, la posture peut s'entendre comme une disposition du corps ou de l'esprit dans un environnement social donné. Ainsi, l'usage de ce terme renvoie autant aux manières d'être que l'on adopte de façon consciente et volontaire pour renvoyer une certaine image de soi, qu'à des éléments davantage inconscients, imperceptibles voire inexplicables. Les postures sont alors des moyens d'expressions essentiels de son être en société (Fischer, 2020, p. 41) qui permettent d'entrer en relation avec autrui. Véritables outils de médiation et de communication tant verbale (intonation, silence, choix des mots...) que non-verbale (gestes, regard, tenue vestimentaire, distance corporelle, expressions faciales), les postures constituent un message qui peut être sujet à interprétations en fonction de nos connaissances antérieures, de nos attentes, de nos motivations (Toniolo, 2009, p. 167). Nous sommes alors sensibles aux manières de faire des autres, sans pour autant toujours y prêter attention (Toniolo, 2009, p. 156). C'est un fonctionnement habituel et universel dans nos rapports à l'autre (Henny, 2008, p. 57), qui peut générer des émotions et ainsi affecter les personnes (estime de soi notamment) et les relations.

La posture professionnelle désigne la façon dont un individu agit dans l'exercice de son métier. Cette notion fait référence à la posture spontanée, constituée de valeurs, de représentations et d'expériences, ainsi qu'à la posture attendue pour répondre aux attentes du domaine professionnel. Elle est soutenue de savoir-faire et de savoir-être spécifique<sup>1</sup>, pouvant faire l'objet d'attention et d'exigences. Dans les professions en lien direct et régulier avec un public (soignant, enseignant, animateur, etc.), les postures peuvent induire des ressentis affectifs parfois facilitant ou compromettant l'accompagnement entrepris. C'est particulièrement le cas en psychiatrie, et notamment en service d'hospitalisation à temps plein. Les malades psychiques y séjournent pour des durées plus ou moins longues et sont au contact permanent avec les professionnels de santé et particulièrement des infirmiers. Ainsi, comme le souligne Serge Kannas, psychiatre, « *il est juste de remarquer (...) que les infirmiers constituent le corps professionnel qui passe le plus de temps, bien davantage que tous les autres métiers du champ de la santé mentale, avec l'ensemble des patients, des plus légers aux plus graves, et les connaît donc le mieux* » (Kannas, 2011, cité par Villeneuve, 2018,

---

<sup>1</sup> Les savoir-faire correspondent aux compétences pratiques mises en œuvre pour réaliser une tâche, tandis que les savoir-être renvoient à des qualités comportementales et personnelles reflétant la manière dont un individu se comporte dans un environnement donné.

p. 36). En effet, les infirmiers accompagnent, observent, analysent, communiquent, apprennent à connaître les patients, adaptent leur prise en charge, répondent à leurs demandes et les rassurent quotidiennement.

La dimension relationnelle constitue un champ d'activité propre au travail infirmier en psychiatrie, tant pour effectuer des actes de soins techniques<sup>2</sup> (le *cure*) que pour prendre soin et porter de l'attention au bien-être des patients (le *care*)(Moreau, 2010, p. 5). Les infirmiers sont supposés adopter des savoirs-être et savoir-faire singuliers<sup>3</sup> et adaptés aux caractéristiques cliniques relatives au patient afin de développer du mieux possible la relation, l'accompagner de façon optimale vers un mieux-être psychique.

Les différentes modalités d'hospitalisation des patients peuvent également expliquer l'utilisation de postures infirmières différentes. Majoritairement, l'hospitalisation en psychiatrie est discutée entre le patient et son psychiatre. Si le patient adhère aux soins, il est alors en placement sous le statut de « soins psychiatriques libres »(SPL). Dès lors que le patient est considéré comme incapable de donner son consentement éclairé en raison de ses troubles et que des soins sont considérés comme nécessaires par les médecins, le patient peut alors être admis en « soins sans consentement » (SSC)<sup>4</sup>. Il y a ainsi trois modalités d'hospitalisation en SSC : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), c'est-à-dire, à la demande d'une personne qui peut représenter les intérêts du patient ; les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) dès lors qu'un psychiatre *atteste que l'état mental du patient nécessite des soins*<sup>4</sup> compromettant ainsi la *sûreté des personnes*<sup>4</sup> ou portant atteinte à *l'ordre public*<sup>4</sup> ou encore les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), où c'est le directeur de l'établissement qui admet le patient en SSC au vu du certificat médical et d'une absence de signature de la demande d'hospitalisation d'un tiers.

Dans la prise en charge des patients hospitalisés à temps plein, tant en SPL qu'en SSC, les infirmiers doivent alors tenter de faire appliquer les règles érigées par l'établissement (règles de fonctionnement du service, règles de vie en communauté, etc.) ainsi que les modalités de soins adaptées à chaque patient, compte-tenu de son état clinique apprécié par le psychiatre<sup>5</sup>. Ces modalités de soins sont regroupées dans ce que l'on appelle un « cadre de soins ». Ainsi, au fur et à mesure de l'hospitalisation du patient, des restrictions relatives aux libertés de sortir de l'unité ou encore à d'accès à ses effets personnels (téléphone portable, tabac, vêtements...) sont alors déterminées et révisées,

---

<sup>2</sup> Bien que mineur dans l'exercice de leur fonction en psychiatrie (Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 23).

<sup>3</sup> Des travaux infirmiers indiquent notamment qu'il y a une réflexion de la profession sur ces savoir-être et savoir-faire (Dallaire, 2015 ; Lecordier, 2022 ; Poisson, 2015 ; Roberton, 2006).

<sup>4</sup> La loi du 5 juillet 2011 encadre et modifie les modalités de soins psychiatriques.

<sup>5</sup> Il est rédigé par le psychiatre en collaboration avec d'autres professionnels : infirmiers, psychologues, cadre de santé...



indépendamment du mode d'hospitalisation. Les infirmiers ont à la fois un rôle d'accompagnateur avec une visée d'amélioration de l'intégrité psychique et physique de l'individu, mais également de modérateur aux vues des contraintes imposées aux patients. D'une certaine façon, quelle que soit la justification donnée à la contrainte (organisation de l'hôpital, règles de vie dans le service, cadre de soins du patient...), les infirmiers peuvent avoir pour rôle de faire accepter et respecter ces contraintes. Ils doivent ainsi adopter des postures professionnelles en cohérence avec les attentes liées à leurs missions, mais aussi les facteurs personnels qui les composent en tant qu'individu.

La posture professionnelle infirmière est constamment mise à l'épreuve dans les unités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. En effet, les patients ont chacun leurs spécificités, leur singularité à appréhender afin d'adapter la prise en charge de façon optimale. Certains patients ont parfois des phases d'excès de tensions pouvant déboucher sur de l'agressivité physique et/ou verbale. Ainsi, afin de gérer les moments de violence réalisés ou anticipés, les professionnels en arrivent à recourir à des techniques de restriction des libertés individuelles et d'atteinte à la dignité, telles que l'isolement et la contention. Ces pratiques sont reconnues aujourd'hui comme induisant une perte de chances d'amélioration pour une partie des patients et pouvant conduire à de nombreux effets néfastes tant pour les patients, les soignants, que le système de soins. Le recours à la coercition peut entraîner des effets iatrogènes ainsi que des traumatismes physiques et psychologiques pour le patient (Rohr, 2018, p. 9-10), mais aussi induire un vécu négatif pour le soignant (Guivarch, 2015, p. 3).

Tantôt perçue comme mesure de protection pour le patient et pour autrui, tantôt comme mesure éducative ou encore comme acte de soin thérapeutique, la contrainte est aujourd'hui réinterrogée. Son encadrement a été renforcé par la création du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL)<sup>6</sup> en 2008, par la Loi du 5 juillet 2011 qui introduit un contrôle systématique par le juge des libertés des mesures d'hospitalisation complète sous contrainte. La Loi du 27 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé vise à contrôler et réguler le recours aux mesures d'isolement et de contention et à ouvrir à une réflexion sur la banalisation de ces pratiques (Mauras & al, 2019, p. 95). Des efforts sont déployés dans les services de psychiatrie afin de réduire leur usage et des alternatives à la coercition sont promues. Les postures professionnelles sont de ce fait constamment sollicitées tant pour gérer le quotidien du service que sa potentielle effervescence.

Le projet de recherche *Plaid-Care*, que j'ai intégré pour une période de quatre mois de stage, souhaite promouvoir une psychiatrie plus respectueuse des droits et des libertés individuelles des patients. Il vise à analyser, comprendre et documenter le fonctionnement des établissements caractérisés par un

---

<sup>6</sup> Le CGLPL veille au respect des droits fondamentaux des personnes accueillies dans des établissements où les personnes ont des restrictions de leur liberté d'aller et venir

moindre recours à la coercition. Cette recherche étudie un ensemble d'éléments (pratiques, savoirs, formes d'organisation et de coopération) qui sous-tendent la mise en place ainsi que l'application d'une meilleure prévention et gestion des crises<sup>7</sup>, et de meilleures conditions d'hospitalisation. Le projet s'organise alors autour de trois tâches : la première consiste en un inventaire des établissements et des pôles moins coercitifs du territoire national ainsi qu'une revue de la littérature afin d'identifier les mesures contribuant à la mise en place de mesures de moindre recours à la contrainte. La seconde est l'étude intensive de quatre établissements ou pôles du territoire national bénéficiant d'une antériorité en matière de moindre recours à la coercition et servant ainsi de référence. Enfin, la dernière concerne l'étude de trois établissements au niveau régional, récemment engagés dans un processus de limitation du recours à l'isolement et la contention. L'équipe de recherche est composée de 12 personnes, dont quatre sociologues, trois infirmiers (dont un ISP), un psychologue, une géographe ainsi que trois étudiants en sociologie, en sciences sociales et en santé publique, tous répartis sur le terrain en binômes et réunis en équipe de façon hebdomadaire.

Dans la mesure où les postures professionnelles peuvent avoir un rôle sur l'apaisement des patients, et prévenir des moments à risques de violence et *in fine* de recours à l'isolement et à la contention, mon étude contribue à étudier **quels savoir-être et savoir-faire mobilisent les infirmières<sup>8</sup> en psychiatrie pour réduire le recours à l'isolement et à la contention dans les unités d'hospitalisation à temps plein**. Nous pouvons en effet nous demander : Comment les infirmières ont-elles appris à mettre en œuvre ces postures ? En quoi les savoir-être et savoir-faire des professionnelles sont-ils spécifiques ou non à la prise en charge des patients psychiatriques ? Dans quelle mesure les sensibilités de chaque soignante influencent-elles les prises en charge ? De quelle façon leurs postures se situent à la croisée entre les facteurs personnels et les attentes dans le domaine professionnel ?

Pour décrire et tenter de comprendre les postures mises à l'œuvre dans l'exercice de la profession infirmière en psychiatrie, notamment dans un objectif de moindre recours à des pratiques restrictives, mon propos se déroulera en trois parties. La première s'organisera autour de la conception des postures infirmières, à travers les formations, l'expérience et l'observation des pairs ; la seconde présentera la façon dont ces postures s'articulent entre le pôle personnel et professionnel et enfin la troisième et dernière partie développera de façon concrète comment les infirmières prennent en charge les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie.

---

<sup>7</sup> La notion de crise renvoie le plus souvent à un moment de désorganisation majeur de l'équilibre psychique qui touche le patient dans ses aspects primitifs » (Despland et al., 2010, p. 59, cité par Dat, 2019).

<sup>8</sup> Pour ne pas alourdir le texte, j'utiliserais le féminin comme valeur neutre pour désigner l'ensemble des professionnels exerçant le métier d'infirmier. Les équipes étudiées étant majoritairement féminine, il m'a semblé pertinent que d'utiliser le féminin.

---

## MÉTHODOLOGIE

---

### Typologie de la méthode employée

Cette recherche repose sur une approche méthodologique mobilisant des techniques de recueil de données qualitatives : recherches documentaires, observations, entretiens. Pour Mays et Pope « *l'objectif de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en accordant toute l'importance voulue aux significations, aux expériences et aux points de vue de tous les participants* ». (Mays & Pope, 1995, cité par Kohn & Christiaens, 2014, p. 69). En recherche qualitative, le chercheur, ancré dans le terrain, étudie une réalité sociale. Les données sont recueillies *in situ* : c'est-à-dire en se plaçant dans l'environnement même où elles se déroulent. L'étude porte sur tout ce que l'on peut voir et entendre : les mots, les interactions entre les individus, les comportements, en les ramenant à une dimension temporelle et spatiale. L'intérêt de la collecte de données qualitatives réside principalement dans la finesse des données collectées conduisant à une meilleure compréhension des phénomènes sociaux et du sens qui leur est donné.

Dans le cadre de ce travail, recourir à des techniques qualitatives m'a semblé pertinent afin d'étayer mon sujet de mémoire. En effet, étudier les savoir-faire et les savoirs-être demande de s'intéresser à des éléments précis, sensibles, conscients et inconscients (Toniolo, 2009, p. 171) pour comprendre comment les infirmières font au quotidien pour gérer les moments compliqués et suppléer le recours à des pratiques restrictives. En étant directement sur le terrain, cela permet de prêter attention à leur façon singulière d'agir, à l'expression de leur(s) posture(s) et de replacer l'ensemble de ces éléments dans mon questionnement de recherche.

Ainsi, cette étude qualitative et ethnographique repose sur différents terrains d'investigations, une population cible ainsi que divers outils de collectes données spécifiques que je présenterai ci-dessous. Le mode d'analyse des données, le cadre éthique de la recherche et ses limites seront également exposés.

### Les terrains d'investigations

N'ayant jamais été antérieurement dans des services d'hospitalisation psychiatrique, j'ai pu avoir deux terrains d'enquête. Le premier, sur un temps court, avait pour objectif de me faire découvrir le fonctionnement d'un service et me guider à travers les éléments à investiguer. Le second terrain, sur un temps plus long, avait pour finalité de documenter de façon plus approfondie mon sujet d'étude.

## Une unité d'admission au sein d'un Centre Hospitalier de montagne : U1

Afin de découvrir le milieu de la psychiatrie, je suis donc allée dans l'une des unités d'hospitalisation à temps plein d'un des établissements les moins coercitifs du territoire national (U1), soit une structure de la tâche 2 du projet de recherche *Plaid-care*<sup>9</sup>. En effet, ce Centre Hospitalier (CH) bénéficie d'une antériorité en matière de moindre recours à des pratiques restrictives (isolement, contention) depuis plusieurs décennies (environ 30 ans).

Cet établissement public, spécialisé en psychiatrie et addictologie, est un acteur majeur de santé mentale d'un département de 5500km. Il couvre environ les trois-quarts du territoire (données issues du CGLPL) et rassemble une quinzaine de dispositifs de soins psychiatriques répartis (de façon non homogène) sur cinq communes. Ces divers lieux de consultations et de soins sont composés tant de structures ambulatoires telles que les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou le Centre d'Accueil et de Crise (CAC), réparties sur le territoire, que des unités d'hospitalisation à temps complet, sur le site de l'établissement. Des activités transversales et intersectorielles sont proposées à l'ensemble des patients : dispositifs d'appartements thérapeutiques, éducation thérapeutique, etc. Son siège principal est situé sur les hauteurs d'une commune de 3500 habitants (Chiffres INSEE) et comporte un vaste parc arboré d'une quarantaine d'hectares. Plusieurs bâtiments, culturels et sociaux, font également partie intégrante du site, (chapelle, cafétéria, centre de documentation). L'hôpital est à environ 1km du centre du village et des commerces : boulangerie, superette, coiffeur, etc.

Au niveau de la psychiatrie adulte (hors psychiatrie du sujet âgé), deux unités d'hospitalisation à temps plein sont implantées sur ce site. L'orientation des patients dans ces diverses unités n'est pas effectuée en fonction du secteur géographique de résidence de la personne, ce qui est souvent la « norme »<sup>10</sup>, mais selon les spécificités des unités. L'une d'elles est une unité d'hospitalisation complète dite de « réhabilitation psychosociale » de quinze lits. L'U1, où j'ai pu aller, est un pavillon d'admission de patients en situation de crise. C'est l'unité qui prend en charge les patients en soins sous contrainte (SSC) du département. Lors de mon immersion, environ dix patients étaient hospitalisés en SSC sur les vingt-trois lits d'hospitalisation.

---

<sup>9</sup> Pour rappel, la tâche 2 concerne l'étude intensive de quatre établissements ou pôles parmi les moins coercitifs du territoire national et bénéficiant ainsi d'une ancienneté en matière de moindre recours à la coercition.

<sup>10</sup> En France, la notion de secteur psychiatrique a été définie par la circulaire du 15 mars 1960. L'offre de soins en psychiatrie est alors définie par une aire géographique.

L'équipe *Plaid-care* venait pour la troisième fois étudier le fonctionnement de ce CH, mon immersion à l'U1 fût facilitée et j'ai eu droit à une visite accompagnée. Le bâtiment de l'U1 est sur deux niveaux avec un rez-de-chaussée principalement organisé autour des lieux collectifs : réfectoire, salle de jeux, salle télévisée, bureaux infirmiers et psychiatres et quelques chambres « *pour les patients nécessitant le plus de surveillance* »<sup>11</sup> ainsi que deux chambres dites « *sécurisables* »<sup>12</sup>, car leur objectif est d'éloigner le patient des stimuli pouvant être source de tension. Le mobilier est restreint (avec parfois seulement un matelas au sol, une salle de bain avec des matériaux en inox) pour fournir au patient un environnement sécurisant.

A l'étage, il y a majoritairement des chambres (simples ou doubles) et quelques pièces communes ouvertes seulement en présence de professionnels (salle de musique, salle d'art plastique par exemple). Les portes de l'unité sont ouvertes du matin au soir. Les patients ont un accès libre au parc de cet établissement, qui n'est pas réellement délimité par des barrières ou autre. A l'entrée du CH, un poste d'accueil régit les entrées et sorties de l'hôpital, et limite le risque de fugues des patients.

L'équipe est pluridisciplinaire : infirmières, agents de service hospitalier (ASH), psychiatres, médecin généraliste, psychologue, assistante sociale, psychomotricienne, cadre de santé. Il n'y a pas d'aide-soignant.e. Les professionnels les plus présents dans l'unité sont les infirmières et les psychiatres, avec au moins quatre infirmières par poste horaire sur la journée (7h-14h40/14h-21h40) et au minimum un psychiatre. Les professionnels sont majoritairement habillés en civil.

### [Une unité d'hospitalisation complète dans un Centre Hospitalier Universitaire : U2](#)

Le second et principal terrain de mon étude est une unité d'hospitalisation à temps plein du pôle psychiatrique d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU). Le choix d'investiguer cette unité, U2, a été impulsé suite à une baisse significative des mesures d'isolement et de contention après une interpellation assez vive du CGLPL en 2018 qui avait fait des « *recommandations en urgences* » du fait d' « une violation grave des droits fondamentaux des personnes privées de liberté » (données issues du CGLPL). Ainsi, cette unité s'inscrit dans la tâche 3 du projet de recherche *Plaid-care*<sup>13</sup>, et ma proximité géographique avec ce lieu en a fait mon terrain d'investigation principal. Cet établissement se différencie donc du précédent au niveau de son implantation urbaine plutôt que rurale, de ses pratiques de moindre recours en cours de changement, ainsi que du type d'hôpital (CHU vs CH).

---

<sup>11</sup> Propos de l'infirmière qui m'a fait visiter l'unité. Extrait de mon journal de terrain.

<sup>12</sup> Propos de l'infirmière qui m'a fait visiter l'unité. Extrait de mon journal de terrain.

<sup>13</sup> Pour rappel, la tâche 3 concerne l'étude de trois établissements au niveau régional, engagés dans un processus de limitation du recours à la coercition.

Le CHU, établissement support d'un des plus grands Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de France, est situé en périphérie d'une ville de 170 000 habitants (Chiffres INSEE). Son pôle de psychiatrie adulte est divisé en quatre secteurs géographiques, chacun disposant de moyens d'hospitalisation complète ainsi que des structures ambulatoires et extrahospitalières réparties sur le territoire qu'ils recouvrent. Les unités d'hospitalisation (de jour et à temps complet) sont regroupées dans un seul et même bâtiment de psychiatrie, situé légèrement en contre-bas du CHU. Le parc est un lieu central et commun à toutes ces unités d'hospitalisation. Beaucoup plus petit<sup>14</sup> que celui du premier terrain, ce parc possède un jardin, où se déroulent parfois des activités thérapeutiques. C'est un lieu clôturé et surveillé, où les patients et leurs proches peuvent se retrouver lors de visites.

Le secteur étudié a beaucoup évolué au cours de ces six dernières années, notamment par la création de quatre équipes mobiles suite à des constats préoccupants (surreprésentation aux urgences, dépannages constants sur les autres secteurs, insatisfaction des partenaires, des usagers et des soignants) (Fakra & Quenum, 2017, p. 70 ; Pulcini & Quenum, 2018, p. 5). A ce jour, ce secteur est composé de trois hôpitaux de jour, trois services d'hospitalisation à temps plein, quatre appartements thérapeutiques, un CMP, deux CATTP, dont un proposant de l'éducation thérapeutique.

Au sein de deux unités d'hospitalisation à temps plein (que je n'ai pas investiguées), les patients circulent librement et ont accès au parc de l'établissement, à la cafétéria ou tout autre endroit dès qu'ils le souhaitent. Ces unités accueillent des patients en fonction de leurs troubles psychiques : troubles de la personnalité, troubles schizophrènes ou encore trouble du comportement alimentaire. L'unité étudiée (U2) est, quant à elle, une unité fermée ayant une capacité de dix-huit lits, en chambre simple. Elle est caractérisée comme unité d'admission pour les patients en situation de « *décompensation psychique* » ou en « *état de crise* ». Les patients arrivent des urgences psychiatriques et sont exclusivement en soins sous contrainte. De premières différences notables avec l'unité du 1<sup>er</sup> hôpital observé résident dans le fait que leur admission est fonction du lieu géographique de résidence de l'individu, le service s'étend sur un seul niveau et que les portes de l'unité sont systématiquement fermées. Pour sortir de l'unité, les patients doivent demander aux soignants l'ouverture des portes du service. Certains n'ont d'ailleurs pas accès au parc, en fonction du « cadre de soins »<sup>15</sup> instauré par le médecin selon l'état clinique du patient. Pour s'aérer, il y a un patio de 25 m<sup>2</sup> avec une table et des bancs en béton, où patients et soignants se retrouvent pour fumer, échanger voire parfois jouer au ping-pong

---

<sup>14</sup> Équivalent à la taille d'un terrain de tennis (200m<sup>2</sup> environ)

<sup>15</sup> Le cadre de soins est un élément prescriptif qui désigne l'ensemble des conditions matérielles, organisationnelles et de limitation de déplacements dans l'unité compte tenu de l'appréciation de l'état clinique du patient. Il est défini par le psychiatre en concertation avec les autres professionnels de l'équipe soignante.

La composition de l'équipe est assez similaire au premier terrain d'enquête, à savoir : deux psychiatres, un médecin généraliste, seize infirmières, cinq ASH, une psychologue, un assistant social et une cadre de santé. Il n'y a pas non plus d'aide-soignant.e. Les infirmières et la cadre portent une tenue professionnelle caractéristiques de la fonction soignante : un pantalon et une blouse blanche.

## Les infirmières, comme population d'étude

Dans le cadre de cette étude, j'ai choisi d'étudier la posture professionnelle dans la profession infirmière. Le choix de cette profession a été motivé par plusieurs raisons. La première étant que je souhaitais vraiment observer et analyser la façon de faire pour rentrer en lien avec un public en situation de vulnérabilité, les savoirs-être et savoir-faire mobilisés pour accompagner le patient vers un mieux-être, ou encore les méthodes utilisées pour limiter le recours à des pratiques restrictives. Ainsi, il m'a semblé intéressant d'investiguer des professionnels de santé de « première ligne », ceux qui sont directement et continuellement en lien avec le public, ce qui est le cas des infirmières.

## Méthodes et outils de recueil des données

### Les recherches bibliographiques

Pour effectuer ce travail de recherche, j'ai tout d'abord procédé à des recherches bibliographiques pour cerner mon sujet. Ainsi, je me suis documentée pour appréhender la discipline de la psychiatrie, ses spécificités, les modalités de prise en charge ou encore le lexique spécifique. J'ai également cherché à préciser la notion de posture professionnelle, et notamment de la posture infirmière. Ensuite, consulter les rapports de visite du CGLPL des différents terrains d'investigation me paraissait essentiel pour envisager le contexte dans lequel j'allais m'insérer. Après avoir recensé l'ensemble de mes données par le biais de l'observation et des entretiens semi-directifs (détaillés ci-dessous), j'ai poursuivi mes recherches afin de documenter finement les postures observées et objectivées par mes enquêtés. Cette étape de recherches bibliographiques s'est étalée tout au long de mon étude

### Première méthode d'enquête : l'observation

L'observation est une méthode de collecte de données *in vivo* qui permet de recueillir des informations que l'on ne peut saisir par un entretien ou un questionnaire (Arborio & Fournier, 2010, cité par Chevalier & Stenger, 2018, p. 95). Cette technique consiste donc à relever des éléments comme les dynamiques d'équipes, le contexte de travail, les représentations sociales, les valeurs, la

singularité des individus ou encore leurs comportements. L'observation permet ainsi de replacer les éléments observés dans un contexte précis, qui peut être spécifique à l'action, et d'en assurer une meilleure compréhension. Elle permet également d'accéder à des situations difficiles, qui peuvent parfois être passées sous silence lors d'entretien car la personne veut se montrer à son avantage.

In fine, sur les deux terrains, j'ai effectué deux jours d'observation à l'U1 (8h-17h) et huit journées et dix demi-journées au sein de l'U2. Sur ce second terrain, j'ai adapté mes horaires afin de voir tant le poste du matin (7h-14h40) que celui du soir (14h-21h40). Je n'ai toutefois jamais mené d'observation sur le poste de nuit, ni les weekends.

- [Le guide d'observation et le journal de terrain comme outil](#)

En amont de mes investigations, j'ai élaboré un guide d'observation pour me centrer sur certains éléments à savoir : une description de l'environnement général de l'établissement ; une description de l'environnement lors d'interactions sociales ; les postures et positionnements des infirmières dans la relation ; les réactions des patients. Ce guide ne différenciait pas à priori les différents moments de la journée. Les éventuelles variations ou spécificités devant apparaître des observations elles-mêmes.

Après mon premier terrain d'enquête, j'ai affiné mon sujet de recherche et remanié mon guide d'observation afin que celui-ci comprenne : les activités infirmières, le partage des tâches, les apparences corporelles, les manifestations émotionnelles, l'intonation ainsi que les mots utilisés. J'ai également apporté une dimension temporelle en veillant à observer les savoirs faire et savoirs être lors des différents moments de la journée (relève, distribution des traitements, service des repas, etc.). Ce guide s'organisait autour d'une description du service et de ses équipements (architecture, séquence de la journée, équipe...) ainsi que de l'observation des dynamiques relationnelles et des pratiques professionnelles. (Annexe n°1)

A partir du guide d'observations, la prise de note constitue l'essentiel de cette méthode. J'ai opté pour une prise de note au moment même où j'observais les actions à l'U1, et en différé à l'U2 (cf. « difficultés rencontrées »). Ces notes d'observations sont alors écrites sommairement dans un carnet, puis reprises et étayées dans un compte rendu, appelé « journal de terrain ».

- [Mon positionnement d'observatrice](#)

Selon Anne-Marie Arborio (2007), « *la présentation de soi sur le terrain est cruciale en ce qu'elle détermine en partie le type d'observation qui nous sera accessible et donc, la quantité et la qualité des*



*matériaux recueillis* ». Pour ma part, j'ai opté pour le statut d'observateur « à découvert », où le chercheur est connu comme étant en observation, et j'ai adopté un positionnement d'observateur "participant". Sous ce statut, le chercheur prend part aux activités et/ou aux échanges qu'il observe (Chevalier & Stenger, 2018, p. 96). J'ai principalement questionné les infirmières sur le sens de leurs actions ou encore sur des situations que je n'avais pu observer pour de multiples raisons (intimité des patients, présence dérangeante voire surnuméraire...). Ces échanges permettent la confirmation du sens et de l'intention donnée à l'action, sans lesquels la compréhension pourrait être limitée. Au niveau vestimentaire, je n'ai pas revêtu de tenue particulière, ni similaire à l'équipe (soit une blouse) afin de signifier aux patients que je n'étais pas dans une fonction soignante.

Ces positionnements m'ont permis de rentrer en contact avec certaines infirmières et de diminuer leurs craintes de l'observateur-évaluateur (détaillées ci-dessous). En les questionnant, je m'intéressais à leur quotidien, à leur travail et j'essayais d'utiliser un vocabulaire commun avec des termes spécifiques (tel que « *agité* », « *haute* », « *tachypsychique* »). Cela m'a permis d'explorer davantage la vie quotidienne des infirmières, accédant à travail mais aussi à leur réflexion sur leurs activités professionnelles.

- [Difficultés rencontrées](#)

L'entrée sur le terrain n'a pas été une chose aisée. Perçue comme un évaluateur qui cherchait à identifier les mauvaises pratiques, le fait d'avoir un carnet dans lequel je notais mes observations n'a fait que renforcer cette perception. Certains pensaient d'ailleurs que mes écrits allaient être transmis à leur chef de pôle, celui-ci faisant partie du comité de suivi du projet *Plaid-care*. Ne me sentant pas intégrée dans le service, cette sensation a été renforcée par le fait qu'une corrélation soit faite entre ma présence et la hausse des mesures d'isolement et de contention dans le service. Afin de réduire leurs appréhensions, mon tuteur de stage m'a suggéré d'opter pour une prise de note plus discrète, ultérieure aux séquences observées. Cela a donc conduit à des écrits un peu moins riches et précis.

Lors de ces observations, il m'a fallu veiller à garder une posture d'étonnement et ne pas faire de ces situations des généralités, une assise qui ne serait plus à questionner. Selon Beaud et Weber, « *l'enquêteur doit savoir rendre familier ce qui est étranger et rendre étranger ce qui est familier* » (Beaud & Weber, 2001, cité par Chevalier & Stenger, 2018, p. 99). Il faut, en effet, savoir observer et questionner ce qui est devenu anodin pour eux, mais qui ne l'est pas forcément pour quelqu'un d'extérieur à l'unité psychiatrique. J'ai essayé d'avoir une prise de note active (bien qu'ultérieure aux scènes observées) afin de retranscrire mes observations de façon la plus exhaustive possible.

### L'entretien semi-directif comme seconde approche

Pour compléter les observations réalisées, j'ai souhaité mener des entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers et d'infirmières, public cible de l'étude. Cette collecte de données en échange direct est construite autour de plusieurs thématiques prédéfinies par le chercheur, et la personne interrogée est invitée à répondre aux questions posées. L'entretien est alors une alternance entre une partie dite « guidée » avec des questions arrêtées par le chercheur et une partie libre où l'interviewé peut choisir d'évoquer certains éléments et ainsi diriger le contenu de son récit. Cette technique met en avant toute la subjectivité des enquêtés.

L'intérêt d'effectuer des entretiens semi-directifs était d'approfondir les savoir-faire et savoir-être observés. En effet, il était nécessaire de faire le parallèle entre les comportements, qui sont effectifs et donc observables, et les conduites, qui sont souhaitées et donc recueillies lors d'échanges verbaux. Je souhaitais également questionner la façon dont ils ont construit leurs postures, dont ils gèrent leurs affects, leur perception des dynamiques d'équipes ainsi que leurs opinions quant à l'impact de leurs comportements auprès des patients psychiatriques.

Pour étayer les dynamiques et l'organisation d'équipe, les modalités de recrutement ou encore de management, il m'a semblé pertinent d'interroger la cadre de santé du service.

- Les guides d'entretiens semi-directif comme outil

Pour mener à bien ces interviews, j'ai eu recours à deux guides d'entretien : l'un destiné aux infirmières du service, l'autre à la cadre de santé. La construction de ces guides a été réalisée après avoir tiré des enseignements de la phase exploratoire, l'idée étant de faire des parallèles entre ces deux méthodes de collecte de données. La structuration de ces guides garde tout de même une logique « en entonnoir » avec des questions davantage générales liées au projet de recherche *Plaid-care* pour ensuite documenter plus finement les savoir-faire et savoir-être des infirmières. La présentation de l'interviewé, du service, de ses spécificités et de son évolution vis-à-vis des pratiques restrictives constituent les premières questions du guide à destination des infirmières. S'en suit la genèse de leur posture ainsi qu'un approfondissement de leurs savoir-faire et savoir-être au niveau de la communication, de la distance et des affects. (Annexe n°2). Lors des entretiens, j'ai essayé de ramener des éléments observés pour contextualiser et ainsi comprendre les raisons de leurs actions.

Pour l'entretien avec la cadre de santé, j'avais uniquement préparé quelques questions. Celles-ci portaient sur son poste, ses missions, la spécificité de son travail à l'U2, l'évolution des pratiques professionnelles infirmières dans l'unité quant au moindre recours, sa perception des dynamiques d'équipe et enfin la mixité des équipes. (Annexe n°3)

- [Réalisation des entretiens semi-directifs](#)

L'unité d'hospitalisation à temps plein du CHU étant mon principal terrain d'investigation, j'ai uniquement conduit des entretiens avec l'équipe infirmière de cette unité sur leur lieu et leur temps de travail. J'ai mené neuf entretiens semi-directif, dont trois avec des infirmiers, quatre avec des infirmières, un avec une étudiante infirmière et le dernier avec la cadre de santé. La sélection des participants s'est faite selon plusieurs critères : par mixité de genre et d'âge ; par années d'ancienneté dans le service ; par affinité ; par attrait envers les postures de certaines infirmières observées et enfin par disponibilité des soignants<sup>16</sup>.

Pour être plus à l'écoute et disponible aux échanges, les entretiens ont été enregistrés (avec le consentement des interviewés), retranscrits et anonymisés. J'ai tout de même effectué une prise de note active afin d'inscrire les éléments qui me paraissaient les plus essentiels de leur discours.

Voici un tableau récapitulatif des personnes interrogées :

Prénoms anonymisés	Qualité	Age	Ancienneté à l'U2	Durée de l'entretien
Louis	Infirmier	38 ans	5 ans	01 :30 :36
Flavien	Infirmier	51 ans	2 ans	00 :48 :49
Cindy	Étudiante infirmière	42 ans	10 semaines de stage	01 :20 :00
Aurore	Infirmière	25 ans	2 ans et demi	01 :00 :25
Chloé	Infirmière	26 ans	5 ans	00 :59 :23
Camélia	Infirmière	34 ans	9 ans	01 :21 :44
Benjamin	Infirmier	26 ans	1 an et demi	01 :05 :57
Margot	Infirmière	29 ans	7 ans	01 :16 :28
Laure	Cadre de santé	45 ans	8 mois	00 :56 :34

**Tableau n°1** : Personnes interrogées, qualité, âge, ancienneté à l'U2 et durée de l'entretien.

Ainsi, je me suis entretenue des personnes aux profils diversifiés, avec majoritairement des femmes (67%). La moyenne d'âge des enquêtés est de 35 ans et leur ancienneté dans le service varie de 1 an et demi à 9ans. Les interviews ont duré environ 1heure, avec certaines allant jusqu'à 1heure et demi.

- [Difficultés rencontrées](#)

Mener des entretiens avec des infirmières en psychiatrie peut poser des questions méthodologiques spécifiques. En effet, consacrer environ une heure de temps de travail peut déranger le fonctionnement du service. Étant toujours en poste même pendant l'interview, les infirmières continuent d'être attentives à ce qui se passe alentour et les entretiens peuvent être temporairement

<sup>16</sup> J'ai effectué les entretiens sur une semaine et demi, soit sept jours.

arrêtés, voire complètement annulés. De ce fait, convenir et réaliser des entretiens avec des infirmières en psychiatrie n'est pas une tâche aisée.

Le lieu où se déroule l'entretien peut également conditionner le « bon déroulement » de l'entretien, sans interruptions. Par exemple, j'ai eu l'occasion de mener des entretiens dans la salle de pause de l'équipe soignante, où des patients frappaient pour des demandes particulières et où les infirmières entraient à leur convenance pour boire un café, se laver les mains ou autres. A l'inverse, j'ai effectué des entretiens dans une pièce située au fond du couloir central du service, consacrée aux réunions cliniques hebdomadaires, où nous n'avons été guère dérangés.

La posture adoptée lors des entretiens est aussi un élément auquel je porte attention. En effet, il est important de laisser parler l'enquêté et de poser des questions sans interférer, ni apporter des éléments de réponse. Avoir une attitude neutre et empathique est un élément clé à la posture du chercheur. Toutefois, comme le dit Imbert « *l'empathie dans l'entretien représente un vrai dilemme dans lequel la combinaison de l'empathie et de la « juste distance » et celle du respect et du sens critique sont particulièrement difficiles à obtenir* » (Imbert, 2010, p. 25). Dans les entretiens que j'ai réalisés, j'ai rencontré quelques difficultés à faire expliciter les propos de l'un des enquêtés. Ainsi, pour obtenir davantage d'informations, j'ai parfois avancé des éléments de réponses, modifiant sans doute le propos de l'interviewé. J'ai toutefois su m'adapter au discours des enquêtés, montrant une posture attentive et d'écoute active.

## Mode d'analyse des données

Afin d'atteindre les résultats attendus par la recherche, j'ai choisi de croiser l'ensemble des données recueillies, qu'elles soient issues des recherches documentaires, de mes observations ou encore des entretiens. Pour ce faire, il convient de réaliser une étape essentielle : l'analyse des notes d'observation ainsi que celle du discours des personnes interrogées.

### [L'analyse de mes notes d'observation](#)

Les informations recueillies lors de ma période d'observation ne sont pas destinées à être mobilisées dans leur état initial. En effet, les notes d'observation sont sommairement écrites dans un carnet (appelé journal de terrain), constituant ainsi le matériel brut. A ce stade, les données ne sont que peu contextualisées et compréhensibles. Ainsi, il est important de les réécrire, les compléter et de les détailler sous la forme d'un compte rendu d'observation. Cette étape constitue déjà le résultat d'une première analyse. Dans un second temps, j'ai analysé le sens attribué à chaque action. Pour ce

faire, j'ai fait le choix de catégoriser mes observations via un fichier Excel® me permettant ainsi d'organiser mon analyse en fonction des différentes parties de mon plan (Annexe n°4).

### L'analyse du discours des personnes interrogées

Les entretiens ont été analysés en trois étapes différentes. La première consiste à retranscrire le plus fidèlement possible les propos des enquêtés à partir des enregistrements. Compte tenu du temps imparti, j'ai procédé à des retranscriptions partielles en omettant les comportements non verbaux ou encore les silences<sup>17</sup>. J'ai alors anonymisé l'ensemble des données identifiables. Dans un second temps, j'ai passé en revue les différents entretiens les uns après les autres afin d'effectuer une description générale des cas et de repérer des thèmes et/ou sous-thèmes d'analyse (issus du guide d'entretien et des discours des interviewés). J'ai ainsi sélectionné les informations utiles et intéressantes à analyser, puis catégorisé, c'est-à-dire classé et regroupé les propos des différents entretiens par thème. J'ai alors complété le tableau Excel® pour ne faire plus qu'un avec mes observations (Annexe n°4).

Enfin, la dernière étape de cette analyse réside dans la compréhension et l'interprétation des propos des personnes interrogées. Il convient d'approfondir l'analyse des résultats pour questionner le sens qui leur est attribué. Pour ce faire, il est nécessaire de recontextualiser le sujet étudié et de prêter attention aux représentations, aux valeurs, aux expériences des interviewés qui ajoutent une complexité aux discours et donc dans l'analyse. Des parallèles avec la littérature sont alors nécessaires pour soutenir ou prendre un contre-pied pour étayer certaines façons de penser.

### Cadre éthique de la recherche

Le protocole de recherche *Plaid-care* a été soumis à un comité éthique et a fait l'objet d'une convention avec les établissements étudiés. Une présentation (écrite et orale) de la recherche et de ses modalités avait également été faite aux équipes. Ainsi m'insérant dans ce projet, j'ai eu accès à différents terrains d'enquête préalablement avertis de ma venue. Sur place, je me suis présentée comme « stagiaire du projet de recherche *Plaid-care* » auprès des professionnels et en tant que « stagiaire en sociologie » auprès des patients. Ce choix a été motivé par le fait que nous étions deux stagiaires en observation sur ce terrain d'investigation et que l'autre personne, arrivée avant moi dans le service, était en études de sociologie. Effectuant après lui mes observations et mon sujet s'intégrant

---

<sup>17</sup> Vous trouverez en annexe n°5, l'une de mes retranscriptions.

dans les sciences sociales et notamment dans la discipline de la sociologie, j'ai préféré assurer une certaine cohérence auprès des patients afin de ne pas perturber davantage l'ordinaire des structures.

Pour des raisons pratiques, j'ai n'ai pas étudié l'impact des postures professionnelles auprès de patients hospitalisés. Le temps dont je disposais pour réaliser mon étude ne me permettait pas de considérer de façon suffisamment satisfaisante les postures professionnelles et leurs impacts. De plus, il m'a semblé difficile de réaliser des entretiens avec le public des unités, ceux-ci étant en phase de rupture de l'équilibre psychologique, je ne voulais pas perturber davantage leur état psychique par des questions réflexives sur leurs interprétations et leurs ressentis des postures infirmières.

Les entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des infirmières suite à l'approbation de la cadre de santé. Les personnes interrogées ont présenté une volonté de participer à mon étude et ont donné leur accord oral pour être enregistrées. Pour respecter la confidentialité, j'ai anonymisé l'ensemble des matériaux recensés, modifiant ainsi les noms ainsi que les détails permettant d'identifier les patients.

## Limites de l'étude

Plusieurs limites à cette étude peuvent être pointées. Tout d'abord, mon immersion dans le service a peut-être conduit les patients et les infirmières à modifier leurs pratiques et leurs comportements. Pour faciliter mon intégration au collectif infirmier ainsi que pour observer au mieux leurs pratiques, j'ai de ce fait, essayer de créer une proximité avec les infirmières afin d'avoir accès à davantage d'éléments, ce qui m'a conduit à abaisser mon niveau d'attention et d'étonnement. En effet, le point de vue de l'observateur peut amener le chercheur à diriger son regard et à interpréter certaines actions en fonction de ses sensibilités, ses connaissances et ses représentations. J'aurais aimé observer davantage de temps d'échange infirmière-patient mais ceux-ci sont souvent non programmés et sont donc compliqués à saisir et ma présence risquait d'interférer et de modifier les échanges.

Au niveau des entretiens, j'ai essayé de diversifier les profils des interviewers (âge, ancienneté, sexe). Toutefois, fonction du temps restreint de l'étude, j'ai réalisé peu d'entretiens et ai parfois mobilisé des critères d'opportunités comme notamment la disponibilité soignante, pouvant ainsi créer une limite à mon étude. J'aurais aimé interroger par exemple une infirmière qui fait de la sophrologie, mais la professionnelle n'était pas disponible pour s'entretenir avec moi les jours où j'ai réalisé les entretiens. De plus, toutes les personnes interrogées travaillent dans le même service ce qui peut conduire à des façons de penser et des exigences communes.

---

## CHAPITRE 1 : L'apprentissage des savoirs, savoir-être et savoir-faire

---

La pratique infirmière, et notamment en psychiatrie relève d'une véritable expertise clinique, pédagogique, relationnelle et organisationnelle (Savoyant, 2010, p. 144). L'acquisition et le développement de compétences des infirmières, notamment des savoir-faire et des savoir-être dans l'exercice de leur profession est un élément fondamental afin de garantir une prise en charge globale, coordonnée et diversifiée des patients. Ainsi, pour comprendre et visualiser comment les infirmières de l'U2 ont construit et ont développé leurs postures, nous nous attacherons à comprendre le processus de professionnalisation des infirmières, notamment via leur formation, leurs expériences pratiques et l'observation de leurs pairs.

### I. L'évolution de la formation d'infirmière

#### I.1. [De la suppression du diplôme d'ISP à la création et à l'évolution du diplôme d'IDE](#)

La formation d'infirmière a largement évolué au cours de ces trente dernières années. En 1992, la formation d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) a fusionné avec celle d'infirmier en soins généraux au profit d'une formation unique et généraliste d'infirmier diplômé d'État (IDE)<sup>18</sup>. L'arrêt de cette formation spécifique, aux apprentissages multiples et aux nombreux stages en psychiatrie, a conduit à une réduction considérable du programme consacré à la psychiatrie : représentant 800 heures d'enseignement théorique dans le diplôme d'ISP, seules 400 heures ont été maintenues dans le diplôme d'Infirmier d'état par l'arrêté du 23 mars 1992 (Perrin-Niquet, 2020, p. 513).

Suite à cette évolution, la question de la transmission des savoirs spécifiques à la pratique infirmière en psychiatrie est alors discutée. Des débats au sujet de la place de la psychiatrie dans la médecine et la société font surface (Mougeot, 2019, p. 38). Le constat d'un manque de formation initiale de l'enseignement théorique psychiatrique auprès des infirmières a donné lieu à deux circulaires : la première, du 8 juillet 2004<sup>19</sup>, proposant la mise en œuvre d'un enseignement théorique complémentaire « *consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie* » de quinze jours pour toute infirmière travaillant nouvellement en psychiatrie.

---

<sup>18</sup> Cette réforme se justifiait par les accords de Bologne qui visaient à homogénéiser les formations infirmières en Europe. Or, le diplôme d'ISP, ne contenant pas d'enseignements en soins généraux, ne pouvait être certifié selon une directive relative à la libre circulation des infirmiers au sein de l'Union Européenne.

<sup>19</sup> Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n° 234 du 8 juillet 2004

La seconde, du 16 janvier 2006<sup>20</sup>, préconisant la mise en œuvre d'un tutorat pour encadrer les nouvelles infirmières arrivées en psychiatrie. Cette dernière faisant suite au Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 qui visait notamment à « *renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers* ». Ainsi à partir de 2006, ces deux propositions sont investies pour former les nouveaux arrivants en psychiatrie (Giffard, 2008, site web). Toutefois, le système de tutorat s'est rapidement achevé et actuellement n'est plus mis en place.

En 2009, le diplôme d'État d'infirmier a encore été amené à évoluer. Les 400 heures d'enseignement théorique de la psychiatrie réparties sur les trois années de formation ont été revues à la baisse : désormais seulement 100 heures sont dédiées à cette discipline (Perrin-Niquet, 2020, p. 513). La psychiatrie proprement dite est exclusivement abordée lors du semestre 2 et du semestre 5 par le biais de l'unité d'enseignement (UE) « *processus psychopathologique* » (Ministère de la santé et des sports & al., 2009, p. 279). Ces connaissances théoriques sont renforcées par d'autres enseignements, comme les sciences humaines et sociales (UE « *Psychologie, sociologie et anthropologie* »), les démarches cliniques et réflexives (UE « *Raisonnement et démarche clinique infirmière* ») ou encore les soins relationnels (UE « *Soins relationnels* ») (*ibid.*). Lors de ces trois années d'études, l'étudiant doit également réaliser au moins l'un de ses stages dans un établissement de soins en santé mentale afin de valider le diplôme. Cette obligation présente de nombreuses possibilités tant au niveau des publics (psychiatrie adulte, pédopsychiatrie, géro-psycho-geriatrie), que des structures (intra ou extra hospitalières voire ambulatoires) ne permettant alors pas d'avoir une vision d'ensemble de la psychiatrie. Cette immersion permet toutefois de mobiliser certaines données théoriques et de développer certains savoir-faire et savoir-être pour intervenir auprès du public psychiatrique.

Ces nombreux changements de la psychiatrie dans la formation infirmière (moins d'heure formation, moins de stage en psychiatrie) amènent alors à se questionner sur la susceptibilité de conserver ou de renforcer les préjugés et appréhensions que les professionnels exerçant en psychiatrie peuvent avoir (Prouteau & Valery, 2021, p. 12). Denise Chevallier, cadre de santé, et Philippe Dunezat, praticien hospitalier, sont unanimes pour dire que le manque de connaissance, de valorisation du travail infirmier en psychiatrie conduit à des représentations défavorables de la santé mentale de la part des professionnels étant amenés à exercer en psychiatrie. (Chevallier & Dunezat, 2007, p. 680).

Ainsi, l'évolution de la formation d'infirmière peut conduire à des interrogations sur la mise en place d'une posture professionnelle souhaitée. En effet, la formation actuelle permet-elle de développer des

---

<sup>20</sup> Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006



savoirs (connaissances, savoir-être, savoir-faire) suffisamment conséquents pour exercer en psychiatrie ? On peut s'interroger sur l'apport de la mise en situation (stage, poste) sur l'apprentissage de ces savoirs.

## 1.2. L'impact de ces réformes, questions et inquiétudes

Ainsi, depuis ces réformes, les étudiantes infirmières sont peu formées à la spécificité des soins en psychiatrie (Perrin-Niquet, 2020, p. 512). Lors de leur arrivée en stage, elles doivent redoubler d'efforts pour développer leurs connaissances sur les pathologies, les traitements et appréhender l'accompagnement psychique du patient dans la globalité de sa prise en charge. Compte tenu de la multiplicité des maladies psychiques<sup>21</sup>, des symptômes associés et des spécificités leur prise en charge (notamment la place importante qu'occupent les soins relationnels), les étudiantes ou nouvelles infirmières arrivants en psychiatrie peuvent être déstabilisées et démunies face à l'exercice de leur profession dans cette discipline (Chevallier & Dunezat, 2007, p. 681). Ce manque de formation est mentionné de façon récurrente par les enquêtés, c'est d'ailleurs ce qu'évoque Benjamin :

*« Alors, pour le peu de théorie qu'on a l'IFSI<sup>22</sup> [Institut de Formation en Soins Infirmiers]. Franchement... Sur la psy, on a très très peu de théorie en psychiatrie, c'est... ce qui est complètement bête, parce que moi je sais quand je suis arrivé ici des fois t'es un peu perdu sur les pathologies, les traitements, et autres quoi... Enfin ça n'a pas été facile. Après bah c'est un travail perso hein. Enfin je sais que j'ai lu beaucoup de livres sur la psy, sur les pathologies... ». Benjamin, 26 ans, infirmier depuis 1 an et demi à l'U2.*

A défaut d'une formation suffisante en psychiatrie, cet infirmier souligne que l'acquisition de connaissances théoriques est principalement le résultat d'un travail personnel. Au niveau des compétences, celles-ci se développent notamment par des phases de mises en pratique. De ce fait, les stages constituent des activités essentielles d'apprentissage et de professionnalisation (Jovic & al., 2010, p. 88), et des moyens indispensables pour développer les savoirs, savoir-être et savoir-faire des étudiantes infirmières.

*« Ce qui m'a fait aller vers les gens c'est clairement les stages. Plus souvent, t'es en stage plus souvent tu oses. Ton premier stage, c'est vraiment de l'apprentissage ». Cindy, 42 ans, étudiante infirmière en dernière année, anciennement aide-soignante.*

L'évolution de la formation infirmière conduit toutefois à s'interroger sur l'importance de l'encadrement et de la formation des étudiantes et/ou des infirmières arrivants dans des établissements de soins en santé mentale ou en psychiatrie. La transmission des savoirs par une infirmière déjà en fonction est une dimension importante contribuant à l'acquisition de connaissances et compétences (Jovic & al., 2010, p. 88). Leur rôle n'est pas d'apprendre directement aux étudiantes

---

<sup>21</sup> Référencées dans le DMS-5 qui est la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques. L'ouvrage recense près de 400 troubles.

<sup>22</sup> Établissement où se déroule la formation d'IDE

ou jeunes professionnelles les comportements appréciés, mais plutôt de revenir sur des situations afin d'amener la personne à faire un retour réflexif sur son expérience, l'aider à mieux percevoir les compétences nécessaires pour exercer en psychiatrie (Savoyant, 2010, p. 162). *In fine*, ces échanges permettent aux étudiantes ou jeunes professionnelles d'adopter une posture jugée adaptée par les formateurs et les collègues. Toutefois, cette activité pose également la question de la disponibilité et de la motivation du professionnel encadrant.

Lors de ma période d'immersion dans l'unité 2, deux infirmiers ont déclaré avoir une réelle mission d'enseignement et d'accompagnement auprès des étudiantes infirmières qu'ils accueillent. Ils leur transmettent une partie de leurs savoirs, savoirs faire et savoirs-être qu'ils se sont constitués et qu'ils mobilisent au quotidien auprès de leur public.

*« J'échange avec deux infirmiers sur la formation infirmière et l'enseignement en psychiatrie. Ils me disent que la formation est très légère dans cette discipline. Ils ajoutent c'est eux qui forment les étudiants, tant au niveau théorique que pratique. Ils leur communiquent aussi des façons de faire face aux patients : patience, calme, ne pas répondre en miroir, ne pas forcément prendre connaissance des dossiers patients pour ne pas avoir d'a priori... ». Extrait de mon journal de terrain à l'U2.*

Dans cet extrait, les infirmiers mentionnent des qualités essentielles à l'exercice de leurs fonctions, (être calme, ne pas se mettre dans les mêmes dispositions affectives que le patient). Selon moi, le respect, le non jugement, la tolérance sont aussi primordiales au métier d'infirmière en psychiatrie.

Malgré cela, une immersion de quelques semaines<sup>23</sup> ne suffit souvent pas pour être à l'aise et se voir confier certaines tâches de l'unité, comme par exemple des animations thérapeutiques ou encore des entretiens de suivi infirmier (Perrin-Niquet, 2020, p. 513). Ces derniers sont inhérents à la profession infirmière où le soignant échange avec le patient, l'amène à exprimer ses demandes afin d'élaborer ensemble un projet de soins (Rybak & al, 2004, p. 295). J'ai notamment observé que les étudiantes infirmières n'effectuent pas l'entièreté d'une tâche. Par exemple, lors des transmissions écrites<sup>24</sup>, les étudiantes infirmières prennent note de ce qu'elles ont observé et entendu sur un document Word® puis font valider ou modifier leur écrit par une infirmière. J'ai observé ceci tout au long de ma période d'immersion, ce qui me fait dire que l'équipe infirmière souhaite relire les transmissions des étudiantes. Ces attentes peuvent alors contribuer à restreindre la prise d'initiative des étudiantes et in fine de leur montée en compétences. Toutefois, il arrive qu'elles répondent aux demandes des patients lorsque celles-ci sont « classiques » et ne demandent pas de trop grande responsabilité : demande d'une carafe d'eau ou d'un stylo par exemple.

---

<sup>23</sup> Les stages sont au nombre de six lors de la formation infirmière. Ils ont des durées variables allant de cinq à dix semaines, et sont répartis sur chaque semestre.

<sup>24</sup> Transmission d'informations écrites sur ordinateur et inscrites dans les dossiers médicaux dématérialisés des patients afin de garantir la continuité et la qualité de la prise en charge de chaque patient.

### 1.3. Un complément à la formation d'IDE : l'IPA

Afin d'élargir les connaissances et compétences des IDE, et assurer une prise en charge de meilleure qualité, la loi de modernisation du système de santé français de 2016 proposait « *d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique* » par le biais notamment de l'exercice d'infirmier en pratique avancée (IPA) (Aghnatiou & al, 2021, p. 548). Rendue effective par le décret du 18 juillet 2018, cette formation de deux ans est destinée à tous les IDE ayant au moins trois ans de pratique professionnelle. La première année de formation est commune à l'ensemble des étudiants et la seconde est centrée sur les enseignements de la mention choisie. A ce jour cinq domaines d'intervention sont proposés, dont celui de la psychiatrie et de la santé mentale (Ministère de la santé et de la prévention, 2022, site web). Ce diplôme conduit à un haut niveau de spécialisation, situé entre l'exercice infirmier et l'exercice médical, puisque l'IPA peut renouveler des traitements médicamenteux, adapter la posologie ou encore prescrire des activités à but thérapeutique et de réhabilitation psychosociale ainsi que des examens complémentaires (santémentale.fr, 2019, site web). En 2021 sont arrivés les premiers étudiants diplômés, ce qui ne permet pas un recul suffisant pour analyser les apports aux équipes. Lors de mon immersion, tant à l'U1 qu'à l'U2, aucune infirmière avait le statut d'IPA. Effectuer encore deux ans d'étude pour obtenir ce statut intéresse-t-il les infirmières ou celles-ci préfèrent-elles se former directement auprès de leurs pairs ?

#### Formation des infirmières rencontrées à l'U2

Dans le cadre de mon étude, les infirmières que j'ai rencontrées ont majoritairement suivi la formation d'IDE, sur des temporalités différentes. Une seule infirmière a été diplômée « infirmière de secteur psychiatrique ». Elle m'a été présentée par ses collègues comme étant un « *dinosaure* », sans doute pour faire référence à l'évolution de la formation infirmière et de la rareté actuelle des ISP, qui sont littéralement « en voie d'extinction » (Imiela & al, 2006, p. 124). Malheureusement, je n'ai pu l'interroger.

Les entretiens réalisés m'ont permis d'identifier le travail personnel et l'expérience comme éléments prédictifs de l'apprentissage des savoirs faire et des savoirs-être. Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 est d'ailleurs unanime pour dire qu'« *en psychiatrie, les savoirs sont très liés à l'expérience et se construisent dans la confrontation des pratiques où il n'y a jamais une seule manière de faire, auto construction permanente toujours en lien avec l'histoire individuelle et collective. Les savoirs sont liés et ajustés à la complexité des situations rencontrées, complémentaires mais bien différents des savoirs constitués de procédures techniques académiques* » (Ministère chargé de la santé & al., 2011, p. 31). Pour que les mises en situations soient favorables à la transmission de connaissances et de

compétences, plusieurs conditions sont indiquées comme le fait que les infirmiers accueillent les nouveaux professionnels arrivants en psychiatrie, échangent entre eux, se questionnent mutuellement, s'acceptent, s'entraident, etc.

La formation continue participe également à l'apprentissage de savoir-faire et savoir-être. Plusieurs modules existent, tant pour appréhender à gérer son stress, à prendre en charge la violence et l'agressivité ou encore effectuer des médiations. La participation à celles-ci reste une demande individuelle du professionnel, parfois encouragée, découragée ou refusée par l'établissement.

## II. L'expérience comme élément constitutif des savoirs

D'après le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'expérience est un fait vécu et peut se définir comme le « *fait d'acquérir, volontairement ou non, ou de développer la connaissance des êtres et des choses par leur pratique et par une confrontation plus ou moins longue de soi avec le monde* ». Ainsi, l'expérience, situation perçue entre un sujet et son environnement, est un ressenti subjectif, une interprétation d'une action vécue à travers le prisme qu'on lui accorde et le sens qu'on lui attribue. L'expérience ensuite verbalisée constitue un objet d'échange et de construction des pratiques (savoir-être et savoir-faire). Elle devient un acte de pensée personnel qui émerge lorsqu'une « routine » ou une « habitude » se démontre inefficace. (Rémerly, 2019, p. 100). Ainsi, conduire une action de réflexion suite à l'expérience peut-être un élément formateur. Cette composante constructive et analytique de l'activité est nommée « *élaboration de l'expérience* » (Barbier, 2013, p. 72). Pour Aldous Huxley, écrivain, « *l'expérience ce n'est pas ce qui arrive à l'individu. C'est ce que fait l'individu de ce qui lui arrive* » (Aldous Huxley, 1954, cité par Barbier, 2013, p. 72). Le fait de vivre une expérience n'implique pas automatiquement un retour réflexif et conscientisé, mais participe tout du moins à l'apprentissage de la posture.

### II.1. Les expériences permettent l'apprentissage des spécificités de la psychiatrie

#### II.1.1. L'apprentissage des pathologies, symptômes, prises en charge en psychiatrie

En psychiatrie, l'expérience est un élément indispensable à la construction des postures infirmières, compte tenu du peu d'enseignement théorique dans la formation d'IDE. Grâce aux interactions et aux activités effectuées, l'infirmière (étudiante, jeune diplômée ou même infirmière en activité depuis plusieurs années) développe ses connaissances et compétences. Camélia, 34 ans, infirmière à l'U2 depuis 9 ans précise que :

*« Tu as la théorie, c'est sûr, c'est quelque chose, c'est très bien hein. Mais après oui il y a que l'expérience de terrain qui fait que tu deviens à l'aise dans ton travail. Je pense que tu peux lire 50 bouquins aussi, si t'es pas sur le terrain le jour où tu vas t'y retrouver, tu seras paumé. Donc non y a que le fait de... de vivre des expériences qui fait que voilà t'expérimente. ».* Camélia, 34 ans, infirmière à l'U2 depuis 9 ans

L'immersion dans le terrain permet, en effet, aux infirmières de prendre connaissance des spécificités du public et de ses besoins. Cindy a d'ailleurs été surprise au début de son stage par l'impatience des patients, qu'elle n'avait pas identifiée dans d'autres disciplines, et révélatrice de phases de tensions :

*« Ils [les patients] sont beaucoup dans l'immédiateté : « Je veux savoir maintenant, je ne veux pas que tu ailles te renseigner dans 5 min ». Des fois t'es un peu prise au dépourvu et là-bas, face à leur tension qui monte, tu dis punaise comment, qu'est-ce que je fais quoi ? J'ai dit « bah attendez, moi là, je vais me renseigner ». Maintenant, au bout de 10 semaines je sais mais les 5 premières semaines, je n'étais pas très à l'aise avec ça. ».* Cindy, 42 ans, étudiante infirmière en dernière année, anciennement aide-soignante.

Cindy a appris de ces expériences au niveau des sollicitations des patients et a rapidement su s'adapter et modifier sa façon de faire face à leurs exigences : soit les satisfaire, soit leur suggérer de revenir plus tard ou alors les rediriger vers une collègue.

En stage, parfois, les étudiants ne peuvent pas participer à toutes les activités infirmières. Par exemple, Benjamin n'a jamais eu l'occasion d'observer ni de prendre part à la contention d'un patient. Il a alors été confronté à cette mesure lors de sa prise de poste.

*« En stage, je n'ai jamais vu un moment de contention où on a contenu le patient parce que les équipes essaient de nous mettre un peu à distance de ça. Voilà malheureusement, parce qu'ils [les professionnels travaillant en psychiatrie] ont peur que ça te choque. Alors oui, il y en a pour qui ça peut être compliqué pour des gens qui ont pas du tout un projet de travailler en psy et pour qui c'est très compliqué. Oui, je comprends que les mettre à distance, ce n'est pas plus mal. Mais des gens comme moi, qui ont un projet de psy j'aurais bien aimé le voir en stage parce que quand je l'ai vu, c'était sur le fait accompli donc après, tu essayes de suivre un peu ce qui se passe, tu essaies de trouver ta place ».*  Benjamin, 26 ans, infirmier depuis 1 an et demi à l'U2.

Ainsi, Benjamin aborde, bien qu'implicitement, la connaissance du vécu négatif des infirmières sur le recours à la contention. Toutefois, il semble considérer ces mesures comme pouvant faire partie intégrante de l'exercice infirmier en psychiatrie. On peut alors se questionner si cet infirmier avait ce point de vue avant d'intégrer le service ou si cette réflexion est arrivée à postériori de son entrée en fonction lorsqu'il s'est retrouvé à mettre en place des mesures de contention. Par ailleurs, on peut s'interroger si ce n'est pas un constat pragmatique, où il considère qu'il vaut mieux savoir comment contenir s'il est amené à le faire. Enfin, son propos peut également témoigner d'une forme de banalisation et/ou d'acceptation de ces pratiques.

### II.1.2. L'expérience conduit à l'apprentissage d'un langage commun

L'expérience permet de s'imprégner et d'adopter un vocabulaire commun. En psychiatrie, l'utilisation de termes spécifiques est un élément caractéristique du langage professionnel. Maîtriser

le langage de la psychiatrie contribue pleinement à l'intégration de la professionnelle ou future professionnelle dans l'équipe pluri disciplinaire. C'est notamment le cas des étudiantes infirmières qui font l'apprentissage des spécificités langagières de la psychiatrie :

*« Je suis dans le bureau infirmier, il est environ 11h. Deux étudiantes infirmières commencent à rédiger les transmissions écrites des patients sur un document word avant de le faire valider par une infirmière. Elles s'échangent leurs écrits pour procéder à une première relecture. L'une des deux propose de rajouter des termes spécifiques de la psychiatrie pour décrire cliniquement le patient « Ah oui, oui tu as raison, merci » ». Extrait de mon journal de terrain dans l'unité 2.*

En effet, lors de ma période d'observation, ce langage particulier m'était peu familier. Pour Delphine Moreau, enseignante-chercheuse, *« comme tous les spécialistes, les psychiatres ont forgé un vocabulaire propre, apte à opérer des distinctions fines et à désigner les éléments diagnostics de façon précise »* (Moreau, 2015, p. 344). En effet, de nombreux termes spécifiques et singuliers sont utilisés pour décrire et caractériser l'état clinique du patient (tant physique que psychique). Qu'il s'agisse d'*exaltation*<sup>25</sup> pour signifier d'une excitation majeure et un enthousiasme extrême, du terme *désinhibé*<sup>25</sup> faisant référence à une personne qui a des comportements impudiques et qui a peu de retenue en société, ou encore d'un patient *envahi*<sup>25</sup> référant à des délires ou hallucinations qui perturbent son comportement. Ces termes participent ainsi à la construction d'un lexique caractéristique de la psychiatrie, que les étudiantes essayent d'adopter pour faire parties du collectif infirmier.

L'utilisation de ces termes est quotidienne et fait partie intégrante du langage habituel des professionnels de l'unité, dans l'ensemble des discussions, tant les transmissions écrites ou orales, que les échanges informels entre soignants au sujet d'un patient. Lors des relèves, qui sont des réunions d'équipe, les soignants utilisent ce vocabulaire spécifique pour dresser un tableau clinique du patient, facilitant l'établissement du diagnostic de la maladie psychique du patient, car ces termes désignent des symptômes parfois représentatifs d'état(s) pathologique(s). (Moreau, 2015, p. 344). Ainsi, ce vocabulaire caractéristique des troubles psychiques, conduit parfois à distancer le regard social et global des professionnels. La personne évoquée est alors principalement perçue par le biais de ses symptômes et donc de ses troubles psychiques. Il y a alors une ambiguïté quant à intégrer le groupe professionnel infirmier, qui permet de développer des connaissances relatives à la psychiatrie mais qui conduit tout autant à l'acquisition d'un regard qui tend à construire les personnes accueillies en psychiatrie comme essentiellement différentes, dénuées de leur caractère social voire humain.

---

<sup>25</sup> Extrait de mon journal de terrain à l'U2.

## II.2. L'apprentissage par des pratiques perçues comme étant des impairs

L'expérience, et notamment l'élaboration de l'expérience permet aussi d'identifier certaines postures qui ont été maladroitement. En effet, le développement des savoirs (être et faire) peut se fonder sur une expérience de vie personnelle lors de laquelle des sentiments d'avoir mal agi sont ressentis. D'après André de Peretti, psychosociologue, les erreurs sont des éléments permettant le dépassement, l'amélioration, la découverte et l'innovation (Perreti, 2009, p. 30). Plusieurs personnes interrogées ont notamment évoqué avoir appris de leurs *erreurs*. En effet, Chloé, 26 ans, infirmière depuis 5 ans à l'U2, se souvient d'une situation compliquée lors de laquelle plusieurs soignants ont eu des comportements contribuant à mettre en tension le patient. Suite à une réflexion de sa part sur cette expérience, Chloé pointe plusieurs éléments qui sont à proscrire de sa posture. Voici son récit :

*« On avait un patient, un jeune, c'était sa première hospitalisation. Il avait 18 ans, il avait une histoire de vie pas facile, pas mal de maltraitance. Il vivait en foyer et il avait demandé, enfin il demandait à avoir son téléphone portable et ça lui avait été refusé. Et donc il commençait à crier, il se tendait, il insultait, puis il était voilà, il était pas du tout accessible à l'échange, tout ça, il s'est retrouvé dans le bureau du médecin. Et puis là, le médecin s'est mis en miroir avec lui, en fait à lui hurler dessus à se lever. C'est parti en tension. Le patient est parti en claquant la porte. On a essayé de courir, en fin de le rattraper parce que voilà, il hurlait dans le couloir. Ça mettait tous les patients en difficulté. Et du coup, le médecin est sorti du bureau, pareil très énervé. Le patient se mettait dans sa chambre, il tirait la porte et nous on était de l'autre côté, on tirait de l'autre côté de la porte, en miroir quoi, vraiment. Donc du coup en fait, on le mettait lui en danger, on se mettait nous en danger, nos mains, voilà. On avait déclenché le PTI [Protection du Travailleur Isolé<sup>26</sup>], on était une vingtaine derrière la porte, à tirer comme des malades sur la porte. Et ça a fini en contention... Je me dis que si le médecin n'avait pas réagi en miroir, comme ça... Parce que c'est parti en 2/2 quoi. A peine arrivé dans le bureau, le patient expliquait un peu en criant, voilà qu'il n'était pas content. Et le médecin tout de suite s'est mis à lui hurler dessus. Et... je me suis sentie coupable de l'avoir contenu dans ces conditions parce qu'une heure après ça allait beaucoup mieux, en fait. C'est juste que voilà, il en avait marre d'être hospitalisé, il avait 18 ans et il n'avait pas accès à son téléphone portable, et il ne s'était pas fait beaucoup d'amis dans le service. ». Chloé, 26 ans, infirmière à l'U2 depuis 5 ans.*

D'un point de vue purement cognitif, l'individu apprend aussi à partir de ses erreurs. D'après Philippe Perrenoud, sociologue, « *essayer, échouer, recommencer, analyser ses erreurs est sans doute la seule façon d'apprendre durablement* » (Perrenoud, 2003, p. 13). Ainsi, Chloé a su tirer de cette expérience des savoirs (faire et être) en se questionnant et en analysant finement la situation. En effet, le fait qu'elle évoque le nombre ainsi que le mode d'hospitalisation du patient, son vécu, ses relations sociales au sein de l'unité, témoigne qu'elle s'est interrogée sur les éventuels facteurs entrés en jeu lors de cette situation, et qui peuvent, en tout ou partie, expliquer le comportement du jeune homme. Elle mentionne également le comportement du psychiatre et des infirmières qui ont réagi dans l'immédiateté pour tenter d'apaiser le patient suite au refus de lui donner son téléphone. Peu après dans l'entretien, Chloé a évoqué des comportements qui pour elle, sont à proscrire. Parmi ceux-ci, face

---

<sup>26</sup> Un téléphone PTI est un appareil qui sert à la fois à passer des appels mais également à déclencher une alerte avec géolocalisation en cas de problème par un professionnel.

à un patient en crise, *réagir en miroir*<sup>27</sup>, soit le fait de reproduire les mêmes attitudes de l'interlocuteur. Ce terme est employé par plusieurs interviewés pour notifier d'une attitude à ne pas adopter selon les situations afin de ne pas augmenter le risque de décompensation psychique. D'une certaine façon, ce terme fait partie d'une « théorie de la pratique » constituée lors d'expérience.

Ce comportement peut pourtant être une technique pour négocier une prise de traitement, élément observé lors de mon immersion à l'U2.

*« Deux infirmiers rejoignent leurs collègues dans le bureau infirmier. Ils racontent qu'ils ont dû négocier la prise de traitement d'une patiente qui était « agitée ». Ils disent qu'ils ont dû se mettre dans les mêmes conditions qu'elle pour assurer la prise des médicaments : se mettre en mouvement, parler vite, rigoler... Ils énoncent qu'ils ont fait les « filous » ». Extrait de mon journal de terrain.*

Dans cet exemple, les infirmiers adoptent une conduite similaire à celle de la patiente afin de trouver un mode de communication et parvenir à lui faire prendre son traitement. Ainsi, *réagir en miroir*, ce n'est pas seulement se mettre dans le même état émotionnel que le patient, qui lui est pointé par les infirmières comme étant à proscrire, mais correspond tout autant à une disposition réfléchie de sa façon d'être. C'est notamment ce que relèvent les professionnels avec le terme « filou », pour signifier qu'ils ont été astucieux car ils ont adopté consciemment ces attitudes pour favoriser la prise du traitement par la patiente. Ces façons de faire s'apprennent, se réajustent et évoluent donc constamment en fonction des patients et des collègues avec qui les professionnelles travaillent.

### II.3. L'apprentissage est un processus non linéaire, en constante évolution

L'apprentissage est un processus non linéaire, qui se construit et/ou s'appauvrit avec le temps. Les connaissances sont toujours perfectibles et seront toujours imparfaites en fonction de l'organisation des unités d'hospitalisation notamment. Certaines pratiques sont préférables, mais selon les modalités de fonctionnements, les professionnelles s'adaptent. Ainsi, les postures professionnelles sont en constante évolution. Pour Julien De Miribel, maître de conférences en sciences de l'éducation, « *chaque expérience implique une transformation du sujet, de sorte que celui-ci évolue peu à peu au fil de son existence. Celui-ci n'est alors jamais totalement le même que lors d'une action antérieure. Il s'agit alors de considérer que dans chaque expérience résonne des expériences précédentes et que toute expérience aura un effet sur celles restant à venir. Ainsi donc, l'expérience ne peut être envisagée comme une construction ou un objet, mais comme un flux vital en constante recomposition.* » (De Miribel, 2017, p. 162).

---

<sup>27</sup> Extrait d'entretien avec Chloé, 26ans, infirmière à l'U2 depuis 5ans.



C'est ce que Benjamin confirme lors de nos échanges :

*« Bah tu commences à te construire généralement sur la 3e année de l'école infirmière, car tu essaies de faire tes stages dans le domaine qui t'intéresse. Et après... après, ça continue tout le long de ta vie professionnelle, ça ne s'arrête pas. Enfin, ça ne s'arrête jamais. (...)*

*Il y a des situations où je me questionne sur comment j'aurais pu faire par exemple pour amener le patient à réfléchir à ça, pour le faire redescendre d'une crise<sup>28</sup>, etcetera. Mais après je ne suis pas sûr qu'on ait, je ne suis pas sûr que j'aurai tout le temps les réponses tout au long de ma carrière et puis c'est bien de ne pas les avoir ». Benjamin, 26 ans, infirmier depuis 1 an et demi à l'U2.*

Benjamin expose alors deux principaux savoir-faire dans son propos. Le premier, lorsqu'il évoque le fait de « faire redescendre » qui est de l'ordre de la gestion des émotions et des tensions du patient, et le second, « amener à la réflexion », qui notifie un accompagnement du patient afin qu'il s'empare lui-même des choses qui le mettent en difficulté. Par ailleurs, l'infirmier termine son récit en signifiant qu'il faut à la fois développer ses connaissances et savoir-faire, et avoir conscience qu'on ne sait (et ne saura) pas forcément toujours comment agir ou réagir face à une situation.

Conscientiser ses pratiques et ses manques conduit l'infirmier à se questionner en permanence sur sa posture, lui permettant d'évoluer et d'apprendre tout au long de l'exercice de sa profession.

### III. Observation des pairs comme constitution de manière de faire

Bien que le tutorat existe, c'est-à-dire l'accompagnement formalisé par un pair<sup>29</sup> plus expérimenté, cette modalité n'est pas investie à l'U2. Pour pallier à l'absence de ce compagnonnage et assurer un certain transfert de connaissances et de compétences, les infirmières se sont appuyées sur l'expertise de leurs collègues.

#### III.1. S'en inspirer : adopter les mêmes savoirs-être et savoirs faire que ses collègues

##### III.1.1. Inspiration des pratiques parfois étonnantes des pairs

Pour comprendre comment les infirmières ont appris à travailler en psychiatrie, nombre d'entre elles ont évoqué s'être inspirées des manières de faire de leurs collègues. De par l'observation de leurs pairs, elles ont ciblé certaines compétences, qui selon elles, sont favorables à de bons accompagnements. C'est le cas de Camélia, 34 ans, infirmière depuis 9 ans à l'U2 :

*« Je pense à deux personnes qui m'ont beaucoup inspirée. Il y avait une personne qui était très empathique, très douce et qui n'avait jamais de conflit en fait, finalement tant avec l'équipe qu'avec les patients, hein. Et une autre infirmière, qui était très autonome, c'est à dire qu'elle suivait un peu son instinct, c'est-à-dire « là ce patient moi je sais-je sens que là, il faut qu'il se défoule. Allez, je prends l'ordi, je prends l'ordi, je prête*

---

<sup>28</sup> « Faire redescendre » est une expression couramment utilisée par les professionnelles rencontrées sur les terrains d'observation, et notamment à l'U2. Celle-ci fait référence au travail des infirmières qui vont accompagner un patient « envahi » ou « agité » à s'apaiser et à se canaliser.

<sup>29</sup> « Personne de même situation sociale, de même titre, de même fonction qu'une autre personne » (CNRTL)

*l'ordinateur du service et je le laisse jouer à téttris ». Alors que ce n'était pas des pratiques... mais elle se faisait confiance à un point comme ça ou elle se permettait des choses qui n'étaient pas toujours habituelles. ». Camélia, 34 ans, infirmière depuis 9 ans à l'U2.*

Camélia met en exergue des capacités relationnelles ainsi que la question de la confiance en soi et en l'autre, comme éléments qu'elle aimerait développer dans sa pratique. Elle ne relève pas un manque de ressources pour adopter elle-même ces attitudes, mais expose simplement qu'elle a apprécié ces façons de travailler. L'empathie, la douceur, ou encore le respect des points de vue de chacun sont des qualités de l'ordre du savoir-être observées lors d'échanges verbaux infirmière-patient notamment. Les pratiques de son autre collègue, parfois inattendues et insolites, relatant d'un certain professionnalisme et d'une certaine autonomie, relatent de savoir-faire. Ainsi, l'apprentissage de Camélia passe autant par l'observation, l'écoute ou encore l'analyse des pratiques de ses pairs. L'analyse de l'infirmière l'a amenée à décrypter les comportements de ses collègues et à adopter ces mêmes façons de faire :

*« Madame [nom de famille] arrive au niveau du bureau infirmier et s'adresse à Camélia pour lui demander des activités pour l'occuper. L'infirmière propose à la patiente de venir dans le bureau infirmier. Nous sommes seulement trois : l'infirmière, la patiente et moi-même. Connaissant un peu la patiente et son intérêt pour les activités intellectuelles, Camélia lui propose de travailler sur du vocabulaire italien. Elles s'installent ensemble devant un ordinateur pour effectuer des recherches de vocabulaire. L'infirmière lui demande quel thème la patiente aimerait étudier « corps humain, végétaux, alimentation... ? ». La patiente choisit l'alimentation. Camélia fait donc des recherches afin d'imprimer un document à la patiente. « C'est trop facile » énonce la patiente. L'infirmière lui propose de faire elle-même ses recherches comme ça elle pourra choisir ce dont elle veut. Elle lui laisse sa place et s'assoit à côté. La patiente procède alors à de multiples recherches. L'infirmière part du bureau, je me retrouve alors seule avec la patiente pendant environ 15 minutes. L'infirmière revient, visualise rapidement avec la patiente ses recherches. Madame [nom de famille] imprime ensuite elle-même le document et va le récupérer à l'imprimante ». Extrait de mon journal de terrain à l'U2.*

Cette approche sociale de l'acquisition de compétences, centrée sur les pairs, peut alors s'apparenter à « du faire pareil tout en étant différent ». On identifie des pratiques que l'on trouve favorables pour ensuite les transférer dans son propre exercice en se les appropriant. Cette assimilation de comportements perçus est alors le fruit d'un travail personnel, où l'on essaie de modifier et de faire évoluer ses façons de travailler.

### III.1.2. *Inspiration des pratiques parfois plus classiques, le B-A-BA*

Il arrive également que les infirmières prennent exemple sur des pratiques plus générales de leurs collègues, non spécifiques à la psychiatrie, et qui ne sont pas toujours respectées dans les institutions sanitaires et médico-sociales ; comme notamment le fait de frapper avant d'entrer dans une chambre, d'attendre la réponse du patient et de se présenter à lui. Ces règles de sociabilité et de respect des personnes sont des pratiques communes et normales en société (Savoyant, 2010, p. 152). Aurore, 25 ans, infirmière à l'U2 depuis 2 ans et demi, nous expose que l'une de ses collègues s'est inspirée d'elle lors de situation d'aller vers un patient lorsque celui-ci est dans sa chambre :

*« Je me rappelle à l'époque où [prénom de sa collègue] est arrivée, je frappais toujours avant de rentrer dans une chambre, et elle, elle ne le faisait pas. Je me présentais toujours avant, enfin voilà, « je suis Aurore, est ce que je peux rentrer ? » ». Aurore, 25 ans, infirmière depuis 2 ans et demi à l'U2.*

Ainsi, prendre exemple sur ses collègues ne demande pas forcément d'apprendre des choses nouvelles mais parfois de se recentrer et de se questionner sur des pratiques plus ordinaires. En effet, le respect de l'intimité du patient et de sa volonté d'accueillir sont des principes qui pourraient être considérés comme universels. Travailler à plusieurs permet alors de prendre exemple, mais aussi de s'interroger sur des éléments tellement évidents et triviaux que l'on n'y prête plus d'attention.

### III.2. [S'en éloigner : l'observation de ses collègues peut aussi être révélateur de pratiques que l'on ne veut pas adopter](#)

A l'inverse, l'observation des pairs peut également conduire les infirmières à identifier des pratiques qu'elles ne souhaiteraient pas adopter. En effet, comme énoncé précédemment, plusieurs interrogés ont évoqué des pratiques qui, pour eux, étaient importantes, comme notamment le fait de ne pas réagir en miroir face à un patient ou encore de frapper avant d'entrer. Cindy, étudiante infirmière, anciennement aide-soignante précise explicitement cette notion :

*« Et puis t'as d'autres infirmières, je me suis dit vivement que le stage se finisse parce que je ne veux pas être comme elles (...). Ben tu vois pour faire une toilette, elles ne vont pas prendre le temps « tournez-vous » [adopte un ton autoritaire]. Tu sais, c'est des gens qui ne sont pas bien, qui sont dans un lit, donc qui sont malades quand même, donc le temps qu'elle se tourne bah, elles vont être impatientes « j'ai dit tournez-vous quoi ». Mais à côté de ça, qui va parler à sa patiente qui va tout faire sur la matinée pour améliorer mais tu sens que, punaise, c'est tendu quoi. (...) Je trouve qu'il y en a qui ne sont pas, on ne va pas parler de maltraitance, mais un peu trop dynamiques dans leurs soins quoi. Et ça, ça m'a choqué. ». ». Cindy, 42 ans, étudiante infirmière en dernière année.*

Dans cet extrait, Cindy identifie des pratiques en inadéquation avec l'infirmière qu'elle souhaiterait être. Il ne s'agit pas d'actes de soins techniques mais plutôt d'un abord relationnel (par l'intonation de la voix ou encore des mots utilisés) dans lequel elle ne se reconnaît pas. L'étudiante infirmière déplore la précipitation au désavantage de la douceur et de la patience.

La pratique de l'infirmière en psychiatrie est en perpétuelle construction. Elle s'élabore à partir des formations, qui apportent principalement des éléments théoriques indispensables à la prise en charge des patients ; des expériences qui permettent de revenir sur des situations pratiques précises ou encore de l'observation de ses pairs qui amènent alors à conscientiser, prendre exemple ou alors s'éloigner de certaines façons de faire. Le travail infirmier s'intègre également dans un collectif. Chaque professionnel œuvre de façon coordonnée afin de proposer un accompagnement optimal au patient, mais chacun a également sa particularité formant ainsi la richesse de l'équipe infirmière.



---

## CHAPITRE 2 :

# La posture, une recherche d'équilibre et d'harmonie entre les facteurs individuels et professionnels

---

Le travail infirmier est un travail d'équipe, où les professionnelles se répartissent les tâches ainsi que les responsabilités. Elles œuvrent pour un but commun et la convergence de leurs façons de faire constitue un collectif et assure la cohérence de leur travail. Ainsi, les spécificités individuelles seront détaillées dans une première partie, et la manière dont ces particularités s'articulent au collectif dans une seconde.

### I. Des identités professionnelles marquées par des identités individuelles...

L'identité d'une personne repose sur ce qui est propre à un individu et différent d'autrui. Elle se constitue autant à partir de l'image que l'on a de soi-même, de celle que l'on souhaite renvoyer et de celle que les autres nous renvoient (Fray & al., 2010, p. 75). Dans l'exercice de leur métier, les individus recherchent un équilibre et une harmonie entre les facteurs personnels et les attentes du domaine professionnel. En effet, ils impliquent du soi, s'adaptent, et répondent aux valeurs, normes, etc, de leurs fonctions.

#### I.1. La personnalité de l'infirmière

Dans la pratique de chaque infirmière, des savoir-être singuliers et propres à la personnalité de l'individu sont mobilisés dans les prises en charge des patients. La professionnelle va, en effet, s'investir et mobiliser ses qualités humaines et relationnelles propres pour leur accompagnement. En interaction avec son environnement, l'infirmière est continuellement confrontée à des situations qui nécessitent des ajustements comportementaux afin d'assurer son bien-être et celui d'autrui (Lourel, 2006, p. 5).

Dans une unité d'hospitalisation en psychiatrie, les infirmières rencontrent diverses problématiques psychiques. Les troubles sont divers et leurs symptômes aussi. De ce fait, l'infirmière se retrouve face à un individu singulier, avec son caractère et ses besoins à un instant précis, où le patient souffre psychologiquement. Pour anticiper ou désamorcer une tension latente, les professionnelles mobilisent des compétences relationnelles particulières, bien souvent d'ordre personnel. La pratique infirmière est alors forgée de l'identité personnelle, et donc du soi.

A l'U2, les infirmières ont des personnalités et donc des approches différentes. Certaines sont calmes, n'élèvent pas la voix et sont très doux. Par exemple Flavien, 51ans, infirmier à l'U2 depuis 2ans, est en capacité de rester calme et patient lors de moments de tensions : *« c'est quelque chose que je n'ai pas trop de difficulté à mettre en place parce que dans la vie de tous les jours je suis comme ça »*. Ce comportement interpelle parfois ses collègues, qui n'ont pas ces traits de caractère. Les éléments de personnalité des soignants interfèrent forcément dans la prise en charge des patients et contribuent ainsi parfois à apaiser les patients, voire éviter des mesures d'isolement et de contention :

*« Et Aurore je me rappelle, elle m'a fait la réflexion plusieurs fois de me dire « mais comment tu as pu rester calme ? ». (...) Il [le patient] m'avait hurlé dessus et il était venu coller son front en essayant de me frapper, et je suis resté très, très calme. Et ça s'est arrêté là. Aurore était prête à appuyer sur le PTI et du coup on l'aurait contenu. A une réponse près, on peut passer d'une contention ou pas. Ça peut jouer à pas grand-chose. »*. Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.

Dans ce cas précis, on observe que la personnalité des soignants est un élément important à prendre en considération en psychiatrie. En effet, si cette altercation s'était produite avec une autre infirmière, nul ne sait si le patient serait parvenu à se calmer. Or, dans ce cas précis, le fait d'être confronté à un professionnel qui a conservé son sang-froid a joué un rôle considérable dans l'évolution du processus d'hospitalisation de ce patient. Comme Benjamin le souligne *« on réagit tous différemment avec certains patients<sup>30</sup> »*, par conséquent les patients ne se comportent pas de la même manière avec toutes les infirmières. La personnalité, les appétences et donc les manières de faire des professionnelles ont un rôle clé dans leur pratique : Chloé aime mettre en place des activités à visée thérapeutique bien qu'elle n'ait pas suivi de formation particulière à ce sujet ; Aurore pratique l'humour avec les patients ; Benjamin est autoritaire. Tout est question de dosage. En effet, si l'identité individuelle donne une teinte particulière à la pratique professionnelle, toutefois la personnalité de chaque infirmière ne doit pas prendre le pas sur le professionnalisme.

Les identités personnelle et professionnelle sont en constante interférence. Louis, 38ans, infirmier depuis 5ans à l'U2, mobilise des savoir-être constitués dans le service dans son quotidien :

*« Moi depuis que je bosse en psychiatrie, il y a plein de techniques que j'ai apprises, que j'utilise sur l'extérieur, tout le temps en fait, à tous les niveaux, même en famille, quand quelqu'un s'emporte... »*.

Chaque soignant développe et implique du soi dans sa pratique professionnelle, qu'il peut également reproduire dans son quotidien personnel. En effet, comme l'explique Christiane Gohier, docteure en philosophie, l'identité professionnelle se développerait à partir de l'identité personnelle de l'individu, et s'inscrirait dans la dimension sociale et psychologique de la personne (Gohier, 2000, cité par Fray & al., 2010, p. 75).

---

<sup>30</sup> Extrait d'entretien avec Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1an et demi

## 1.2. Les fonctions adoptées : maternante et cadrante

L'activité infirmière se définit par un ensemble de gestes, d'actions et de dynamiques contribuant à la prise en charge des patients. Dans ce sens, les professionnelles mobilisent des approches diverses et variées selon les caractéristiques et les besoins des patients. Pour contribuer à la relation de soin, les professionnelles vont autant réaliser des actes techniques (le *cure*) que s'informer et prendre en considération l'environnement direct du patient (social, physique, financier) afin de contribuer à son bien-être (le *care*).

Pour accompagner la personne vers un mieux-être global les infirmières adoptent des comportements spécifiques et singuliers qui peuvent être liés avec des mœurs sociales, appelées « fonction ». Une fonction s'apparente à un fait social, une pratique ou encore une coutume (Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 126). Cette notion fait référence aux approches mobilisées par les infirmières, tant lors de soin direct, qu'indirect (*cure* et *care*).

A l'U2, deux notions sont majoritairement mobilisées par les soignantes. La première, est la « *contenance maternelle* <sup>31</sup>», où les professionnelles vont accueillir le contenu psychique des patients (angoisses, peurs, questionnements) pour ensuite les rassurer et leur apporter un cadre *cocoonant*<sup>32</sup>. Cette fonction est principalement associée au genre féminin, du fait qu'historiquement et socialement, c'était la mère (ou une autre femme) qui prenait soin des enfants, en les allaitant ou les berçant par exemple (Gérard, 1994, cité par Lanquetin & al, 2012, p. 204). Les infirmières adoptent généralement ces comportements auprès des patients les plus jeunes de l'unité :

*« Les collègues plus vieilles, elles vont plus avoir une fonction maternante avec eux [les patients] parce qu'ils sont jeunes. ».* Aurore, 25 ans, infirmière à l'U2 depuis 2 ans et demi.

Cet extrait met en exergue que cette fonction est apparemment adoptée plus facilement par des femmes plus âgées que les patients, peut-être parce qu'elles ont peut-être déjà eu des enfants.

Toutefois, il faut être vigilant avec cette fonction, tant pour le patient que pour la soignante. En effet, du côté soignant, si les infirmières prennent soin de patients plus jeunes, elles peuvent alors faire un transfert de leur propre fonction maternante personnelle, ce qui les amènerait donc à ressentir des émotions parfois démesurées. Du côté des patients, un fonctionnement parfois trop maternant, voire d'assistance, des soignants (hommes et femmes) protégeant alors constamment le patient des conflits ou des angoisses, peut alors les amener à ne pas savoir comment agir dans la vie quotidienne hors de l'hospitalisation (Griffard, 2010, cité par Lanquetin & al., 2012, p. 153) et risque de les limiter dans

---

<sup>31</sup> Extrait d'entretien avec Aurore, 25ans, infirmière depuis 2ans et demi à l'U2. Terme faisant référence à une approche psychanalytique de la psychiatrie.

<sup>32</sup> Extrait d'entretien avec Chloé, 26ans, infirmière depuis 5 ans à l'U2

l'expression de leurs désirs et de leurs opinions car nul ne sera là pour les accompagner à gérer leurs ressentis.

La fonction « cadrante » est également un comportement adopté par les professionnelles de l'unité, où elles redéfinissent les règles d'hospitalisation aux patients, posent des limites à leurs sollicitations afin de replacer l'hôpital comme un lieu de soin (Moreau, 2010, p. 13). Cette fonction est principalement employée à l'U2 lorsqu'il faut rappeler le cadre de soin du patient, qui peut être entendu comme « *l'ensemble des mesures à visées thérapeutique appliquées à un individu en fonction de son état clinique* » (Mougeot, 2019, p. 42). Les infirmières ont en effet la charge de faire respecter le cadre établi par le psychiatre. Benjamin, 26 ans, infirmier depuis 1 an et demi à l'U2 explique ce fonctionnement comme suit :

*« Tu vois nos patients, ils ont tous un cadre de soins et je suis dans truc ou... Ou en fait souvent la plupart du temps ils sont tellement désorganisés que, c'est ma vision des choses hein, que si tu ne respectes pas ce cadre, ils vont se laisser encore plus déborder que ce qu'ils ne sont. ».*

Pour ce professionnel, faire appliquer les mesures inscrites dans le cadre de soins contribue à lutter contre l'évolution des symptômes psychiques et limiter la souffrance du patient. Il perçoit alors le non-respect du cadre comme un élément qui pourrait constituer une nuisance pour le patient. Pour ce faire, il évoque avoir un « *côté hyper restrictif* »<sup>33</sup> permettant d'offrir un espace « *sécurisant et rassurant* »<sup>33</sup> au patient. Dans ces termes, il met en avant le fait que si chaque infirmière posait des limites et faisait respecter le cadre de soins au patient cela permettrait de soutenir une ambiance commune à valeur apaisante. Le cadre est donc un élément doublement « contenant » : pour les professionnelles auxquels il donne une ligne de conduite, pour les patients qu'il limite et sécurise.

Ces approches, « maternante » et « cadrante », sont largement plus complexes que les conduites mentionnées. Seuls les aspects les plus identifiables et caractéristiques de ces deux fonctions sont avancés. De plus, il faut savoir qu'il existe de nombreuses fonctions (éducative, paternelle, clinique, etc.)<sup>34</sup> qui sont souvent mobilisées de façon simultanée et non indépendante. C'est d'ailleurs ce que relève une infirmière à l'U2 : « *On essaye tous d'être à la fois rigide, à la fois laxiste, à la fois doux et à la fois cocoonant, et à la fois... tu vois.* ». Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7 ans.

Dans son propos, Margot énonce que chaque infirmière essaye d'adopter différentes fonctions. Elle cite principalement les deux notions développées ci-dessus, tout en faisant référence à la fonction

---

<sup>33</sup> Extrait d'entretien avec Benjamin, 26ans, infirmier depuis 1 an et demi à l'U2.

<sup>34</sup> Celles-ci sont explicitées par Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel dans le rapport final au 29 février 2012 « Impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie » de la Recherche en Soins Infirmiers



protectrice ou encore contenante. Leur addition définit alors en partie toute la subtilité et la complexité de la pratique infirmière en psychiatrie, qui est également érigée par les affinités.

### 1.3. [Les relations avec les patients, entre affinité et transfert](#)

En fonction des affinités que les infirmières ont envers certains patients, voire pathologies, elles vont parfois développer plus de liens et ainsi davantage s'investir dans leur prise en charge. C'est le cas notamment de Benjamin, 26 ans, infirmier à l'U2 depuis 1 an et demi, qui apprécie accompagner des patients ayant un parcours d'exil, ou encore de Chloé, 26 ans, infirmière à l'U2 depuis 5ans, qui aime prendre en charge des patients déficitaires intellectuellement. Ainsi, des relations uniques infirmiers-patients se créent et se développent en fonction des sensibilités des infirmières ou de celles de patients.

*« Et puis des fois aussi, c'est le patient qui te choisit, t'as rien demandé, il suffit que tu aies fait son entrée, il va te prendre comme repère et du coup il t'a choisie et du coup c'est hyper rassurant pour lui d'avoir une personne ressource. »* Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

Ces approches affinitaires sont décrites dans les approches psychanalytiques par la notion de « transfert », qui désigne « *un processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes de son expérience enfantine, sympathiques ou hostiles, se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel* » (Morfaux, 1980, cité par Friard & al., 2012, p. 322). Il s'agit donc d'une identification projective sur autrui, phénomène constant et récurrent dans les relations. D'ailleurs, Françoise Molière et Dominique Friard (2012, p. 324) indiquent qu'en psychiatrie il est difficile de ne pas prendre en considération la notion de transfert lors de la compréhension et de l'analyse des enjeux dans la relation. Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi, explique que la prise en charge des patients dépend de ces relations transférentielles et contre-transférentielles, c'est-à-dire de la soignante sur le patient :

*« Je suis soignante avec tous mais il y a des fois y'a des choses qui se passe ou tu ne sais pas vraiment. Des fois, t'arrive à identifier des fois, t'arrives pas du tout à les identifier. Forcément [prénom d'une patiente], elle a mon âge (...) forcément il y a des choses qui me rappelle à elle, forcément à des moments je dois être dans le transfert. »* Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

*« Chaque patient ne te renvoie pas les mêmes choses non plus. Enfin je ne m'occupe pas de [prénom d'une patiente] comme je m'occupe de [prénom d'un patient] par exemple. [Prénom de la patiente], je vais me permettre beaucoup plus de choses au niveau du toucher parce que voilà, inconsciemment, elle a l'âge de ma grand-mère. Donc j'ai envie d'en prendre soin comme une mamie. »* Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

L'infirmière montre qu'elle est consciente de quoi sont tissées ses relations et pointe certains éléments qui l'amènent à agir et entreprendre la relation par un certain focal. Ces exemples mettent en avant le fait qu'Aurore a su analyser ses comportements et ses contre-transferts. Or, parfois, il s'avère que

les professionnelles ne soient pas toujours conscientes de ces projections qui les amènent à s'investir excessivement dans la relation. C'est ce qu'a relaté Margot, 29ans, infirmière depuis 7ans à l'U2 :

*« J'ai vu une collègue qui était complètement en transfert et qui clairement n'était plus objective sur la prise en charge , je pense qu'on l'a tous déjà été, et du coup on lui l'a dit »*

Ainsi, chaque infirmière tisse des liens avec des patients, élaborés d'affinités ou de transfert affectif, qui bien entendu, vont alors moduler les prises en charge.

#### La notion de « référent »

Dès lors que les professionnelles identifient avoir noué une relation ou un début de relation de confiance avec le patient, celles-ci vont alors essayer de suivre l'évolution de la prise en charge du patient, notamment en se plaçant comme référente. Concrètement, lors de mon immersion, dans le service, j'ai observé les infirmières placer leur prénom sur le tableau de référencement des patients (nom du patient, numéro de chambre, nom du psychiatre référent, modalité de placement, date d'arrivée et nom de l'infirmier référent). J'ai interrogé les professionnelles sur cette nouvelle mission, qui était mise en œuvre depuis longtemps mais venait tout juste d'être formalisée.

Cette fonction, non-inhérente à la profession infirmière, contribue à identifier une personne qui sera alors garante de la trajectoire du patient : que ce soit l'histoire et l'évolution de la maladie, sa situation sociale et financière, ou encore l'évolution du cadre de soin du patient et de ses traitements (Simon, 2012, p. 319). Elle devient alors l'interlocuteur principal du patient sur l'ensemble de son hospitalisation, car elle coordonne, informe et assure la continuité des soins. C'est d'ailleurs ce que précise Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans :

*« On crée des liens. Alors des fois ça vient de nous parce qu'on a des profils de patients avec lesquels on a plus de facilité ou qui nous intéressent plus. (...) alors une fois qu'on a remarqué qu'il y avait un lien qui a été créé, effectivement, on a tendance à aller un peu plus aux entretiens et dire aux collègues, ça passe bien, je vais aller à l'entretien. »*

L'ensemble de ces individualités participe à la constitution d'un collectif, et permet une certaine complémentarité dans l'équipe : *« On est complémentaires parce qu'on ne se ressemble pas. On se complète vraiment »* Chloé, 26ans, infirmière à l'U2 depuis 5ans. En effet, ces différences œuvrent pour constituer du commun, et prendre en charge de façon optimale le patient. Lorsqu'une infirmière ne parvient pas à accompagner un patient, elle peut dès lors compter sur les spécificités d'autrui pour prendre le relai.

*« On est tous différents, tu peux compter sur l'autre, parce qu'il y a des choses ça ne va pas passer avec toi, l'autre va prendre le relai. »* Flavien, 51ans, infirmier à l'U2 depuis 2 ans.

C'est donc à partir de la singularité de chaque infirmière que la pratique infirmière se développe et se solidifie en collectif et en complémentarité d'équipe.

## II. Un collectif favorable à l'accompagnement des patients

Au sein des équipes, constituées de personnalités diverses, des manières de penser et de faire communes sont nécessaires afin de constituer un collectif et d'accompagner de façon cohérente et globale les patients. Pour Jean-Paul Lanquetin et Sophie Tchukriel, ISP et IDE, chercheurs en soins infirmiers, « *la notion d'équipe et sa déclinaison qualitative, le collectif, constituent un axe majeur du travail en psychiatrie* » (Lanquetin, Tchukriel, 2012, p. 244). Travailler en équipe, c'est s'appuyer sur des directives communes, s'adapter, opérer des ajustements réciproques et harmoniser les pratiques.

### II.1. L'encadrement institutionnel

Le travail des infirmières est régi par un encadrement de proximité, avec des règles ainsi que des directives institutionnelles. Ce rôle d'encadrement « *a une fonction de lien social, son rôle ne consiste pas seulement à relayer l'information, mais à relier des hommes, des mondes sociaux de plus en plus éclatés* » (Dumas, 2016, p. 51). Les directives du service, le règlement intérieur des patients ou encore les décisions des psychiatres sur le projet de soin<sup>35</sup> du patient sont des éléments contribuant à caractériser et ordonner le travail infirmier.

#### II.1.1. Les dimensions gestionnaires du travail infirmier

La politique de l'établissement et plus particulièrement du service joue un rôle sur le travail infirmier. En effet, elle établit des directives que les professionnelles doivent tenter d'appliquer. A l'U2, qui est un service de crise, c'est-à-dire qui arrive en relai des urgences psychiatriques et prend en charge des patients en grande souffrance psychique, la mission du service demande de s'occuper des patients jusqu'à ce que leur état psychologique s'améliore. Dès lors que les patients sont stabilisés, ils doivent sortir du service et poursuivront ou non leur prise en charge en ambulatoire. De ce fait, les infirmières doivent être vigilantes à l'état clinique du patient pour ainsi évoquer, quand il sera stabilisé, sa sortie d'hospitalisation. Un changement de modalité d'hospitalisation (passage de SSC à SL) n'est toutefois pas indicateur d'une sortie ou changement d'unité d'hospitalisation.

De plus, suite au passage du CGLPL en 2018, le chef de service a mis en place des directives concernant les mesures d'isolement et de contention. Il a rappelé que ces mesures n'étaient pas considérées comme des soins et appelle toute l'équipe à réduire, voire proscrire leurs utilisations. Toutes les infirmières rencontrées ont évoqué que leur emploi devait s'effectuer *en derniers recours, en cas de*

---

<sup>35</sup> Un projet de soin est un programme personnalisé et proposé à chaque patient lors de son hospitalisation afin de lui offrir un contexte favorable à l'apaisement de sa souffrance psychique.

*force majeure*<sup>36</sup>. Toutefois, elles n'ont pu me dire que ces recommandations étaient formalisées dans un texte, protocole ou autre encadré du service. Elles savent que c'est une volonté forte du chef de service, partagée avec les psychiatres de l'unité et que toute l'équipe se doit de lutter contre l'utilisation de pratiques d'isolement et de contention.

Faire appliquer le règlement intérieur aux patients participe également à la cohésion du collectif infirmier. Des règles de fonctionnement de l'établissement (horaires pour les appels téléphoniques, d'accès au parc, des repas ou encore de distribution des traitements), de confidentialité des éléments du dossier médical patient, de vie en communauté (niveau sonore, tenue vestimentaire, respect des locaux...), d'hygiène (rangement des chambres par exemple), de consommation de substances addictives (tabac, drogues, alcool) sont autant d'éléments auxquels doivent se conformer les patients. Par conséquent les infirmières tentent de veiller au respect de l'ensemble de ces éléments.

Les médecins sont également initiateurs et garants d'un type de soin : prescriptions et ajustement des traitements, fermeture et ouverture du cadre de soin (et donc décisions de contraintes : port du pyjama, accès aux affaires personnelles, sorties ou non au parc...), permissions<sup>37</sup>, fin d'hospitalisation, etc. L'ensemble de ces éléments constitue le projet de soin d'un patient, que les infirmières doivent mettre en pratique.

La constitution de manières de faire communes peut également venir de la façon dont est gérée l'équipe infirmière. A l'U2, la cadre de santé, Laure, identifie avoir un style de management « *participatif* »<sup>38</sup>. C'est-à-dire de tenir compte du point de vue de chacun afin d'élaborer le plus collectivement possible des réponses adaptées. Laure considère « *être un petit peu le maillon pour les faire avancer* »<sup>38</sup>. Pour Bourret, infirmière et cadre de santé, « *l'activité des cadres est par nature un travail d'articulation..., de mise en relation des logiques, des groupes et des personnes* ». (Bourret, 2012 p.83 et p.89, cité par Dumas & al, 2016, p. 51). Lors de mon immersion à l'U2, j'ai observé Laure laisser les infirmières choisir par exemple les couleurs des murs et le mobilier de l'extension du service. Cette participation semble intéresser certaines professionnelles qui émettent leurs avis. A l'inverse, d'autres soignantes ne souhaitent pas forcément s'investir et se tiennent à l'écart de ces échanges. Dans cette place laissée aux seize infirmières, on peut interroger la façon dont leurs opinions, envies et demandes sont prises en considération et comment Laure parvient à déterminer un point d'entente.

---

<sup>36</sup> Extrait d'entretien avec Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans et Céline, 42ans, étudiante infirmière.

<sup>37</sup> Les permissions sont des autorisations de sortie temporaire de l'unité d'hospitalisation d'une durée maximale de 48h.

<sup>38</sup> Extrait d'entretien avec Laure, 45ans, cadre de santé à l'U2 depuis 8mois.

### II.1.2. L'intérêt de partager des objectifs communs

Encadrer le travail infirmier est particulièrement nécessaire afin que les professionnelles partagent un but commun et convergent aux vues d'assurer des prises en charge cohérentes (Phaneuf, 2012, p. 3). L'ensemble des infirmières essaie d'avoir une *ligne directive*, c'est-à-dire une orientation donnée pour la prise en charge d'un patient. C'est ce qu'explique Benjamin, 26 ans, infirmier à l'U2 depuis 1 an et demi :

*« En général, on essaie quand même tous d'avoir la même ligne de conduite (...). On a tellement des cas compliqués que si on ne part pas sur une ligne directive commune, en fait, ça va compliquer les choses et on n'a pas besoin de ça. ».* Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1 an et demi.

Comme le dit Benjamin, il est essentiel de ne pas rendre plus complexe la prise en charge. Toutefois, au sein d'une équipe soignante, avoir une ligne directive n'empêche pas des pratiques et manières de faire différentes, discutées, partagées et étayées en équipe, afin de se coordonner au mieux.

L'infirmier évoque également l'importance de cette orientation commune pour les patients. Selon lui, il est nécessaire de leur proposer un environnement rassurant et sécurisant, afin de réduire leurs angoisses, leurs peurs et de faciliter leur compréhension de leur accompagnement. Mettre en œuvre des pratiques harmonieuses, bien qu'hétérogènes, participe alors à apaiser le patient. Margot présente d'ailleurs une situation où les infirmières n'étaient pas coordonnées amenant ainsi le patient à ne pas comprendre, contester, s'énerver, voire jouer des différences.

*« On n'était pas tous d'accord sur la prise en charge et du coup le patient était en train carrément de cliver parce que du coup ben nous on était l'équipe rigide et l'autre hyper sympa où il peut avoir accès à tout. ».* Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans.

Si les soignants ne se sont pas mis d'accord sur la prise en charge d'un patient, celle-ci peut alors avoir l'effet inverse que celui désiré, qui en principe est de rétablir leur intégrité psychique. Le patient peut alors penser que son accompagnement est insignifiant et avoir le sentiment qu'il a le droit et est capable de tout faire (Moreau, 2010, p. 14). Ainsi, avoir une ligne directive commune pour la prise en charge de chaque patient est un élément essentiel pour les amener vers un mieux-être psychique.

### II.2. La singularité au service du collectif : entre richesse, ajustement et désaccord

Pour œuvrer dans un objectif commun, qui est de prendre en charge les patients de façon optimale, les infirmières sont amenées à composer avec la singularité personnelle de chacune. Collaborer nécessite certaines qualités, comme notamment le fait d'être ouvert d'esprit, d'être à l'écoute, conciliant, d'être en capacité de se remettre en question et de pouvoir s'adapter.

### II.2.1. Des différences de points de vue enrichissantes

Comme nous l'avons vu précédemment, la singularité des individus conduit à des manières de faire ainsi que des points de vue différents. Le collectif infirmier est amené à composer avec ces disparités. Pour Margot, 29ans, infirmière depuis 9 ans à l'U2, cette hétérogénéité des pratiques est enrichissante :

*« Pouvoir bosser avec des personnes qui ne voient pas les choses comme toi, alors c'est un peu, c'est challengeant hein. Je veux dire que ça pousse à voir les choses d'une autre façon, des fois t'es cantonné à ta vision, t'as l'impression qu'il y a que comme ça que tu dois bosser et tout. Alors ça a des aspects positifs : t'es rassuré, tu sais exactement, quoi faire, tu sais comment les autres ils réagissent. C'est cool, mais il y a des fois où ça te permet juste d'avoir une autre vision. Des fois, les collègues ils font complètement différemment sur un week-end et du coup tu te dis, tu t'inspires, tu te dis « ah ça c'est bien », ou alors inversement, ils voient comment toi tu fais. ». Extrait d'entretien avec Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 9ans.*

Dans son propos, elle met en avant cette notion de challenge, qui signifie qu'elle perçoit ces divergences comme des éléments qui peuvent la mettre en difficultés mais lui permettant aussi d'apprendre et d'évoluer. En effet, Margot souligne qu'elle a des habitudes, des façons de fonctionner particulières sans doute en lien avec ses sept ans d'ancienneté dans le service. Ainsi, voir d'autres manières de faire peut amener l'infirmière à se heurter aux pratiques de ses pairs mais également à sortir de sa zone de confort. Ses collègues, de par leurs points de vue différents l'entraînent alors à envisager autrement le soin, ce qu'elle perçoit comme un élément formateur.

Benjamin, 25 ans, infirmier à l'U2 depuis 1an et demi, identifie également ces différences comme étant une force. Pour lui *« avoir des points de vue différents, ça apporte cette réflexion à se dire alors, qu'est-ce qu'on a fait de bien, qu'est-ce qu'on n'a pas fait de bien, comment on aurait pu faire autrement »*. Ces divergences de points de vue amènent donc les infirmières à avoir un retour réflexif sur leurs pratiques tant individuelles que collectives et vont permettre d'appréhender le soin différemment. En effet, pouvoir identifier certains comportements comme étant favorables ou non, conduit les infirmières à se questionner, se remettre en question et ainsi à modifier leurs pratiques.

### II.2.2. Des ajustements réciproques

Composer avec des divergences conduit également les infirmières à s'adapter et ajuster leurs postures pour mener à bien des projets de soin communs. S'adapter nécessite d'abord de percevoir les éléments divergents entre professionnelles, puis de communiquer, de réfléchir pour tenter de comprendre les différents points de vue et ensuite de composer ensemble. Il est donc essentiel d'avoir une connaissance de soi et de ses pratiques, ainsi que de celles des autres, tout comme de l'environnement dans lequel se déroule l'action.

A l'U2, les 16 infirmières ne travaillent pas forcément régulièrement les unes avec les autres. En effet, les professionnelles sont réparties en 4 équipes de 4 infirmières qui se retrouvent sur les postes du weekend et majoritairement la semaine. Ainsi, les infirmières connaissent particulièrement bien les pratiques de certaines de leurs collègues et ont ainsi adopté des habitudes pour travailler ensemble :

*« Travailler avec les mêmes personnes, ça a un côté bien, c'est qu'on se connaît. Le fait d'être toujours avec les mêmes le week-end a l'avantage que, en cas de souci, tu sais exactement comment les gens vont réagir, comment tes collègues se positionnent, ça roule tout seul parce qu'on se connaît bien. ».* Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans

Lorsque les professionnelles travaillent avec des collègues avec qui elles n'ont pas l'habitude de fonctionner, des ajustements de leurs pratiques sont nécessaires pour assurer des prises en charge harmonieuses et cohérentes. C'est ce qu'Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi évoque :

*« Par exemple, si tu vas être avec l'équipe de [prénom d'un infirmier], il n'y en a pas un qui va penser à regarder les mails, donc je vais regarder les mails parce que je sais que nanani... Je sais que c'est une équipe qui n'écrit pas donc je sais que la relève, je vais forcément bien écrire parce qu'ils peuvent oublier des choses. Je sais que [prénom d'une infirmière] elle a prévu un temps relaxation donc je ne vais rien prévoir en même temps... enfin voilà, on a tous nos habitudes, donc oui ma posture, elle va peut-être être différente, un petit peu, tu t'adaptes quoi (...) Donc oui, forcément je m'adapte avec qui je suis. Et on s'adapte tous »*

Aussi travailler en collectif demande de s'adapter, d'articuler et d'aligner les postures afin de répondre communément à l'ensemble des missions infirmières.

### II.2.3. Traitement des désaccords

Des divergences de points de vue peuvent évidemment engendrer des désaccords. Par exemple, un jour où j'étais présente dans l'U2, une infirmière évoque lors d'une relève qu'elle a vu une patiente recracher ses traitements et qu'il serait nécessaire de lui faire une injection<sup>39</sup> :

*« Ils passent à un autre cas de patient, dont une qui aurait recraché ses médicaments ce matin. Une infirmière les aurait vus dans la poubelle mais n'aurait pas repris la patiente. L'équipe se questionne sur une injection forcée pour assurer la prise de traitement. (...) Plus tard, une autre infirmière échange avec le psychiatre et lui dit qu'elle ne sent pas d'aller faire une injection forcée à cette patiente et qu'elle n'est pas d'accord avec cette action : « Il aurait fallu la reprendre tout de suite ». Plus tard, les deux infirmières échangent à ce sujet, explicitent leurs points de vue et sont finalement d'accord sur le fait qu'il est délicat de revenir deux heures après faire une injection, sans-avoir repris avec la patiente et informé qu'elle les aura en injection. »* Extrait de mon journal de terrain à l'U2.

En échangeant, les infirmières ont réussi à s'accorder sur la prise en charge de cette patiente suite à la non prise de son traitement per os. L'injection est apparemment la seule possibilité évoquée par les professionnelles, sans doute car la patiente est présente depuis plus de six mois dans l'unité suite à un passage dans une Unité pour Malade Difficile (UMD). La communication leur aura permis de trouver un terrain d'entente.

---

<sup>39</sup> Lorsque les patients ne prennent pas leur traitement per os, les infirmiers optent pour leur faire une injection afin d'être sûrs de la bonne prise des traitements. L'intérêt de la prise de traitement est d'évaluer l'évolution des symptômes et de voir si le traitement est adapté ou non à la pathologie du patient.

Pour Louis, les divergences de réponses des soignantes peuvent amener le patient à ne plus savoir où se situer (énoncé également par Margot p. 45). Il explique ces différences par le fait que les décisions sont parfois prises dans l'immédiateté, face au caractère instantané de la demande du patient :

*« Ça arrive tout le temps ici que l'un contredise l'autre. Parce que nous on va prendre une décision à l'instant T et le patient va vite aller voir quelqu'un d'autre. Alors avant qu'on ait le temps de se concerter... Et l'autre va se dire « oui, moi, j'accepte ça » parce qu'au final, la bonne réponse moi je ne sais pas ce que c'est. Mais au moins il y en a une, et si on s'y tient tous, bon c'est plus rassurant ». Louis, 38 ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.*

Pour lui, il est important de se référer à une ligne directive pour être bien au clair sur les modalités de prise en charge du patient et lui apporter des réponses cohérentes, identiques au plus près de ses besoins.

### II.3. La communication comme outil d'harmonisation de leurs pratiques

La communication entre les infirmières est un élément principal de la prise en charge des patients sur laquelle va s'appuyer et s'effectuer la nature même des soins (Lanquetin, Tchukriel, 2012, p. 244). En effet, communiquer sur le cadre de soins du patient, son état clinique ou sa prise de traitements par exemple, sont autant d'éléments contribuant à la continuité et à l'harmonisation de la prise en charge du patient. Les échanges favorisent la cohésion d'une équipe, son évolution (id.) la création et la spécificité d'un collectif.

#### II.3.1. La communication lors de temps informels

La communication infirmière se déroule principalement sur des temps informels, c'est-à-dire non programmés dans leur emploi du temps (discussions lors du petit-déjeuner, des pauses café et/ou cigarettes, dans le bureau infirmier, ...). Ces échanges sont donc nombreux et ont lieu tout au long de la journée, tant pour revenir sur ce qui a été dit en entretien, que pour évoquer des interactions passées avec les patients ou encore pour parler de l'évolution du cadre de soins des patients. C'est également lors des temps informels d'échanges que les infirmières évoquent l'utilisation ou non de mesures coercitives lorsqu'un patient ne veut pas prendre son traitement ou, dès lors que son état psychique se dégrade. En effet, fonction de la temporalité d'une crise ou d'un refus de prise de traitement d'un patient, les infirmières doivent évaluer la situation pour ensuite intervenir et apporter une réponse rapide et adéquate pour apaiser sa souffrance psychique.



## La communication pour décider ou non de l'utilisation de mesures coercitives

Lors de mon immersion dans les unités psychiatriques, j'ai observé des échanges sérieux et considérables sur des questions de recours à des pratiques coercitives, telles que l'isolement, la contention ou les injections comme alternatives à la non compliance<sup>40</sup>. En effet, lorsque les infirmières n'ont pas recours à des pratiques portant atteintes à la dignité ou à la liberté des patients, pour notamment négocier la prise de traitement, désamorcer des tensions latentes, apaiser le patient, celles-ci n'échangent pas forcément avec leurs collègues. Elles tentent des façons de faire, des approches avec les patients pour voir si cela fonctionne en premier lieu. Si cela ne fonctionne pas, elles peuvent alors être amenées à en discuter et se passer le relais. Or, lorsque plusieurs infirmières ne parviennent pas à amener le patient à prendre son traitement, à atténuer sa souffrance psychique, elles communiquent davantage entre elles pour décider des éventuelles mesures coercitives qu'elles peuvent mobiliser. Ces échanges ont pour objectif premier d'identifier des pratiques pour réduire les symptômes et prévenir l'urgence psychique<sup>41</sup>. C'est d'ailleurs ce qu'explique Aurore, 25 ans, infirmière depuis 2 ans et demi à l'U2 :

*« On se questionne tout le temps, en fait, à chaque fois qu'il y a un isolement, même une IM [injection intramusculaire]. Hier [nom d'une patiente] ça a duré bien 3/4 d'heure, histoire de savoir, est ce qu'on la pique, est ce qu'on ne la pique pas ? Bénéfice / risque. En fait on le fait toujours inconsciemment donc je pense que quand on prend une décision que ce soit isolement, contention, IM ou je ne sais quoi. C'est quelque chose que même, même si on ne s'est pas tous mis autour d'une table de façon hyper formelle. C'est une décision qu'on a discutée, qu'on a faite et qui nous semble la meilleure. Enfin on fait toujours au mieux de ce que l'on pense... Mais ce qui est bien c'est qu'on débat toujours quoi, c'est qu'on ne fait jamais quelque chose sans réfléchir. En général, c'est toujours réfléchi en équipe. ». Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.*

Aurore évoque le besoin de concertation pour décider de recourir à des pratiques (isolement, contention, injection) qui ont un réel impact sur le patient. En effet, l'emploi de mesures coercitives peut conduire à un vécu négatif tant pour les patients (punition, solitude, humiliation, surcroît d'anxiété voire d'agressivité)(Carré & al, 2017, p. 394), que pour les soignants (frustration, culpabilité, tristesse, peur, colère) (Guivarch, 2015, p. 4). Les échanges ont alors pour objectif d'identifier l'ensemble des moyens pour amener le patient à s'apaiser afin d'employer en *dernier recours*<sup>42</sup> les pratiques coercitives. Aurore met également en avant la posture de réflexivité collégiale, c'est-à-dire que ces actions coercitives sont réfléchies en groupe, parfois longuement, comme ici 45 minutes avant

---

<sup>40</sup> Ici, fait qu'un patient cesse de prendre, à l'insu du médecin, la médication qui lui a été prescrite

<sup>41</sup> L'urgence en psychiatrie y est définie comme « une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin ; elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». (Fousson & al, 2013, p. 144)

<sup>42</sup> Extrait d'entretien avec Louis, 38 ans, infirmier depuis 5 ans à l'U2.

d'être ou non réalisées. La décision collégiale permet le partage des responsabilités et du poids de la décision, afin de ne pas réduire la charge (émotionnelle, administrative, etc.) à un seul individu.

### II.3.2. La communication lors de temps formalisés

De manière générale, les infirmières communiquent donc de manière informelle, c'est-à-dire lors de temps non dédiés et non identifiés. Or, échanger seulement lors de temps non programmés à l'ensemble des professionnels (psychiatres, infirmiers, cadre de santé...) ne permet pas cette continuité de soin entre les différentes équipes : matin/soir/nuit. Ainsi, les « relèves », qui sont des réunions pluri professionnelles, réalisées entre chaque fin et début de poste infirmier<sup>43</sup>, contribuent à la transmission et au partage d'informations actualisées sur les différents patients hospitalisés dans le service. Chaque professionnelle peut alors apporter des éléments sur le cas d'un patient permettant ainsi d'ajuster sa prise en charge (cadre de soin thérapeutique, traitement, mesures coercitives). Les relèves sont aussi l'occasion de se questionner car en effet, « *les participants aux relèves ne se contentent pas d'énoncer les faits récents, mais donnent l'occasion de s'interroger sur eux, de chercher à les interpréter, à compléter des savoirs, d'établir des jugements, de reconstituer des événements et des problèmes, d'aider le partenaire à y voir clair* » (Colon de Carjaval & al., 2020, p. 1). De plus, l'organisation de ces temps d'échanges s'effectue autour d'un interlocuteur principal qui est une infirmière (changeant à chaque réunion). Elle veille à son déroulement et guide les transmissions patient par patient. Les autres participants interviennent pour compléter ou questionner l'évolution de la prise en charge des patients. Un exemple, lors d'une relève :

*« Les infirmiers échangent sur un patient qui va moins bien et qui a une permission prochainement. Ils se questionnent sur la possibilité de la supprimer et en même temps ils pensent que de rester dans le service avec les patients actuels ne va pas l'aider à aller mieux. Un infirmier précise que le patient n'a pas d'affinité avec d'autres personnes dans le service, qu'il est isolé et qu'il est en réelle demande pour voir ses proches. In fine, la permission est maintenue. »* Extrait de mon journal de terrain à l'U2.

Ici, bien que l'état clinique du patient semble s'être dégradé, un professionnel expose la situation sociale du patient (isolé dans le service, besoin de voir ses proches) afin de convaincre ses collègues de l'utilité de la permission et ainsi d'assurer son maintien. Sans ces informations, et étant donné la clinique du patient, son autorisation de sortie temporaire aurait été supprimée. Cet exemple démontre bien que les relèves contribuent à la mise en commun et aux questionnements interprofessionnels sur l'évolution clinique du patient et participent à la construction et à l'adaptation de son accompagnement au sein de l'unité. En fonction des interactions que chacun a eu avec le patient, ils construisent et adaptent ensemble sa prise en charge.

---

<sup>43</sup> soit quatre par jour : à 7h entre l'équipe de nuit et l'équipe du matin ; à 9h avec les psychiatres du service ; à 14h entre l'équipe du matin et celle du soir et enfin à 21h entre l'équipe du soir et celle de nuit.

La mise en commun des points de vue de chacune sur le cas d'un patient, souligne l'importance de temps formalisés afin que chaque professionnelle puisse évoquer ses connaissances du patient et exprimer son opinion sur sa prise en charge. L'écoute, la bienveillance, le respect des points de vue et des temps de parole de chacun sont des éléments nécessaires au bon déroulement de la relève, mais aussi indicatifs d'une communication professionnelle adéquate et performante.

A ce jour, trois temps de transmissions sont dédiés dans une journée. Ceux-ci ont lieu entre chaque fin et début de poste infirmier. Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans évoque qu'il y a une meilleure communication pluridisciplinaire depuis la mise en place d'une réunion hebdomadaire d'1h30 :

*« Avant il n'y avait pas de réunions tous les vendredis. Maintenant on a des réunions soit cliniques, on parle d'un patient, d'une prise en charge qui nous met en difficulté, soit on a une réunion institutionnelle ou on parle de la vie du service. Par exemple, on va bientôt parler de l'extension [du service], ce qu'on va faire comme pièce etc. C'est tout bête mais c'est des temps qu'on n'avait pas. Du coup on en parlait sur des temps informels, mais ces temps informels c'est vraiment du temps où tu bosses, où tu es sensé être avec les patients, donc c'est du temps que tu perdais et tout. ».* Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans

En regroupant une partie de l'équipe lors de réunions formalisées (repérées dans l'emploi du temps, cadrées dans le temps, avec la constitution d'un ordre du jour), les informations circulent plus directement et les questions sont abordées et traitées collectivement. Ces réunions permettent aussi que le groupe se concerte et se consolide tout en s'appuyant sur des références communes élaborées ensemble. Elles créent une identité d'équipe, rassemblent et donnent à chacun un sentiment d'appartenance à ce collectif.

La pratique infirmière est alors constituée d'un ensemble éléments personnels du soignant. On prend en charge les individus avec sa propre identité, ses manières de faire, ses affections ou encore ses aversions créant ainsi des prises en charge uniques et individualisées. Or, afin d'harmoniser leurs pratiques et d'œuvrer dans un collectif, les professionnels s'accordent autour d'un cadre commun par le biais de la communication. Une fois le collectif formé, les infirmières mobilisent des savoir-être et savoir-faire particuliers pour prendre en charge les patients. Ces manières de faire participent à prévenir les moments à risque de violences ainsi que le recours à des mesures d'isolement et de contention.



---

## CHAPITRE 3 :

### Le parcours de prise en charge du patient : une approche basée sur l'interconnaissance et des postures soignantes

---

Dans ce chapitre, je m'attacherai à présenter comment les professionnelles font pour créer du lien avec les patients, et notamment pour parvenir à développer une relation de confiance. Puis je détaillerai certaines capacités caractéristiques de la prise en charge des soignantes à l'U2 et qui, selon moi, participent à prévenir et désamorcer les situations à risque de violences et de ce fait réduire l'isolement et la contention.

#### I. Une interconnaissance contribuant à des relations de confiance

Un des objectifs des infirmières est d'instaurer une relation de confiance avec les patients du service pour les accompagner de la meilleure façon possible vers un mieux-être psychique. Il est alors nécessaire que les professionnelles prennent connaissance de l'histoire de la pathologie des patients et de leur trajectoire de vie globale. L'implication des professionnelles est également une dimension à considérer pour développer une relation d'humain à humain et ainsi un climat de confiance mutuelle. Pour Pierre Delion, psychiatre, « *il n'y a pas de travail psychothérapeutique sans accueil de l'humain* » (Delion, 2001, p. 19, cité par Constantin-Kuntz & al., 2014, p. 96).

##### I.1. Connaissance des patients

Dès lors qu'un patient est hospitalisé à l'U2, connaître son histoire de vie semble être une essentielle à sa prise en charge. Pour l'Haute Autorité de Santé (HAS), le recueil de données sur le parcours du patient permet de « *mettre à disposition de tous les acteurs une information cohérente et complète afin d'éviter les ruptures de prise en charge et prévenir les moments de violence* » (HAS, 2016, p. 1). En pratique, l'obtention de ces informations provient principalement du patient, puis de son entourage si celui-ci est d'accord. Ainsi, les soignantes essayent de retracer l'histoire de ses troubles psychiques (symptômes, hospitalisation, traitement, etc.) ainsi que son parcours de vie personnel (milieu social et familial, mode de vie, parcours scolaire, vie sexuelle et affective, rapport à la violence, traumatismes, travail, etc.). Avoir connaissance des projets de vie, des conditions financières et sociales du patient, de ses passe-temps, sont également des éléments que les professionnelles tentent de collecter :

*« C'est un nouveau patient, inconnu du service mais qui est hospitalisé ici car il réside dans le secteur géographique de l'unité. Les infirmiers énoncent la raison de son hospitalisation dans les moindres détails de ce qui s'est passé. Ils abordent ensuite comment il se comporte dans le service et passent en revue sa*

*situation familiale, la profession de ses parents, son adolescence, son logement, son travail... Une de ses demi sœur aurait appelé le service pour se confier sur les relations au sein de la famille.». Extrait de mon journal de terrain à l'U2*

*« A plusieurs reprises, je suis étonnée des discussions auxquelles j'assiste. L'équipe échange souvent de manière informelle sur les patients "oh, Mr X n'est pas rentré de sa permission" "il doit encore être en train de jouer à la coinche au café Y". Ils connaissent les passe-temps de certains patients, leurs loisirs, leurs goûts. ». Extrait de mon journal de terrain à l'U2*

L'ensemble de ces informations permet de situer le patient dans son environnement quotidien pour envisager le soin à l'extérieur de l'hôpital. Reconstituer la trajectoire du patient contribue également à donner un sens à ses symptômes, écouter et accueillir ses plaintes afin de les replacer dans son histoire de vie et ainsi tenter de comprendre les raisons de son comportement : *« forcément, c'est des fonctionnements que tu arrives à comprendre et ça t'aide justement à les accepter (...). Ça te permet de toujours remettre de la clinique et de comprendre pourquoi elle [la personne] réagit comme ça et du coup de mieux l'accepter<sup>44</sup>. »*. Cette proximité permet aussi d'identifier les facteurs de risques et de vulnérabilité du patient qui pourraient contribuer à le mettre en tension et accentuer ses symptômes psychiques. Prendre en considération ses troubles, ses conflits, la façon dont il essaie de les résoudre permet d'adapter la prise en charge et parfois de limiter le recours à des mesures d'isolement et de contention :

*« Lors de la relève, les professionnels présents échangent sur le cas d'une patiente qui aurait eu des « cris de décharge » la nuit dernière et qui aurait craché sur une infirmière remplaçante. La professionnelle l'aurait alors fermée en chambre. Les infirmiers disent que ce n'est pas utile de fermer en chambre la patiente car son comportement est lié à son délire et au fait qu'elle se sente « intrusée et persécutée ». Ils reprochent quelque peu que ce soit une infirmière remplaçante qui était présente lors de l'altercation car elle ne connaissait pas la patiente et donc l'objet de ses délires, qui semble fréquents sur ce thème. ». Extrait de mon journal de terrain à l'U2.*

Recueillir ces bribes d'éléments de vie contribue à la mise en place d'une situation d'intimité (parfois extrême<sup>45</sup>) avec les professionnelles (Andreoli, 1995, p. 72), permettant de créer et de rentrer en lien avec le patient. C'est ce qu'explique Aurore, 25 ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi, qui retrace les éléments de la vie d'un patient par le biais de la technique des *lignes de vie*, au travers d'un entretien infirmier-patient. L'infirmière questionne le patient au niveau scolaire, logement, vie sociale, vie sexuelle, hospitalisation... et réalise une frise chronologique visuelle. Retracer l'histoire de vie d'un patient permet d'identifier des moments compliqués sur lesquels il serait intéressant de travailler. L'infirmière a appris à mobiliser cette technique de façon autonome car elle souhaitait connaître davantage les personnes accueillies et il lui a semblé que cette technique permettait à la fois de réunir des informations sur son parcours de vie global, mais aussi d'instaurer une relation de confiance : *« Et*

---

<sup>44</sup> Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

<sup>45</sup> En effet, parfois les partage beaucoup d'informations de leur vie personnelle, voire parfois de leurs troubles psychiques (notamment des délires), ce qui conditionne la connaissance accrue du patient.

*après, au fur et à mesure, je voyais que j'installais, j'instaurais une relation de confiance avec les patients ».*

Toutefois, Camélia, 34ans, infirmière à l'U2 depuis 9ans, estime que désormais l'équipe de l'unité se préoccupe moins du parcours de vie du patient :

*« Avant, si tu veux, enfin tu vois dans mes souvenirs quand un psychiatre rencontrait un patient, il le rencontrait déjà sur plusieurs entretiens. On essayait de retracer un petit peu son histoire de vie, de retracer l'histoire traumatique s'il y en avait une, la famille, la fratrie. Si on voyait qu'il y avait peut-être des choses autour de de la famille, on questionnait un petit peu les relations et comment sont vos relations avec vos parents ? Tu vois, on était vraiment dans un truc qu'on essayait de comprendre le patient dans son ensemble, dans sa psyché, dans sa psychologie. Maintenant je trouve qu'on a fait énormément de progrès aussi, mais par contre, on considère moins le patient sur le plan de son histoire de vie. ». Camélia, 34ans, infirmière à l'U2 depuis 9ans.*

En effet, cette connaissance multidimensionnelle du patient est désormais limitée. Le rôle de l'hôpital a évolué, avec la volonté de différencier l'hôpital psychiatrique de l'asile et de l'ouvrir sur la ville (Plancke & al., 2017, p. 834). Le développement et l'ouverture de structures extrahospitalières ont conduit l'hôpital à prendre en charge les patients seulement lors des phases aiguës de leur maladie, soit pendant leur crise psychique (Mougeot, 2019, p. 23). Dès lors que les symptômes se sont atténués, les patients sont amenés à sortir du service pour poursuivre ou non leur prise en charge en ambulatoire ou alors en extrahospitalier. De ce fait, les durées d'hospitalisation ont ainsi été revues à la baisse afin de réinsérer rapidement les patients dans leur vie quotidienne dès qu'ils sont stabilisés.

Ces transformations conduisent à des hospitalisations d'environ trois semaines à l'U2<sup>46</sup> ainsi qu'une connaissance restreinte des patients. Les caractéristiques de l'individu sont de moins en moins étayées dans la relation de soin à l'hôpital (Boyer, 2014, p. 84). Prendre en charge les patients seulement sur le temps de la crise, ne permet pas aux soignantes de considérer l'ensemble des éléments du parcours de vie du patient, ni de les accompagner sur les dimensions sociales, financières, etc. :

*« Aujourd'hui on est dans la gestion de la crise de gens décompensés. On traite la crise et les symptômes et après le but, c'est que les gens sortent aussi rapidement de l'hôpital puisque la durée moyenne de séjour est d'environ 3 semaines. On passe le relais, nous sur les équipes mobiles ou les hôpitaux de jour ou les CATTP pour qu'eux ils fassent le relais et travaillent sur d'autres difficultés du patient. Nous, on n'est pas là forcément pour monter un projet de vie pour le patient ». Laure, 45ans, cadre de santé à l'U2 depuis 8 mois.*

Les structures extrahospitalières poursuivent alors la prise en charge des patients dès lors qu'ils ne sont plus en *crise*. Les équipes de l'ambulatoire et de l'hôpital se contactent régulièrement afin d'assurer un suivi et une continuité dans le soin. Les principales informations relatives à chaque patient sont alors transmises et contribuent ainsi à optimiser la poursuite de l'accompagnement.

---

<sup>46</sup> Extrait de l'entretien avec Laure, 45ans, cadre de santé à l'U2 depuis 8 mois

Néanmoins, pour certains patients les hospitalisations sont fréquentes (et souvent sous contrainte) (Cours des comptes, 2021, p. 72), permettant ainsi aux professionnelles d'avoir une connaissance plus poussée et transverse du patient. En effet, lors de mon immersion à l'U2, les patients nouvellement arrivés dans le service étaient en grande majorité déjà connus du service et donc des infirmières. Ces multiples séjours contribuent à avoir davantage connaissance de la personne hospitalisée.

## 1.2. [Implication personnelle des infirmiers dans le soin : entre proximité et distance](#)

Dans la relation de soin, les infirmières sont également amenées à s'impliquer de façon plus ou moins significative. En effet, tant pour réaliser des soins techniques (le *cure*) que pour prendre soin du patient (le *care*), elles s'investissent, s'engagent et accompagnent le patient à retrouver son intégrité psychique ainsi qu'à vivre avec sa maladie.

Dans la gestion de la relation de soin, qui est une relation humaine avant tout, chaque infirmière a sa propre approche. Tous vont accueillir les demandes des patients, les prendre en considération et replacer la sollicitation dans l'environnement physique ou social dans lequel elle est formulée afin de moduler la réponse apportée. En effet, selon le caractère personnel voire intime de la demande, les infirmières vont s'écarter avec le patient, parfois chuchoter, créer un espace d'intimité, pour ainsi préserver et respecter la dignité de la personne.

*« Un patient demande s'il peut avoir un médicament pour traiter sa constipation. Un professionnel prend en compte sa demande et s'éloigne quelque peu avec lui pour échanger davantage à ce sujet. »* Extrait de mon journal de terrain à l'U2.

Certaines infirmières vont par exemple davantage investir des espaces communs infirmiers-patients ou alors des temps alloués aux personnes hospitalisés, comme notamment la collation. Comme le décrit Frédéric Mougeot, sociologue, dans son livre *« le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique »*, des délimitations symboliques de l'espace physique existent entre les soignants et les patients (Mougeot, 2019, p. 58). En effet, des espaces sont dédiés aux infirmières (salle de pause, vestiaire, salle de réunion, office, etc.), d'autres aux patients (parc de l'hôpital, espace social : bibliothèque, cafétéria, ...) et enfin certains sont communs aux soignants et aux patients (couloirs, réfectoire, salle télévisée, (bureau infirmier, chambre et salle de soins dans une moindre mesure)). Par ailleurs, l'organisation de la journée marque également cette distance entre soignante et soigné. Les temps repas ne sont pas sur les mêmes créneaux horaires et les relèves impliquent une faible disponibilité soignante. Ainsi, être avec les patients dans les lieux communs, ou encore lors de temps programmés qui leur sont alloués, permet de montrer aux patients que les soignants sont accessibles, de limiter cette distinction entre infirmières et patients et de remettre l'humain au cœur de la prise en charge.

*« Je vois un infirmier qui est assis avec les patients pour prendre la collation. Il boit un sirop et échange avec eux. »* Extrait de mon journal de terrain à l'U2.



« J'observe une infirmière prendre une pause cigarette avec d'autres patients. Ils sont assis tous ensemble autour de la table de pique-nique. » Extrait de mon journal de terrain à l'U2.

Parfois les infirmières livrent quelques éléments de leur vie personnelle, notamment pour soulever des similitudes qu'elles auraient avec les patients. Cela contribue à individualiser la prise en charge, à considérer la particularité et l'unicité de patient ainsi qu'à adoucir cette *frontière*<sup>47</sup> soignant-soigné :

« Moi j'ai le même âge qu'eux [les patients]. La moitié ils sont hyper jeunes, donc je vais me servir aussi de mon âge pour dire « ah tu as écouté ce son, bah vas-y bah moi aussi ». Je vais aussi prendre nos points communs, pour leur renvoyer la normalité. « Bah en fait, t'es comme moi ». On a le même âge donc forcément on a les mêmes centres d'intérêts. On écoute la même musique, ce n'est pas parce que t'es patient, je ne me mets jamais au-dessus d'eux. J'essaie de toujours d'avoir une relation assez horizontale ». Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

Bien que « *renvoyer de la normalité* » s'apparente à un stigmaté<sup>48</sup> puisque l'on pourrait interpréter ces propos comme le fait que les patients psychiatriques sont sensiblement différents, pathologiques et porteurs d'étiquettes, il semble qu'Aurore fait davantage référence aux points communs qu'elle partage avec les patients. L'infirmière souhaite mettre en avant qu'elle est d'abord un être humain avant d'être une infirmière et qu'ils peuvent avoir des similitudes. C'est d'ailleurs ce que Chloé, 26 ans, infirmière à l'U2 depuis 5ans a évoqué elle aussi :

« Je suis un être humain, je ne suis pas qu'infirmière. Des fois, ils ne se rendent pas compte [les patients], ils pensent qu'on est qu'infirmière, qu'on est des super héros. Bah non, moi aussi j'ai mes faiblesses, moi aussi je gueule, moi aussi j'en ai marre, moi aussi j'ai des émotions ».

Dans son discours l'infirmière met en exergue qu'il existe un rapport asymétrique entre les professionnels et les patients, c'est-à-dire que les patients perçoivent les infirmiers uniquement à travers leur fonction de soignant, les éloignant de leur caractère d'être humain ayant des émotions et des ressentis. Peut-être pouvons-nous rapprocher cette vision des professionnelles du fait des distinctions symboliques d'espace et d'organisation entre soignants et patients ainsi que par le port de la blouse blanche qui distingue immédiatement la personne comme étant un soignant.

Pour s'impliquer dans la relation de soin, certaines professionnelles mentionnent leur âge, la superficialité de leur appartement, ou encore leur appréciation de tel ou tel restaurant. De ce fait, les infirmières sont alors amenées à gérer la dimension de proximité qui peut en découler. Aurore, explique qu'elle évoque certains éléments de sa vie personnelle avec des patients lorsque la « *conversation est complètement adaptée* », c'est-à-dire en fonction du contexte de l'échange qu'elle a avec eux. Ainsi,

---

<sup>47</sup> Terme utilisé par Frédéric Mougéot dans son ouvrage « *le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique* » pour pointer cette délimitation d'espace et d'organisation entre les soignants et les patients.

<sup>48</sup> Selon Erving Goffman, le stigmaté est un élément qui distingue les personnes dites « normales » de « celles qui ne le sont pas » (Goffman, 1975, cité par Menu, 2020, p. 16)

l'infirmière énoncera des bribes d'éléments personnels « *sans jamais se mettre en difficulté* ». Par-là, elle fait implicitement référence au caractère intime voire confidentiel des données à éviter de divulguer.

Pour Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1 an et demi, il est compliqué d'avoir toujours la posture la plus adaptée. En effet, soit l'infirmier s'investit trop et peut alors être affecté émotionnellement, soit-il ne l'est pas assez et la relation peut alors se détériorer. C'est un compromis délicat entre stratégies de proximité ou de distanciation dans la relation avec le patient. Selon Morasz, psychiatre et psychanalyste, « *la bonne distance, c'est celle qui tient compte du fait que la relation soignante est une succession d'attrance et de distance, d'intérêt et de désintérêt pour le patient et sa problématique* » (Morasz, 2004, cité par Sarron, 2017, p. 16). C'est d'ailleurs ce qu'explique l'infirmier :

*« Je pense qu'on se réadapte tout le temps par des petits signaux. C'est des moments où tu vas être très proche d'un patient, il va te renvoyer certains trucs. « non, tu vois ça, ça me touche trop » donc je reprends un peu de distance. « Là, j'ai besoin d'être entre guillemet plus proche du patient », donc je me rapproche. Je pense que c'est vraiment un équilibre tout le temps ». Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1 an et demi.*

#### Utilisation du tutoiement et du vouvoiement

Les infirmières n'utilisent pas les mêmes pronoms personnels dans leurs échanges avec les patients. En effet, certaines vont tutoyer le patient, d'autres vont le vouvoyer, ou parfois même utiliser les deux en fonctions des patients voire du contexte de l'échange.

Le tutoiement est davantage employé pour échanger avec des jeunes patients, notamment pour « *dédramatiser* »<sup>49</sup> l'hospitalisation et « *permettre une meilleure relation* »<sup>49</sup>. Pour d'autres, c'est une question de connaissance des patients. Si ce sont des patients chroniques, c'est-à-dire qui reviennent régulièrement dans l'unité, les infirmières vont les tutoyer « *instinctivement* »<sup>50</sup>. Ainsi, cela fait référence à des similitudes de la vie quotidienne, où l'on est parfois amené à tutoyer une personne lorsqu'on la fréquente couramment. Pour Margot, l'utilisation des pronoms personnels est une question d'affinité avec les patients :

*« Je me suis rapidement rendu compte qu'avec certains patients le feeling passe plus, qui ont quasiment le même âge, la relation se développe, il y a un truc de confiance ; la personne accroche plus avec toi qu'avec un autre infirmier, du coup ça va changer la prise en charge, donc rapidement je tutoie les patients. »*

Pour Louis, il n'y a « *aucune règle, tant que c'est réciproque, c'est à dire que si on tutoie le patient, il nous tutoie* ». Benjamin partage également ce point de vue car pour lui « *ça met plus deux personnes à égalité.* » Cette notion de symétrie est prégnante dans leurs discours.

<sup>49</sup> Cholé, 26ans, infirmière à l'U2 depuis 5ans.

<sup>50</sup> Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.

Bien que les infirmières ne rapprochent pas l'utilisation du vouvoiement ou du tutoiement de la notion de respect : « *Ils peuvent autant manquer de respect en me vouvoyant que en me tutoyant* »<sup>51</sup>, elles modulent tout de même leur utilisation en fonction des contextes d'interactions. Par exemple, lorsqu'il faut reprendre le patient sur son attitude inadaptée dans le service, les infirmières vont davantage utiliser le *vous* que le *tu*, alors qu'en général elles tutoient le patient. L'utilisation du *vous* est donc davantage ancrée comme une forme de mise à distance, voire d'autorité des infirmières.

*« Le PTI retentit. Les infirmiers se regroupent autour du patient qui aurait attrapé violemment un infirmier. (...). Une infirmière qui prend un peu le lead de la discussion. Elle vouvoie alors qu'habituellement elle le tutoie dans le service. »* Extrait de mon journal de terrain.

Il n'y a donc pas vraiment de consensus sur l'utilisation des pronoms personnels. Chaque infirmière a son point de vue sur le tutoiement et le vouvoiement dont l'utilisation est fonction des postures de chaque professionnelle, de leurs volontés ainsi que de leurs ressentis.

Ainsi, on peut entrevoir tout l'intérêt de se connaître soi, de reconnaître ses émotions et son degré d'investissement dans la relation afin de ne pas la desservir.

### 1.3. [Mise en place d'une relation de confiance](#)

L'instauration d'une relation de confiance est un outil essentiel dans le processus thérapeutique du patient (Vasseur & Cabié, 2005, p. 43). Faire confiance signifie pouvoir se fier à quelqu'un d'autre, renoncer à contrôler entièrement les choses et accepter une part d'incertitude. Étant faillible et interpersonnelle, la relation de confiance se construit ou se détériore tout au long de l'hospitalisation du patient. Elle s'établit sur l'expression des attentes et des besoins par le patient ainsi que par la prise en considération de ses demandes, l'apport d'éléments de compréhension et l'accompagnement du patient dans son parcours de soin (Guillaume, 2020, p. 13).

Ce climat de confiance contribue à la mise en place d'un environnement le plus apaisant possible et favorable pour la suite de l'accompagnement du patient.

*« Quand il y a une base de relation de confiance, la prise en charge elle est simplifiée quand même ».*  
Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1an et demi.

La confiance dans les soins s'appuie alors sur la connaissance et la personnalisation de la prise en charge et l'instauration d'une relation unique et singulière. Il se développe alors une sorte de reconnaissance partagée entre le patient et l'infirmière (Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 158).

---

<sup>51</sup> Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.

D'autre part, la relation de confiance repose sur l'engagement de la soignante et sur ses capacités « d'aller-vers », c'est-à-dire le fait d'aller à l'encontre des patients, même lorsqu'ils n'ont pas de demandes particulières.

*« Je pense que ça se fait de manière assez naturelle. Ben après c'est aller vers le patient, discuter avec lui, montrer que t'es présent. Du coup, il est rassuré que tu sois là. Et je pense que ça, ça crée une relation de confiance ».* Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1an et demi.

Ce comportement de disponibilité contribue alors à inviter le patient à échanger s'il le souhaite et lui montre que la soignante est pleinement accessible pour l'accompagner vers un mieux-être global, dépassant la seule considération pathologique (Haberey-Knuessi & al., 2017, p. 112). Camélia précise d'ailleurs que lorsqu'elle demande à un patient comment il va, elle souhaite vraiment savoir comment il se sent. Ce n'est pas une simple formule de politesse. Elle ouvre alors les possibilités au patient de se confier tant sur ses ressentis émotionnels et psychiques que sur d'autres éléments (personnels ou non), et pointe que cette disposition d'accueil sera favorable à l'accompagnement.

*« Quand je suis avec un patient et je lui demande « ça va aujourd'hui ? », je veux vraiment vouloir savoir comment il va, je ne vais pas juste dire ça par politesse, tu vois. (...) Je ne vais pas faire semblant de m'intéresser à toi et à ta vie parce qu'en fait, si je fais semblant et que demain tu viens vers moi, tu vas me saouler. C'est à dire que si je commence à prendre du temps avec un patient, c'est vraiment que j'ai pour intérêt que ça va être, ben ça va être bénéfique pour lui et pour moi ».* Camélia 34ans, infirmière depuis 9 ans à l'U2.

Pour mettre en place un climat de confiance, il est également nécessaire que l'infirmière soit « empathique à l'égard du patient, et authentique dans ses propos et dans les sentiments qu'il manifeste ». (Vasseur & Cabié, 2005, p. 44). Plusieurs infirmières m'ont d'ailleurs confié que lorsqu'elles ressentaient de la colère, ou alors une autre émotion, elles en parlent au patient. Ainsi, elles expriment avec sincérité ce qu'elles éprouvent :

*« Moi, souvent, je le dis au patient, en fait, ouais enfin. En tout cas, quand je suis irritée ou que je suis en colère à cause d'eux, hein, je leur dis quoi ».* Camélia 34ans, infirmière depuis 9 ans à l'U2.

*« Si un patient me touche [émotionnellement], je peux lui dire, ça ne me pose pas de souci. S'il me met en colère, je peux lui dire. Ça lui montre qu'on a des émotions, qu'on n'est pas des robots. »* Louis, 38 ans, infirmier depuis 5 ans à l'U2.

Ainsi, la connaissance du patient et l'implication des infirmières et des patients s'articulent et se répondent. En effet, dès lors que les infirmières connaissent un patient sur diverses dimensions de sa vie personnelle (sociale, scolaire, parcours migratoire...), elles vont parfois davantage s'investir dans la relation avec lui fonction des affects ressentis. Elles vont dès lors apporter un soutien, une écoute, questionner le patient et lui montrer de l'importance, ce qui va susciter l'envie du patient à s'impliquer à son tour et de se livrer davantage. C'est alors un équilibre à trouver, une combinaison qui permet l'instauration de cette relation de confiance, faisant référence à un engagement partagé et réciproque infirmière-patient. Cette relation peut alors être rapprochée du concept d'alliance thérapeutique, qui

renvoie à un engagement mutuel, où l'infirmière et le patient partageraient et s'investiraient alors dans la réalisation d'un objectif commun, celui de diminuer la souffrance du patient. (Bordin, 1979, cité par Senn & al., 2012, p. 32)

Toutefois, les infirmières ont relevé des difficultés à mettre en place une alliance thérapeutique avec les patients du service. Plusieurs raisons sont avancées, comme notamment le déni de leurs troubles psychiques, leur placement en soins sous contrainte et la durée relativement courte de leur hospitalisation. L'étude : « *Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélationnelle descriptive* », pointe également que « *les patients admis sous contrainte perçoivent les contrôles comme plus pesants et établissent de moins bonnes alliances thérapeutiques que les patients hospitalisés de leur propre gré* » (Senn & al., 2012, p. 37). Margot avance aussi le fait que le règlement du service n'est pas forcément un élément favorable à l'alliance thérapeutique. Elle illustre son propos en présentant le *protocole cannabis*<sup>52</sup> qui était mis en place dans le service il y a trois ans, mais plus d'actualité à ce jour. Les soignants devaient alors veiller à la non-consommation de substances psychotropes des patients, sinon ils étaient *fermés en chambre, en pyjama, ouverture que 48heures après*<sup>52</sup>. Cette surveillance *intrusive*<sup>52</sup> compromettait alors l'alliance thérapeutique : *ça nuit complètement la prise en charge*<sup>52</sup>. Aujourd'hui, l'usage punitif de la chambre fermée est proscrit. La justification obligatoire de leur utilisation est exigée et des protocoles définissent des durées maximales à respecter.

Enfin, pour Camélia *créer l'alliance, créer la confiance, ça passe aussi par le fait que faut peut-être des fois savoir s'assouplir devant le cadre*<sup>53</sup>. Elle avance l'exemple d'un patient nouvellement arrivé dans le service qui souhaitait contacter ses proches le soir à 21h. Alors que le règlement impose aux patients de pouvoir téléphoner jusqu'à 19h maximum le soir, l'infirmière va autoriser ce patient à passer son appel car il n'était pas forcément informé des règles du service, mais elle ne l'acceptera pas le soir suivant. Elle a su assouplir momentanément le cadre, tout en le formulant au patient.

Ainsi, une interconnaissance ainsi qu'une implication commune de la part des infirmières et des patients contribue à une prise en charge optimisée, favorisant la mise en place d'une alliance thérapeutique et ainsi l'apaisement des patients. Toutefois, l'instauration de ce climat n'est pas toujours évidente compte-tenu des modalités d'hospitalisation, des règles de fonctionnements du service ou encore du cadre de soin du patient. Les infirmières doivent alors mobiliser des postures spécifiques pour amener les patients à adhérer aux modalités d'hospitalisation ou encore pour prévenir voire intervenir en cas de phase de tension.

---

<sup>52</sup> Extrait d'entretien avec Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans.

<sup>53</sup> Extrait d'entretien avec Camélia, 34ans, infirmière à l'U2 depuis 9ans.

## II. Les capacités des infirmiers à prévenir ou désamorcer une tension latente

Plusieurs techniques sont adoptées par les infirmières pour prévenir les moments de violences et de tensions. Celles-ci sont mises en place collectivement, et s'appuient sur les relations et l'interconnaissance patient-infirmier. Parmi celle-ci, j'en présenterai trois qui me paraissent réellement caractéristiques de leur travail. Ces capacités sont des stratégies pour agir en amont des tensions et ainsi réduire l'utilisation des mesures d'isolement et de contention.

### II.1. La disponibilité

Lors des entretiens, la majorité des infirmières ont évoqué qu'être *disponible* était une technique pour apaiser la souffrance psychique des patients et prévenir les situations à risque de violences. Cela signifie tout autant le fait d'être corporellement présent et inoccupé pour se mettre à disposition physique des patients que le fait d'avoir l'esprit libre pour être pleinement attentif aux patients.

#### II.1.1. Disponibilité physique

La disponibilité physique est présentée par les infirmières comme étant contraire au fait de courir dans le service. Une infirmière constamment en mouvement ne communique pas au patient une disposition physique adéquate. En effet, celui-ci ne viendra sans doute pas vers elle, se disant que sa demande ne pourra être prise en considération car l'infirmière est occupée par une autre tâche, au caractère plus urgent vu la rapidité de ses déplacements. Louis évoque d'ailleurs que courir n'est pas une attitude « pare-excitante » :

*« Si nous on court dans tous les sens parce qu'on est débordés, ce n'est pas pare excitant, c'est à dire que les patients ça ne les rassure pas. Ils se disent que s'ils ont besoin de quelque chose ou s'ils se sentent mal, il n'y a personne pour eux. Les infirmiers qui courent dans tous les sens, les entretiens qui s'enchaînent, c'est hyper insécurisant pour les patients. ».* Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.

Jean Laplanche et Jean-Bertrand Pontalis, philosophes et psychanalystes, définissent la pare-excitation comme étant une fonction qui « *consiste à protéger l'organisme des excitations en provenance du monde extérieur qui, par leur intensité, risqueraient de le détruire* » (Laplanche & Pontalis, 2009, cité par Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 147). De ce fait, les professionnelles adoptent des attitudes « pare-excitantes » afin à soustraire le patient des stimuli qui pourraient être source d'agitation. Ainsi, courir dans les couloirs serait alors contradictoire avec cette fonction infirmière, déterminante en psychiatrie (Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 148).

Pour Margot, être disponible physiquement, c'est être présent dans le service et principalement dans les pièces communes aux infirmiers et aux patients :

*« Après, je dirais la présence dans le service. Par forcément être assis et fermer à la porte, non vraiment, être pleinement disponible pour un patient. Être debout dans le couloir et rien faire mais des fois juste dire, je suis là si besoin, si quelqu'un veut venir me voir ou par exemple faire des tours et se balader sans forcément avoir une attente particulière. ».* Margot, 29ans, infirmière depuis 7ans à l'U2.

Se trouver dans le bureau infirmier n'est selon elle pas un lieu propice pour être disponible physiquement pour les patients, sans doute car le bureau est tantôt fermé pour des échanges soumis au secret professionnel, tantôt ouvert pour accueillir les patients. Et encore lorsqu'il est ouvert, j'ai observé que les patients restaient dans l'encadrement de la porte, sauf s'ils étaient invités à y entrer. Ainsi, pour l'infirmière, investir les couloirs, s'y attarder, permet alors d'indiquer aux patients que les infirmiers sont là pour eux, et qu'ils peuvent dès lors échanger, demander quelque chose ou encore se confier s'ils en ressentent le besoin.

### II.1.2. Disponibilité psychique

La disponibilité psychique s'apparente au fait de ne pas être préoccupé psychologiquement par des éléments conscients et/ou inconscients et de s'adonner pleinement aux échanges avec le patient. Cela demande des aptitudes à accueillir le patient, à faire abstraction d'événements passés pour considérer l'instant présent et répondre à la demande actuelle du patient. Pour ce faire, il ne s'agit pas d'entendre, mais de se concentrer et d'écouter attentivement le patient :

*« Entendre oui, tu entends qu'il y a du bruit, mais écouter c'est vraiment quand tu vas faire attention à ce que la personne est en train de te dire. »* Margot, 29ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans.

L'écoute est une capacité essentielle en psychiatrie avec des patients qui ont des désorganisations de la pensée, parfois des idées entêtantes et obsessionnelles qui contraignent leurs capacités à réfléchir et à rationaliser leurs propos. L'infirmière, de par sa disponibilité psychique va alors accompagner le patient dans sa réflexion et essayer de l'aider à prendre conscience de la cohérence et de la logique ou non de sa demande. Parfois, les infirmières sont également amenées à suppléer ses systèmes de régulation de pensées (Costantino, 2011, p. 15). Benjamin parle de « prêter son appareil à penser » :

*« Quand t'as un patient qui arrive plus à réfléchir de par sa décompensation ou son état, et ben c'est toi qui vas l'amener à réfléchir (...). En fait, tu lui prêtes ton cerveau pour qu'il réfléchisse. Tu peux réfléchir à 2 mais du coup tu lui apportes des solutions qu'il n'arrive pas à lui s'apporter lui-même et des fois tu prends des décisions pour lui, car il est plus capable de prendre ses décisions là ».* Benjamin, 26ans, infirmier à l'U2 depuis 1an et demi.

*« Lors d'un entretien psychiatre-infirmier-patient, le patient demande s'il pourrait avoir une permission. La psychiatre demande le motif de cette supposée permission. Le patient énonce alors qu'il veut récupérer une carte bleue à la banque et qu'il aimerait aussi aller à la police pour porter plainte. La psychiatre le questionne sur la raison de cette plainte. En entendant ses explications, mélangeant apparemment plusieurs situations, l'infirmière et elle lui disent qu'il est « trop remonté » pour aller à la police et qu'il n'est pas « dans de bonnes dispositions ». Elles le conseillent plutôt de faire une tâche à la fois, c'est-à-dire d'aller à la banque et dans un second temps, quand il sera un peu moins énervé d'aller à la police. Le patient acquiesce à leur proposition. La psychiatre rédige la permission ».* Extrait de mon journal de terrain à l'U2

Être disponible psychiquement permet de transposer les ressentis émotionnels des patients en des affects acceptables, moins violents et gérables. Cet état d'esprit n'est pas toujours évident à mettre en œuvre, il est précieux au quotidien. En effet, parfois rien qu'écouter activement le patient, c'est-à-dire l'écouter et l'amener à expliciter son propos, permet de rassurer le patient et gérer les moments de tension :

*« Beaucoup alors beaucoup d'écoute, de reformulation. Parce que des fois, en fait des patients en colère, tu vois, ils ont juste besoin de déverser leur colère, leur anxiété et tout. Et, et après ça passe, rien que par le fait d'être écouté ». Margot, 29 ans, infirmière à l'U2 depuis 7ans.*

La disponibilité est l'une des capacités les plus représentatives de l'exercice infirmier en psychiatrie. Un patient qui se sent accueilli, écouté peut alors se sentir considéré et en confiance pour déverser sa souffrance et accepter la prise en charge proposée.

## II.2. Observation

Bien que les infirmières essayent de se montrer disponibles physiquement et psychiquement, parfois les patients ne manifestent pas le besoin de se livrer alors que leurs symptômes psychiques augmentent. De ce fait, l'observation clinique exige de la finesse pour s'apercevoir d'une tension latente et intervenir pour apaiser le patient avant que celui-ci ne décompense davantage ou prévenir des situations de violences.

*« Nous notre objectif, ça va être d'observer suffisamment les patients pour savoir où ils en sont sur leur jauge de montée de tension. Et d'aller agir à chaque fois dessus pour que ça redescende un peu ». Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.*

L'observation implique tous les canaux perceptifs (ouïe, vue et odorat exclusivement) afin de recueillir des informations sur le patient en dehors d'un contact physique direct, et complète donc le travail d'observation lors d'interactions infirmière-patient (Lanquetin & Tchukriel, 2012, p. 222). Observer, ce n'est donc pas regarder passivement. Observer c'est être actif, analyser le comportement d'un patient et intervenir en cas de besoin pour diminuer sa souffrance psychique. L'observation a donc une réelle visée d'action et peut être partagée au patient.

*« J'écoute un échange infirmier-patient. « Je t'ai trouvé pas au top ce weekend. Je me trompe ? ». La patiente ne répond pas. « Je vais t'expliquer pourquoi je pense ça : déjà quand tu mets ton matelas devant la porte, pour moi c'est un signe que tu vas moins bien ». Extrait de mon journal de terrain à l'U2*

*« On peut aller voir le patient, discuter avec lui, le rassurer, on peut reformuler, tout simplement ce qu'on observe. Bah tiens, « je vous sens un peu tendu, tout ça ». On peut prendre un moment pour en discuter et la tension va s'abaisser. Et du coup faut bien observer tous les patients voir ceux qui sont en train de monter pour aller les voir et apaiser un peu le truc. Et c'est comme ça qu'on évite, parce que si on ne le fait pas, ça monte ça monte, ça monte, ça monte et ça explose ». Louis, 38ans, infirmier à l'U2 depuis 5ans.*

L'observation, reformulée au patient comme un miroir qui renverrait son image, informe celui-ci de comportements ou de ressentis dont il n'a pas conscience. Cette capacité, parfois reliée à la



connaissance des patients, contribue donc à informer les patients de leurs comportements, afin qu'ils en prennent conscience et mettent conjointement en œuvre des stratégies pour abaisser la tension.

### II.3. [Tenir ses engagements](#)

La dimension temporelle est parfois affectée chez les patients psychiatriques (Lo Monte & Englebert, 2018, p. 2). En effet, des désorientations, des altérations ou encore des interruptions de la notion du temps sont des symptômes caractéristiques des pathologies psychiques. Les patients ont alors une tendance à l'irritabilité et l'impatience recherchant ainsi la satisfaction instantanée à leur requête (ibid.). Ainsi, le caractère immédiat d'une demande formulée par un patient reflète la nécessité de considérer la réponse à lui apporter. La majorité des infirmières interrogées a identifié toute l'importance de fournir des éléments de réponse, bien que parfois pondérés, à un patient. C'est notamment ce que Cindy, étudiante infirmière, a retenu de son stage en psychiatrie :

*« Mais en fait, ils [les patients] sont beaucoup dans l'immédiateté : « je veux savoir maintenant en fait, je ne veux pas que tu ailles te renseigner dans 5 min ». Des fois t'es un peu prise au dépourvu et là bah... face à leur tension qui monte, tu dis « punaise comment, qu'est-ce que je fais quoi ». Je dis « bah attendez, moi là, je vais me renseigner » ». Cindy, 42ans, étudiante infirmière à l'U2 depuis 10semaines.*

Toutefois, les infirmières sont parfois dans l'incapacité de donner une réponse rapide. Pour modérer ce besoin du « *tout, tout de suite* », elles proposent souvent aux patients de revenir plus tard et sont conscientes de l'importance de tenir leurs engagements pour assurer une prise en charge sécurisante, où le patient saura que sa demande est prise en compte :

*« La dernière fois je me suis mordue les lèvres, c'est qu'il y a une patiente qui est venue me déranger pendant la relève. Je lui ai dit, attends 2 secondes. Donc, expression anodine, en fait 2 secondes après, elle a pété en l'air et elle a dit « mais elle m'a dit d'attendre 2 secondes, ça fait 10 min ». Alors en vrai j'avais dit ça, donc du coup maintenant je sais ce que je dis et je fais ce que je dis surtout, ouais, parce que ça c'est hyper important en psychiatrie. Faire ce que tu dis et dire ce que tu fais : la base. Maintenant je peux te dire que jamais je redirai 2 secondes, attends 2 secondes à un patient si je ne suis pas sûre de pouvoir les respecter ». Aurore, 25ans, infirmière à l'U2 depuis 2ans et demi.*

*« Je pense qu'il faut être congruent, tu fais ce que tu dis même si ce n'est pas la meilleure solution. Tu dis bah je suis là dans 5 min promis, et tu le fais ». Flavien, 51ans, infirmier à l'U2 depuis 2ans.*

Ainsi, la disponibilité, l'observation clinique et le fait de tenir ses engagements sont essentiels dans la prise en charge des patients. L'objectif de ces différentes postures est de proposer une prise en charge favorable et optimale aux patients ainsi que de les accompagner vers un mieux-être psychique. Celles-ci participent autant à accueillir le patient, à le connaître, à le respecter mais également à agir de façon précoce dès qu'un patient semble agité. C'est en œuvrant collectivement que les infirmières parviennent à prendre en charge hâtivement les patients instables pour tenter de les apaiser par des techniques davantage respectueuses des droits et des libertés individuelles que celles de l'isolement et de la contention.



---

## CONCLUSION

---

Accueillant des patients en crise, agités et parfois violents, le recours à la coercition en unité d'hospitalisation en psychiatrie a souvent été privilégié au détriment d'autres mesures plus respectueuses des droits et des libertés individuelles des patients. L'encadrement réglementaire et juridique de l'utilisation des mesures de contrainte a amené les professionnels à être moins vigilants voire à légitimer ces pratiques. N'ayant toutefois aucune preuve d'efficacité de la mise en chambre d'isolement ni de l'usage de la contention, la réflexion et le développement d'alternatives à ces pratiques sont aujourd'hui encouragés. La volonté de réduire leurs effets négatifs, de responsabiliser le patient, de le rendre acteur de son parcours de soin et de faire valoir ses droits sont autant de préoccupations à ces modifications.

Ce travail de recherche témoigne de la complexité et de l'intérêt des postures professionnelles infirmières dans l'apaisement des patients et in fine le moindre recours à la coercition. Bien que la formation ISP s'est vue arrêtée et que les enseignements de la psychiatrie ont été drastiquement diminués dans la formation d'IDE, former les futurs professionnels à l'exercice de leurs fonctions en psychiatrie est d'autant plus important selon les spécificités des postures à adopter pour prendre en charge le public psychiatrique.

Les soignants, tout autant que les patients, sont des individus singuliers qui ont chacun leurs vécus, leurs ressentis ainsi que leur personnalité. Ainsi, dans les prises en charge, les infirmières mobilisent davantage certaines capacités et façon de faire en fonction de leurs compétences, de leurs expériences, de leurs affinités ou de leur connaissance des patients. Les postures s'expliquent par une dimension sociale forte. En effet, les professionnelles adoptent constamment des comportements sociaux pour accompagner les patients de façon optimale : être cadrant et maternant par exemple. Plusieurs qualités à l'exercice infirmier en psychiatrie sont nécessaires. Certaines sont spécifiques, comme notamment savoir se rendre disponible, observer et resituer, avoir la « bonne distance » ou encore ne pas réagir en miroir tandis qu'être empathique, respectueux ou encore patient sont des aptitudes non relatives au travail infirmier.

Les savoir-être et savoir-faire sont multiples et limiter mon propos à certains ne permet pas réellement d'appréhender globalement la façon dont ils participent à apaiser les patients. Sans les citer exhaustivement, la *soustraction*, qui correspond à éloigner le patient de toutes sources de stimuli ou encore le *décryptage*, où les professionnels se questionnent sur la situation qui se déroule pour agir et tenter de prévenir ou désamorcer les moments de tension psychique.

Le collectif infirmier est ainsi composé de personnes différentes, appréciées comme étant complémentaires et aux postures harmonieuses. En effet, bien que chaque soignant s'investisse personnellement dans l'exercice de ses fonctions, il essaye tout autant de répondre aux exigences et aux attentes du domaine professionnel afin d'avoir une certaine ligne directrice commune. C'est une question de dosage, d'équilibre permanent, d'ajustement subtil en fonction du contexte. La communication, l'observation et l'entraide sont des notions essentielles au travail infirmier en psychiatrie, permettant d'apprendre, de développer et de réajuster leurs savoirs (connaissances, savoir-être et savoir-faire).

Pour étayer mon propos, il serait intéressant d'interroger la perception des patients sur les postures infirmières en psychiatrie. En effet, c'est en prenant en considération le public directement impliqué dans ces moments de tension qu'il est intéressant de comprendre, sans généraliser, ce qui pour eux les aide à aller mieux, retrouver leur intégrité psychique et physique.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Aghnatos, M., Darloy, T., Dictor, J., Gasparovicova, M., Drouot, C., Gasperini, F. & Bouchez, T. (2021). Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique*, 33, 547-558.
- Andreoli, A. (1995). Connaissance et intérêt en psychiatrie: Ou de la curiosité des psychiatres et des vicissitudes de sa rencontre avec la psychose. Dans : Michel Minard éd., *De la curiosité en psychiatrie* (pp. 69-75). Toulouse: Érès.
- Arborio, A. (2007). L'observation directe en sociologie : quelques réflexions méthodologiques à propos de travaux de recherches sur le terrain hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 90, 26-34.
- Barbier, J. (2013). Expérience, apprentissage, éducation. Dans : Luc Albarello éd., *Expérience, activité, apprentissage* (pp. 65-92). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Boyer, H. (2010). Clinique, réflexion éthique et psychiatrie. *VST - Vie sociale et traitements*, 108, 83-88.
- Carré, R., Moncany, A., Schmitt, L. & Haoui, R. (2017). Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *L'information psychiatrique*, 93, 393-397. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1644>
- Carvajal, I. C. de, Maritaud, L., Chalancon, B., & Lascar, J. (2020). De la transmission d'informations cliniques au partage de savoir lors de relèves infirmières. *TIPA. Travaux interdisciplinaires sur la parole et le langage*, 36, Article 36. <https://doi.org/10.4000/tipa.4032>
- Chevalier, F. & Stenger, S. (2018). Chapitre 5. L'observation. *Les méthodes de recherche du DBA*(pp. 94-107). Caen: EMS Editions.
- Chevallier, D. & Dunezat, P. (2007). Psychiatrie, stigmatisation et étudiants infirmiers : influence et déterminants pour un projet d'exercice professionnel. *L'information psychiatrique*, 83, 675-681.
- Constantin-Kuntz, M., Pons, É., Artaud, B., Zoute, C. & Tran, J. (2014). Parcours de soin en psychiatrie adulte : de l'hospitalisation à un suivi ambulatoire, du mouvement régressif à l'autonomie. *Cliniques*, 8, 88-105.
- Costantino, C. (2011). Introduction. *Cliniques*, 1, 10-16. <https://doi.org/10.3917/clin.001.0010>
- Cour des comptes. (2021). Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie. 189p.
- Dallaire, C. (2015). La difficile relation des soins infirmiers avec le savoir. *Recherche en soins infirmiers*, 121, 18-27.
- De Miribel, J. (2017). L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale : enquête sur les dynamiques de professionnalisation et de construction du rapport au métier. Education. Université Charles de Gaulle - Lille III. 416p.
- De Peretti, A. (2009). Apprendre par les erreurs, ou le courage de l'approche rogérienne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 10, 29-44.
- Dumas, M., Douguet, F. & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, 20,5, 45-67.
- Fakra, E. & Quenum, Y. (2017). Déploiement d'équipes mobiles à Saint-Etienne. *Elsevier Masson*, 176(1), 70-73.
- Fischer, G. (2020). Chapitre 2. La relation sociale. Dans : , G. Fischer, *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale* (pp. 41-74). Paris: Dunod.
- Fousson, J., Pastour, N., Zeltner, L. & Mauriac, F. (2013). « C'est pas de la psy » : extension et limites de l'intervention de crise en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 89, 143-150.

- Fray, A. & Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88.
- Friard, D & Molière, F. (2012). Transfert. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*(pp. 322-325). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.
- Giffard, D. (2008). Histoire de la psychiatrie infirmière. <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/histoire.htm>
- Guillaume, S. (2020). La confiance, un élément essentiel dans la relation soignant et soigné. Dans : Muriel Flis-Trèves éd., *Confiance, défiance, trahison: Colloque Gypsy XIX* (pp. 11-15). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.flis.2020.01.0011>
- Guivarch, J. (2015). Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé*.13(4) : 209-214
- Haberey-Knuessi, V. & Obertelli, P. (2017). La relation soignant-malade face au risque de la confiance. *Sociologies pratiques*, 35, 107-117.
- Haute Autorité de Santé. (2016). Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie – Outil 2 - Recueil de données sur le parcours du patient. 10p
- Henny, R. (2008). L'interprétation: Au fil du temps et des écoles de psychothérapie. *Psychothérapies*, 28, 57-62.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34.
- Imiéla, F. & Klopp, S. (2006). Infirmier en psychiatrie : de la nécessité d'une formation adaptée. Dans : Hervé Bokobza éd., *La psychiatrie en péril: En dépit des Etats généraux* (pp. 123-138). Toulouse: Érès.
- Jovic, L., Goldszmidt, D. & Monguillon, D. (2010). Encadrement des étudiants en stage, enseignement et recherche : évaluation et valorisation des activités réalisées par des professionnels paramédicaux. *Recherche en soins infirmiers*, 101, 81-90.
- Kohn, L. & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et perspectives de la vie économique*, LIII, 67-82.
- Lameul, G. (2008). Les effets de l'usage des technologies d'information et de communication en formation d'enseignants, sur la construction des postures professionnelles. *Savoirs*, 17, 71-94.
- Lanquetin, J.-P., & Tchukriel, S. (2012). L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie. *Groupe de recherche en soins infirmiers*. (p. 425).
- Lecordier, D. (2022). La mobilisation des savoirs infirmiers dans la clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 148, 5-7.
- Lo Monte F, Englebert, J. (2018). Trouble de personnalité **borderline** et temps vécu. L'évolution psychiatrique. 83(4) : 10.
- Lourel, M. (2006). Stress et santé : le rôle de la personnalité. Présentation de quelques outils d'évaluation de la personnalité. *Recherche en soins infirmiers*, 85, 5-13.
- Mauras, T., Perony, A., Yadak, J., Velasco, A., Goudal, P., & Marcel, J.-L. (2019). Isolement et contention : De la prescription à la décision. *L'Encéphale*, 45(1), 95-97. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.11.003>
- Menu, D. (2020) La stigmatisation du patient psychiatrique lors de sa prise en charge en soins somatiques. [Mémoire, IFSI GIPES d'Avignon et Pays du Vaucluse].
- Ministère chargé de la Santé, Ministère chargé des Solidarités (2011). Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

- Ministère de la Santé et de la Prévention. (2022). *L'infirmier en pratique avancée*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>
- Ministère de la santé et des sports. (2009). Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier. (7) 246-383
- Moreau, D. (2010) « Contraindre pour soigner ? Le care à l'épreuve de la contrainte dans un service d'hospitalisation psychiatrique », in C. Crignon de Oliveira et M. Gaille (dir.), *Qu'est-ce qu'un bon patient ? Qu'est-ce qu'un bon médecin ?*, Paris, éd. Seli Arslan, 2010
- Moreau, D. (2015) « Contraindre pour soigner ? Les tensions normatives et institutionnelles de l'intervention psychiatrique après l'asile ». Thèse de doctorat de sociologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales. <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02151955v1>.
- Mougeot, F. (2019). *Le travail des infirmiers en hôpital psychiatrique*. Érès. 248p.
- Perrenoud, P. (2003). Qu'est-ce qu'apprendre ?. *Enfances & Psy*, n°24, 2003/4 p9-17.
- Perrin-Niquet, A. (2020). De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 96, 511-517.
- Phaneuf, M. (2012). Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance. 16
- Plancke, L., Amariei, A., Flament, C. & Dumesnil, C. (2017). La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels. *Santé Publique*, 29, 829-836.
- Poisson, M. (2015). Au-delà du *cure* et du *care* : l'histoire de la relation médecin-malade comme source de réflexion pour penser la relation infirmière-malade au XXI<sup>ème</sup> siècle. *Recherche en soins infirmiers*, 122, 26-38.
- Prouteau, A., et Valery, K.-M. (2021). Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés. *Université de Bordeaux*. <https://www.firah.org/upload/activites-et-publications/revue-de-litterature/stigma/stigmatisation-chez-les-professionnels-de-la-sante-mentale-et-facteurs-associes.pdf>
- Pulcini, M. & Quenum, Y. (2019). Déploiement d'équipes mobiles à Saint-Etienne. Les outils d'une déconstruction et d'une reconstruction. P.29
- Rémery, V. (2019). Élaboration de l'expérience et développement en accompagnement à la VAE. *Raisons éducatives*, 23, 95-124.
- Roberton, G. (2006). Pratiques évaluatives en formation infirmière et compétences professionnelles. *Recherche en soins infirmiers*, 87, 25-56.
- Rohr, L. (2018). Le moindre recours à l'isolement et à la contention. Centre Hospitalier Saint-Cyr au Mont d'or. 44p.
- Rybak, C., Beauzée, N. & Lelevrier-Vasseur, A. (2004). L'entretien infirmier en santé mentale, ressources et compétences du patient. *Thérapie Familiale*, 25, 293-302.
- SanteMentale. (2019). *Le rôle de l'infirmier de pratique avancée en psychiatrie se précise*. Santé Mentale. <https://www.santementale.fr/2019/04/le-role-de-l-infirmier-de-pratique-avancee-en-psychiatrie-se-precise/>
- Sarron, N. (2017). *Le positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie* [Institut de formation en soins infirmier Pontchaillou]. <https://www.infirmiers.com/pdf/tfe-nicolas-sarron.pdf>
- Savoyant, A. (2010). La professionnalisation des personnels infirmiers (2005). *Travail et Apprentissages*, 5, 143-171.

Senn, S., Needham, I. & Antille, S. (2012). Relation entre l'alliance thérapeutique infirmière-patient, et les contrôles perçus par le patient en traitement de dépendances : une étude corrélative descriptive. *Recherche en soins infirmiers*, 108, 30-42.

Simon, E. (2012). Référent. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition* (pp. 319-320). Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Toniolo, A. (2009). Le comportement : entre perception et action, un concept à réhabiliter. *L'Année psychologique*, 109, 155-193.

Vasseur, A. & Cabié, M. (2005). La relation de confiance fondement de la résilience en psychiatrie. *Recherche en soins infirmiers*, 82, 43-49.

Villeneuve, B. (2018). *L'identification, le questionnement et la valorisation des connaissances et des savoir-faire des infirmiers en psychiatrie. Résultats d'enquêtes*. [Université Paul Valéry - Montpellier 3 (SUFCO)]. <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/villeneuve-memoire.pdf>



---

## ANNEXES

---

### Annexe 1 : Guide d'observation

- ⚠ Toujours identifier le lieu, l'heure de la séquence observée !
- ⚠ Observer les actions qui sortent du prescrit et qui sont volontaires/habituelles/dictées par d'autres

#### **1) Description de l'environnement général du service**

- Disposition du service : où se trouve l'accueil, le bureau du personnel, les chambres, des lieux communs...
- Nombre de patients/d'infirmiers
- Temps d'exercice des professionnels dans l'établissement
- Temps moyen d'hospitalisation des patients dans l'unité
- Comment s'organise les prises en charge ?
  - o Toujours la même personne qui s'occupe d'un patient ?
  - o Choix du psychiatre ?
- Réunions d'équipe : où, quand, combien de temps, quels échanges majoritairement ?
- Relèves : où, quand, combien de temps, quels échanges ?
- Séquence de la journée : repas, activité, ??

#### **2) Les mesures de contrainte dans l'unité**

- Comment le cadre de soin du patient est défini ? Révisé ? Qui y participe ?
- Quels éléments sont proscrit ? usage du téléphone / tabac / parc ?
- De quelles façons sont réalisées les permissions ?
- 

#### **3) Description de l'environnement lors d'interactions sociales – infirmier/patient**

- Où se déroule l'échange ?
- Qui est à l'origine de l'interaction ?
- Les échanges ont-ils lieu autour d'un « alibi » ? (Traitement, douche...)
- Quelle proximité/distance physique entre le patient et le professionnel ?
- Les deux protagonistes se connaissent-ils ? De quelle façon ?
- Quelle est l'ambiance au début de l'accompagnement, pendant, à la fin ?

**+ décrire ce qu'il se passe**

#### **4) Observations des postures infirmière dans la relation de soin**

- Communication verbale
  - o Intonation
  - o Choix des mots/langage
  - o Blanc : temps de latence de réponse, de parole...
  - o Pronom personnel employé
  - o Encouragement, dédramatisation
- Communication non verbale
  - o Distance, positionnement du corps (bras, tonus...)
  - o Émotion
  - o Gestuelle
  - o Le regard : est-il tenu, fuyant... Laisse-t-il transparaître des émotions ? De la stigmatisation ? De la compassion ? De l'empathie ? De la peur ? De l'écoute ?
- Comment réagissent les patients ? Ce que font les infirmières pour prendre en considération leurs réactions ? Quelles techniques mobilisent les infirmières pour apaiser un patient ?

## Annexe 2 : Guide d'entretien semi-directif en direction des infirmières de l'U2

Bonjour, tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté d'effectuer cet entretien. Je m'appelle donc Perrine, je suis étudiante en Master 2 Santé Publique. Comme vous le savez, je suis là dans le cadre du projet de recherche « Plaid care », qui interroge la diminution de l'isolement et de la contention sur l'unité, mais je suis aussi là dans le cadre de mon stage où j'étudie plus particulièrement comment les infirmiers travaillent au quotidien, comment vous faites pour gérer les situations compliquées avec les patients. Je cherche à comprendre votre travail mais aussi le contexte dans lequel vous travaillez, donc n'hésitez pas à donner des exemples concrets.

L'anonymat des interviewés et les propos échangés seront respectés lors de la retranscription. Je me permets de vous demander s'il est possible d'enregistrer l'entretien à des fins strictement personnelles ?

### **1) Présentation de l'interviewé**

Est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement ?

- Quel âge avez-vous ?
- En quelle année avez-vous été diplômé IDE ?

Pouvez-vous me raconter comment vous vous êtes retrouvés en psychiatrie ? Au sein de l'U2 ?

- Quels sont les caractéristiques de l'U2 ? public, politique du service, organisation... ?

### **2) Moindre recours - Plaid-care**

On a vu qu'il y avait eu une baisse de l'isolement et de la contention suite au passage du CGLPL, est-ce que vous pouvez me dire comment ça s'est fait ?

- Comment justement, dans cette évolution, on s'est appuyés sur les infirmiers et infirmières ?  
Est-ce que votre manière de faire à changer ?
- Qu'est-ce qu'on vous demande, quelles sont les attentes du service ?  
// contrainte/ressources/valeurs/tension
- Est-ce que vous avez suivi une formation pour gérer les moments compliqués ?

Pour limiter l'utilisation de la contrainte, qu'est-ce que vous mobiliser pour apaiser les patients ? Comment vous faites quand ça ne marche pas ? Pouvez-vous me donner un exemple particulier ?

- Et en quoi justement c'est différent des autres services ?

### **3) Situations concrètes**

- Est-ce que vous pouvez me raconter une situation, un accompagnement dans lequel vous étiez à l'aise ?
- Est-ce qu'il y a des conditions favorables à un « bon » accompagnement ?
- A l'inverse, pourriez-vous me présenter une situation dans laquelle vous vous êtes sentie mal à l'aise, une situation compliquée ? // lien contrainte, contention, isolement

#### **4) Posture professionnelle**

Pouvez-vous me présenter les particularités d'un.e infirmier.e en psychiatrie ?

- Quelles compétences sont nécessaires pour exercer en tant qu'infirmier.e en psychiatrie ? Pourquoi ?

Comment vous avez appris à faire, à travailler auprès des patients ? (Professionnels qui les ont marqués, évolution, formation)

- Comment vous faites pour entrer en lien mais aussi créer du lien avec les patients ?
- Qu'est ce qui influence votre manière de faire ?
- Quels sont les idéaux du travail infirmier ? Pourquoi ? Comment vous les mettez en œuvre ?
- On parle aussi beaucoup que les soignants doivent être empathique, mais concrètement ça se traduit comment ?

#### **5) Communication**

Quelle place à la communication verbale dans l'exercice de votre métier ?

- A quel pronom personnel (le « tu », le « vous ») vous adressez vous aux patients ? Pourquoi ?
- Faites-vous attention aux termes, aux mots que vous employez ?

Quelle place à la communication non verbale dans l'exercice de votre métier ?

- Le sourire
- Le regard
- Le langage corporel

Est-ce que vous y prêtez attention ?

#### **6) Distance**

Il me semble que dans votre formation, on vous parle de distance et notamment de juste distance.

Est-ce que vous pouvez me dire ce à quoi cette notion fait référence ?

- D'après vous, quelle est justement la « bonne distance » dans une relation de soins ?
  - o Comment la mettez-vous en œuvre ?
  - o Comment arrivez-vous à gérer vos affects / émotions ?
  - o Comment faire la distinction entre bonne distance thérapeutique et distance affective ?

J'ai remarqué, quand un patient insulte, vous semblez parfois impassible.

- Comment vous faites gérer vos émotions et garder votre calme ?
- Comment vous faites quand ça devient trop dur à gérer émotionnellement ?

#### **7) Équipe**

Suite à mon immersion dans le service, j'ai cru comprendre qu'il y avait des équipes : verte, blanche, rouge... Comment se sont-elles construites ?

Comment définiriez-vous les dynamiques de l'équipe infirmière de l'unité ?

## Annexe 3 : Guide d'entretien semi-directif en direction de la cadre de santé de l'U2

Bonjour, tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté d'effectuer cet entretien. Je m'appelle donc Perrine, je suis étudiante en Master 2 Santé Publique. Comme vous le savez, je suis là dans le cadre du projet de recherche *Plaid care*, qui interroge la diminution de l'isolement et de la contention sur l'unité, mais je suis aussi là dans le cadre de mon stage où j'étudie plus particulièrement comment les infirmiers travaillent au quotidien, comment ils font pour gérer les situations compliquées avec les patients. Je cherche à comprendre leur travail mais aussi le contexte dans lequel ils travaillent, et comment vous vous êtes participé à la création de cet environnement, donc n'hésitez pas à donner des exemples concrets.

L'anonymat et les propos échangés seront respectés lors de la retranscription. Je me permets de vous demander s'il est possible d'enregistrer cet entretien à des fins strictement personnelles ?

### **1) Présentation de l'interviewée :**

Est-ce que vous pouvez vous présenter rapidement ? (âge, parcours professionnel,...)

Pouvez-vous nous raconter comment vous vous êtes retrouvés en psychiatrie ? à l'U2 ?

- Représentation de l'U2
- Missions à l'U2
- Spécificités de son travail à l'U2

### **2) Moindre recours – Plaid-care**

On a vu qu'il y avait eu une baisse de l'isolement et de la contention suite au passage du CGLPL, est-ce que vous pouvez me dire comment ça s'est fait ?

- Qu'est-ce qu'on vous demande, quelles sont les attentes du service ? (// contrainte/ressources/valeurs/tension)
- De quelles manières, venez-vous en aide aux infirmiers pour gérer les moments compliqués ?
- Est-ce que des formations pour gérer les moments de tension sont proposés aux infirmiers/ASH ? Est-ce obligatoire ?
- De votre point de vue, quelles compétences sont nécessaires en tant qu'infirmière en psychiatrie et pourquoi ?

### **3) Équipe :**

Comment définiriez-vous les dynamiques de l'équipe infirmière de l'unité ?

Suite à mon immersion dans le service, j'ai cru comprendre qu'il y avait des équipes : verte, blanche, rouge... Comment se sont-elles construites ?

Ici, l'équipe est quand même assez mixte, qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce volontaire ? Comment se passe le recrutement des infirmières ?

## Annexe 4 : Aperçu de mon tableau Excel d'analyse : regroupant mes observations et les propos des interviewés.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1		Benjamin	Cindy	Flavien	Aurore	Camélia	Louis	Margot	Chloé	OBSERVATION U2-U1	
2	<b>DES SAVOIRS-FAIRE CONSTITUÉS PAR APPUI DES COLLÈGUES</b>										
3	Positif	tout le questionnement que tu peux avoir avec tes collègues, tu vois quand tu	infirmières que j'ai que j'ai rencontrés, qui clairement dans mes stages Je me suis Dit, je		pas mal de Personnes, ressources parce Que à l'époque où j'étais, c'était	beaucoup appris en observant déjà les mes collègues qui, plus anciens	personnes qui. En fait on s'inspire. Ma première expérience ça a été chez les	exemple, la posture, la façon de se tenir face à un patient. Je ne sais pas	premier binôme. Du coup, moi je suis arrivée, c'est vrai qu la formation		
4	Négatif		d'autres infirmières, Je me suis dit Vivement que le stage se finisse								
5	<b>CONSTITUTION DE MANIÈRES DE FAIRE COMMUNES</b>									Il me confie également qu'ici les dynamiques d'équipes sont bonnes, ils s'entraident, se relayent et qu'ils ne passent à un autre cas de patient, tout une qui aurait recherché ses médicaments ce matin. Une infirmière les aurait vu dans la poubelle. Cette infirmière dit qu'elle n'a pas reprise la patiente. L'équipe se questionne sur une injection forcée et la « conduite à tenir » avec la patiente dans ce cas là de non prise de traitement.	
6	Communication sur ce qu'ils font	mais ce qui est bien c'est qu'on débat toujours quoi c'est qu'on fait jamais quelque chose la plupart du temps, si j'arrive pas de moi même à faire descendre le			rien sur qu'on se questionne tout le temps, en fait, à chaque fois qu'il y a une			je sais pas si on a une meilleure communication maintenant, euh tu vois, pluridisciplinaire			
7	se questionnent	On bah, c'est c'est c'est, c'est souvent que y a des différences de point de vue hein, mais moi je pense que c'est Ben tout ce qui est la prise des médicaments sous contrainte, hein. Des fois des fois, on trouve pas un						essaie quand même tous d'avoir la même ligne de conduite et grâce aux			
8	enrichissant et modifie leurs pratiques										
9	quid des pratiques négatives				ban ouais mais par exemple hier tu vois ça a pas du tout marcher, elle			Ouais, mais ça arrive, tout le			concerté l'équipe avant de proposer au patient de le

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1		Benjamin	Cindy	Flavien	Aurore	Camélia	Louis	Margot	Chloé	OBSERVATIONS U2-U1		
2	<b>Un accompagnement global contribuant à des relations de confiance</b>											
3	connaissance des patients				Martine, avant d'aller au bloc,	On connaît bien les chroniques	Il y a des psychiatres qui n'en ont			C'est un nouveau patient, inconnu du service mais qui est hospitalisé ici car il réside dans le secteur géographique		
4	turn over qui complique les choses bien qu'ils aimeraient agir sur les aspects sociaux					Enfin avant aussi je crois avant, si tu	Ah moi je les garderais. Je ne les					
5	approche globale, coordonnée et multidimensionnelle				Je pense qu'on est complétement	Mais je pense que ça vaudrait le				Il arrive aussi que chacun a des informations diverses à apporter sur chaque patient en fonction de la		
6	Empathie, bienveillance, non jugement	Je pense qu'il faut être, bah il faut	Si tu vois par exemple le patient, il va	C'est vraiment se décentrer je	Martine, avant d'aller au bloc,	Ben oui, après c'est des grands	Mais ça peut permettre d'autres	Je vais dire des trucs bêtes mais,		Des infirmiers reviennent dans le bureau. Ils étaient allés voir le patient qui avait fugué pour comprendre les raisons de sa		
7	relation humain humain	franchement, je pourrais-je pense, c'est			Moi j'ai le même âge que eux, la		Et bien tant mieux. Ça lui montre qu'on	Voilà, tu n'es pas supérieur au patient et	Oui, je m'adapte au patient. Ah	Je vois un infirmier qui est assis avec les patients pour prendre la collation. Il boit un sirop avec eux		
8	Personnalisation de l'accompagnement	(cadre du patient => p10) - Bah		Parce que là par exemple ; Jena vous	Ouais, après je sais pas, c'est au			La chambre 12 par exemple, je		Lors de la distribution de la collation, les patients ont le choix entre plusieurs boissons chaudes. Un patient		
9	utilisation du tu/vous => lien symétrie, respect, distance	Alors je sais qu'ils y a des collègues qui	C'est toujours vous moi.	Je sais pas pourquoi j'ai tendance	Moi ça me dérange pas Du tout, du	Moi jusqu'à présent, les patients que	Aucune règle. Tant que c'est	dans la distance il y a plusieurs	Je m'adapte, j'adapte mon discours en	Un échange ensuite sur l'utilisation des pronoms personnels. Une infirmière me dit que ça dépend de chacun, de la relation entre nous, de la temporalité, la		
10	Relation de confiance // alliance thérapeutique	Bah il se croit Pas malade, c'est				Voilà... les qualités... réussir à être			Pour moi, une alliance c'est que le			
11	<b>Mise en place d'un cadre</b>											
12	sollicitation patient - accès ou non				Raphaël, je suis en entretien il y a clem qui					Je suis dans le bureau infirmier. La porte est ouverte. Deux infirmiers échangent sur l'organisation de la journée. Un patient arrive dans		
13	rglement-regle service						Sauf quand ils fument leur joint car c'est légal dans le	Ouais. Ça fait chier des fois d'être rigide de dire non.	Avant, on avait un protocole aussi, ça aussi c'était amusant. Enfin	Un patient crie/parle fort dans l'unité. Je vais avec l'étudiante voir d'où ça provient. Une patiente nous dit que c'est la chambre x, où quelqu'un serait avec lui dans sa chambre. L'étudiante		
14	cadre du patient	Je le suis pas de manière bête et disciplinée, l'essai de le	personnalisé => par ex les insultes sont reprises	alors je suis infirmière, je suis là pour m'occuper	Ça, ça peut l'être des fois, parce que quand un		On enlève si cliniquement ils ne sont pas en		Bah je pense bien qu'on a été moins rigide sur les	« La relève s'achève, une partie de l'équipe se dirige vers le patio pour prendre l'air et fumer une cigarette avant de 'reprendre leur poste'. Je les		

## Annexe 5 : Retranscription de l'entretien avec Louis, 38ans, infirmier depuis 5ans à l'U2.

INTERVIEWER

Alors du coup je resitue un petit peu, histoire que ce soit plus clair pour toi. Donc moi je m'insère dans le projet PLAID CARE qui est dans la compréhension de la moindre contrainte qui y a eu lieu dans l'U2. Et du coup, dans le cadre de mon stage, j'étudie un peu le rapport à la diminution du recours à la contrainte, et en même temps le travail infirmier et comment vous avez mis en place tout ça, comment vous gérez un peu les moments compliqués? Vraiment pour comprendre du point de vue infirmier, quels sont les, enfin les éléments spécifiques que vous avez mis en place qui sont peut-être caractéristiques, selon toi ou pas?

Du coup, est ce que tu peux, peut-être, tout d'abord te présenter? Raconter qui tu es, comment tu t'es retrouvé ici? L'âge que tu as ? etc.

LOUIS

D'accord. Je suis infirmier depuis 2005. Après avoir fait 2 ans de chirurgie, j'ai rapidement basculé en psychiatrie, j'ai travaillé quelques mois chez les autistes au jardin d'enfants thérapeutique avec de petits autistes. Après, j'ai travaillé quasiment 10 ans dans le service d'hospitalisation complète pour ados en pédopsychiatrie. Un service d'hospitalisation complète comme celui-ci mais pour les adolescents.

INTERVIEWER

Peut être que tu connaissais ma mère alors? Parce qu'elle a travaillé en pédopsychiatrie, elle est psychomotricienne.

LOUIS

Mais j'ai pas eu de lien avec des psychomotriciens...

INTERVIEWER

Ouais, ok. Donc 10 ans en pédopsychiatrie...

LOUIS

Et puis presque 5 ans ici.

INTERVIEWER

Et dès le début de ton parcours, en tant qu'infirmier, t'a souhaité te diriger dans la psychiatrie ?

LOUIS

Oui, je savais quand j'ai fait mes études que je voulais aller là-bas ; la chirurgie, c'était pour ma formation, voir comment ça se passe dans les services de soins.

INTERVIEWER

Mais du coup, qu'est ce qui t'a fait te diriger vers la psychiatrie ? C'est quoi ? c'est tes stages ? ton expérience de vie ?

LOUIS

Non, je voulais aller en psychiatrie avant même d'avoir fait des stages de Psy. C'était déjà un thème, un sujet qui m'intéressait. Je bouquinais déjà ado dessus. Parce que ça les gens différents comme ça, qui ont une pensée un peu différente, ça m'a toujours intéressé, j'avais ce désir de comprendre un peu.

INTERVIEWER

Donc c'était plus le public, que le travail infirmier ?

LOUIS

Le travail infirmier, je le connaissais pas quand j'étais encore ado, je bouquinais un peu sur tout ça. Je savais pas en tant qu'infirmier comment c'était.

INTERVIEWER

OK du coup là donc ça fait 5 ans que tu es à l'U2 avant tu as fait de la pédopsy, et comment ça se fait que tu sois venu à l'U2? Tu as postulé de façon par hasard?

LOUIS

Non, j'ai pas postulé. Il y a eu des refontes d'équipe et des remaniements.

INTERVIEWER

Donc même pas de CV ni de lettre motivation, c'est pas c'est passé par là ?

LOUIS

Non, c'était pas vraiment un choix. La Pédo Psy, ça, ça reste quand même plus intéressant que la psy adulte.

INTERVIEWER

OK. C'est toujours au CHU. Et enfin le service justement, il a une réputation un peu particulière avec des patients qui sont plus difficiles, les patients sont compliqués. C'est vrai que moi je comprends pas forcément pourquoi, mais enfin on dit ça. Est-ce que tu saurais l'expliquer ?

LOUIS

Ben ils sont tous sous contraintes déjà, donc ça facilite pas les choses. Tous les patients qui sont ici, n'ont pas envie d'être ici. Et on a peut être des patients dans une plus grande précarité sur le secteur.

INTERVIEWER

Précarité dans quoi dans l'emploi, dans le social?

LOUIS

Précarité sociale, précarité dans l'emploi, précarité familiale.

INTERVIEWER

C'est un peu sur plein de volets.

LOUIS

Mais après, je ne peux pas t'expliquer vraiment pourquoi ; c'est la part des impressions, faudrait vraiment faire une étude dessus pour savoir objectivement pourquoi les patients sont plus difficiles ici, ils ont déjà rien que la contrainte.

INTERVIEWER

Ouais est ce qu'ils ont pas la volonté d'être ici, il faut les garder aussi dans le service.

Tu dis que les patients ici sont plus dans la précarité et est-ce quelque chose que tu vas travailler toi avec eux , sur cette dimension ?

LOUIS

Ben la dimension elle, enfin elle fait partie de toute façon du truc. Mais nous, c'est plutôt leur situation sociale qui est dramatique aussi. Je pense que t'as pu voir ici l'assistant social, il ne chôme pas. Il est toujours, Ils ont pas de domicile, y'en a qui peuvent pas les tenir, ils ont pas une tune... Enfin ils sont tous en difficulté alors on travaille sur cet aspect social enfin, pas vraiment psychiatrique pour le coup. Mais l'assistant social est sur le coup pour nous soulager de tout ça.

INTERVIEWER

Après si t'as des exemples de certains patients où certains parcours de vie que tu veux citer dans l'entretien c'est bien aussi pour illustrer si ça te vient en tête quoi.

N'hésite pas parce que je sais par exemple que là il y a un patient qui va sortir aujourd'hui, [nom du patient]. Et du coup il a pas de place au 115 ...

J'ai l'impression que c'est quand même un des éléments qui pour vous, dans votre métier, même si par exemple il n'a peut-être plus besoin de prise en charge ici, à l'U2, vous allez quand même les garder.

LOUIS

Alors ça, ça dépend vraiment de la philosophie du médecin.

INTERVIEWER

C'est la philosophie du médecin, c'est pas vous en tant qu'infirmier ?

LOUIS

Nous, nous, on n'a pas le pouvoir de garder ou pas un patient, c'est le médecin qui décide s'il peut sortir ou non.

INTERVIEWER

Il y a bien de la négociation avec le médecin ?

LOUIS

Nous, on peut discuter avec le médecin et après, libre à lui de prendre en compte ou pas l'avis des infirmiers. Il n'a pas obligation à nous écouter. On peut dire à l'unanimité, non, on ne veut pas qu'il sorte. Lui si il dit si pour moi ils sort, il sort. Point.

INTERVIEWER

Et bien ce que j'ai cru comprendre des fois qu'il y avait des ambivalences entre un patient qui est sorti, qui avait agressé à l'arme blanche. Récemment, enfin, quand j'étais venue dans le service et du coup Monsieur [nom du patient] et donc c'était un patient, un jeune qui était sous contrat jeune majeur je crois, qui avait fait la demande de papier, je ne sais pas exactement son nom de famille, mais du coup je sais que lui, c'était moins posé la question de le garder dans le service, bien que en tout cas il y avait des ambivalences du côté des infirmiers....

LOUIS

Ouais, je me rappelle de ce patient. Il est parti avec les flics, pour une garde à vue.

INTERVIEWER

Peut-être mais, je me demande qu'est ce qui fait que par exemple des fois vous avez gardé plus dans le service ? Qu'est ce qui fait que vous le gardez moins ? Est-ce que c'est l'affect ?

LOUIS

Bon, je pense qu'il y a beaucoup d'affects et après pareil c'est pas nous qui décidons, c'est vraiment les médecins. Tu vas avoir un médecin qui est empathique, qui a une vision humaniste de la psychiatrie. Il va dire bon OK le patient sur un plan psychiatrique, il est stable. Par contre sur le plan social c'est la cata. Il va retourner à la rue. Humainement c'est pas possible. Et puis même s'il sort, il y a plus de risques qui redécompense ou que ça se passe mal si il retourne dans une situation sociale catastrophique. Enfin, s'il n'a pas de domicile, il ne prendra peut-être plus les traitements donc il y aura un risque de rechute. On est dans une logique humaniste, on va le garder un peu, tant pis, même s'il a pas besoin. Et puis tu vas avoir d'autres psychiatres qui vont dire niveau psychiatrique, c'est terminé, puis il sort à la rue, c'est plus mon problème. Moi je suis là pour traiter les symptômes du moment ; il n'y a plus de symptômes, il dégage, voilà. Ca fait violence par contre. Ca dépend vraiment de ta philosophie de soins.

INTERVIEWER

Et toi, ce serait quoi ta philosophie de soins?

LOUIS

Ah moi je les garderais. Je ne les laisserais pas partir comme ça. Je trouve que c'est nul sur tous les plans en fait. Mais humainement, ce n'est pas acceptable. Et après même je trouve que ça augmente les risques de rechute, de les laisser partir dans de mauvaises conditions. Après moi c'est facile pour un infirmier de dire ça. Nos médecins, ils ont une pression constante bien sûr de la direction qu'il leur dit, il faut que ça tourne, il faut que ça tourne. Il y a d'autres patients qui attendent aux urgences, qui sont attachés sur des brancards. Si vous vous gardez un patient, qui n'en a pas besoin alors que si vous le faites sortir, on peut en détacher un. Et oui, et si on embolise le service avec trop de patients, il y en a d'autres qui en font les frais, mais nous en tant qu'infirmier on ne voit pas tout ça. Mais nos médecins, ils le savent, on leur répète, et c'est pas si simple.



INTERVIEWER

Et c'est dû à quoi le fait qu'il faut tourner, est ce que ça serait en fait de la modernisation de l'hôpital psychiatrique ?

LOUIS

Je ne sais pas. Si l'aspect financier, à quel point ça rentre en compte. Je ne suis pas sûr donc je ne peux pas m'avancer mais vu que l'objectif c'est qu'il y ait moins d'hospitalisations et plus d'ambulatoire. Nous on fait un travail de post crise. Après il sortent et derrière il y a des équipes mobiles, y a des soins en hôpitaux de jour, il y a tout un tas de soins qui se font en dehors de l'hôpital.

INTERVIEWER

Quand tu dis, nous on les a en post-crise, on pourrait dire crise...

LOUIS

Normalement c'est en crise donc crise, c'est urgent, urgent. Ils arrivent aux urgences, ils gèrent la crise. La crise est un peu passée, ils arrivent ici, il se fait que c'est souvent de plus en plus court leur passage aux urgences, donc on les a en crise pour la plupart.

INTERVIEWER

Et c'est quoi la crise ?

LOUIS

Ils arrivent complètement décompensés, ils vont être en rupture de traitement par exemple, ils vont arriver, ils vont être très très délirants, très agressifs par exemple ou très suicidaires, mais ils arrivent vraiment quand ils pètent un câble dehors ils arrivent aux urgences dans cet état là. Nous, quand ils arrivent ici, ils ont déjà un traitement qui a été instauré aux urgences, donc souvent ils sont moins hauts que ce qu'ils ont pu être en arrivant. Mais des fois, c'est tellement court qu'ils arrivent et ils sont encore très très...

INTERVIEWER

Oui, parce que là-bas aussi, il y a un certain nombre de lits donc s'il y a des lits libres ici des fois, ça tourne peut-être plus ?

LOUIS

Mais, le problème, c'est que les patients arrivent aux urgences somatiques et ensuite est ce que ça nécessite les urgences psy ou pas ? mais ils sont souvent attachés là-bas avec des raisons plus ou moins acceptables, comme le risque de fugue. C'est hyper traumatisant pour les patients, se faire attacher comme ça, il y en a même qui sont attachés alors qu'ils viennent d'eux-mêmes. Donc c'est sûr, plus ça tourne et moins ces situations nous arrivent.

INTERVIEWER

Et justement, ici dans le service, est ce que toi tu as vu qu'il y avait eu une baisse de l'isolement et de la contention ?

LOUIS

Alors oui depuis le passage du CGLPL. Oui, j'ai observé qu'il y en avait moins. Mais déjà avant, c'était quand même pas hyper utilisé là. A mon passage des ados à ici, j'ai bien vu la différence. Chez les ados, c'était plus souvent qu'il y avait l'isolement. Arrivé ici, ils isolaient peu.

INTERVIEWER

Toi t'es arrivé ici il y a 5 ans, donc c'était en 2017. Donc normalement, tu as vu l'évolution du service. Et tu dirais qu'il y en avait pas beaucoup avant ?

LOUIS

Il y en avait, mais c'était quand même pas utilisé aussi fréquemment que ce que j'aurais pu penser en arrivant ici. Après j'ai pas les chiffres, faudrait des chiffres.

INTERVIEWER

Nous dans le projet, on en a. C'est vrai que je l'ai pas forcément en tête, mais ça a été remarquable, je crois, c'était autour de 3 fois moins. Ça a été quand même assez important parce que j'ai échangé avec d'autres collègues qui me disait justement que, avant sur les 18 lits, enfin avant il y avait 20, 21, 22, je crois, il y avait des chambres doubles donc il y avait peut être plus de lits, et ces collègues me disaient que par exemple sur les 22 personnes il y en avait peut-être 14 qui étaient isolées en chambre fermée.

LOUIS

Oui mais isolées c'est quoi? En tout cas pas fermés toute la journée. Le truc c'est que des fois ils avaient 1h en chambre à telle heure ; 1h00, fermé en chambre à telle heure. Et ça je pense que ça le fout dans les statistiques de l'isolement. Des fois, ils étaient fermés que 2h dans la journée. En fait, y'avait des temps, il y avait des moments, on leur disait vous êtes en chambre par exemple de 10h00 à midi ou de 15h00 à 17h ou alors vous pouvez sortir dans le service de telle heure à telle heure, c'était pas ou tout ou rien. Maintenant, c'est linéaire, c'est soit il est tout fermé, soit il est tout ouvert.

INTERVIEWER

Et ce que tu sais comment ça s'est fait justement, la baisse de la contention ? Est ce qu'il y a eu des directives ? Est-ce qu'il y a eu des formations?

LOUIS

Oui des directives, non pas de formations.

INTERVIEWER

Il y a eu des directives parce que là, par exemple, le docteur il dit on nous dit de moins isoler, de moins contenir. Mais qui le dit ?

LOUIS

C'est la loi.

INTERVIEWER

C'est le CGLPL aussi. Mais au niveau du service, il y a des consignes ?

LOUIS

Les consignes, c'est d'isoler le moins possible. C'est tout bête.

INTERVIEWER

Mais n'y a-t-il pas de choses protocolisées ?

LOUIS

Je ne vois pas quel protocole on pourrait mettre en place Non c'est une logique qui est dictée par la loi. Et après, ça dépend des philosophies des psys. Je sais que le [nom du chef de service] a toujours été dans une philosophie de contenir très très peu, vraiment le moins possible et pareil pour l'isolement.

INTERVIEWER

Mais le professeur [nom du chef de service] est arrivé quand ?

LOUIS

Je ne sais pas mais avant moi en tout cas. Quand je suis arrivé, il était là en chef de service et sa philosophie, ça a toujours été ça, avant le passage du CGPL.

INTERVIEWER

Le CGLPL avait fait quand même un rapport qui était assez alarmant.

LOUIS

Mais pas dans le service là.

INTERVIEWER

C'était plus sur la psychiatre du secteur ?

LOUIS

C'est l'urgence. Ils avaient comparé aux urgences de [nom d'un service d'urgence] tellement c'était le foutoir. Mais ici, il ne me semble pas qu'on ait eu particulièrement de reproche particulier.

INTERVIEWER

Et toi, tu vois quand même une évolution même si avant t'avais pas l'impression que c'était des pratiques aussi fréquentes d'isoler ni de contenir ?

LOUIS

Ah oui, il n'y a plus de temps en chambre. La plupart du temps, les patients sont dans le service.

INTERVIEWER

Il y a d'autres choses autres que l'isolement et la contention, par exemple, le téléphone portable, le pyjama ?

LOUIS

Oui, ils n'avaient pas de téléphone portable avant.

INTERVIEWER

C'était interdit ?

LOUIS

Oui, personne ne l'avait. Maintenant ils l'ont tous.

INTERVIEWER

Quand on l'enlève, c'est par rapport à quoi ?

LOUIS

On enlève si cliniquement ils ne sont pas en capacité à, c'est à dire s'ils harcèlent leur famille par exemple. On sait que ça va les mettre vraiment en grosse difficulté, ils ne sont pas bien. Du coup ils vont faire n'importe quoi avec leur téléphone. Ils vont se stimuler à fond. Du coup ça va renforcer leurs symptômes et ils vont être encore plus mal et puis surtout, ils vont se griller auprès de leurs familles, vont se griller auprès de leurs amis de leurs employeurs, parce que derrière ça a des conséquences, donc, nous il faut aussi qu'on les protège. Et c'est toujours un choix qui est compliqué parce que à la fois c'est leur droit d'avoir leur téléphone et de pouvoir appeler leur patron s'ils le souhaitent, mais en même temps ils sont dans un état qui fait qu'ils font n'importe quoi. Et derrière, ça va être préjudiciable pour eux.

C'est comme leur courrier, ils ont le droit d'envoyer du courrier et des fois ils envoient des courriers, mais derrière, ils vont-ils vont subir les foudres de leur famille ou qui ne va pas comprendre. Mais on les envoie, c'est leur droit.

INTERVIEWER

Quand par exemple vous mettez, je ne vais pas dire une interdiction mais vous prohibez un petit peu l'usage du téléphone ou du courrier, comment ça se passe avec le patient ? Qu'est-ce que vous allez faire ? Vous allez négocier, vous allez juste lui dire c'est comme ça, un point c'est tout ?

LOUIS

On dit C'est comme ça. Le patient ne comprend pas toujours. Des fois, ça les tend, mais ils finissent par les rendre. En fait, à partir du moment où le médecin a décidé que le téléphone portable, il fallait l'enlever, c'est qu'il y a des raisons cliniques qui sont valables, on le récupérera par tous les moyens. Donc s'il faut être plusieurs, le tenir et lui, prendre de force, on le fera, mais généralement, on n'en arrive pas jusque-là. Le patient comprend que c'est provisoire, mais souvent ils comprennent pas par contre qu'ils ne sont pas en capacité, parce que pour eux tout va bien. Ils sont sur leur téléphone, ils vident leur compte en achetant tout et n'importe quoi etc. Pour eux y a pas de souci. Nous, c'est les familles souvent, qui nous disent mais arrêtez avec ce téléphone là parce qu'il fait n'importe quoi. Il appelle toute la famille, leur dit n'importe quoi, il les insulte, il demande du shit à la grand-mère. Et tout l'entourage familial s'affole. C'est hyper compliqué pour tout le monde.

INTERVIEWER

Tu disais que des fois vous alliez par tous les moyens récupérer les affaires personnelles, mais comment ? Parce que je n'ai pas vu qu'il y ait d'isolement ou de temps en chambre fermée, lors de récupération des effets personnels. Mais qu'est ce qui fait justement que vous allez éviter ça ? qu'est-ce que vous mettez en place ? Qu'est-ce que tu vas faire pour désamorcer ?

LOUIS

On leur explique. Après ça c'est dépendant de chaque patient, des approches qu'on peut avoir, ça peut dépendre des patients, mais ça va être de leur expliquer tranquillement en essayant de faire un maximum d'alliance, que c'est provisoire, que c'est pour leur bien. En étant empathique, pas en étant dans la rétorsion, là on vous le prend, c'est plus possible, vous faites n'importe quoi avec ça, on voit que c'est difficile, vous inquiétez beaucoup votre famille. On va vous protéger un peu de ça, ça vous stimule beaucoup. Avec ce genre de chose, la plupart du temps, ça marche. Et puis, souvent, ils se disent : de toute façon, si je leur rends pas, je ne vais pas gagner de points. Ils peuvent récupérer les téléphones des autres, ils se les prêtent... Alors au final ça ne limite qu'à moitié.

INTERVIEWER

Cette évolution, là où vous en êtes maintenant avec les téléphones portables, comment tu l'as vécu justement, cette évolution toi ?

LOUIS

C'est particulier. A la fois je trouve que c'est une bonne chose de vouloir moins isoler, moins contenir parce que dans certains services, certains lieux, dans certaines situations, ça pouvait être un peu un peu excessif et utilisé de manière peut être trop rapide. Donc qu'on limite le traumatisme des contentions, ça reste une bonne chose. La contention, ça a toujours été l'ultime recours aux situations. Dans ma pratique et ma vision des choses, j'ai jamais contenu quelqu'un si je pouvais faire autrement. En ce cas alors peut être que j'aurais pu faire autre chose, mais en tout cas sur le moment on n'avait pas d'autres solutions qui nous venaient. Donc la contention, ça a toujours été vraiment en dernier recours, alors ça a presque toujours été enseigné comme tel puisque certains enseignaient que c'était un soin qui rassemblait les psychotiques morcelés, ça semblerait que ce soit pas si thérapeutique que ça, voire pas du tout et que c'est pas un soin. Après par contre, leur liberté à tout prix dans le service et qui n'y ait plus de temps d'isolement, et c'est très difficile à gérer, c'est parfois intenable. Et parfois, les choses se posent uniquement quand on arrive à en mettre certains en isolement pendant un moment.

INTERVIEWER

Est-ce que tu as des situations justement, où ça a été compliqué ?

LOUIS

Oui c'est quasiment quotidien. Quotidiennement, il y a des personnes qu'auparavant on aurait pu mettre en isolement et là on fait autrement. Et des fois, c'est très bien parce que ça marche bien et sans la contrainte. Mais quand on a un patient comme [prénom d'un patient] qui crée une arme dans l'objectif de tuer un autre patient qui tourne dans tous les sens, qui fait peur à tout le service et qui reste dans le service comme si de rien n'était, y'a une insécurité constante, une excitation qui monte chez tout le monde. Tout le temps qu'on passe avec lui, c'est du temps qu'on ne passe pas avec les autres. Et quand on doit être 3 avec lui pendant 1h 2h parce qu'il n'est pas fermé dans sa chambre et que du coup on est obligé d'être vers lui, et bien, tous les autres ne s'en occupent pas. Ça fait beaucoup d'autres dont on ne s'occupe pas. Et puis ils sont dans un climat d'insécurité tel que c'est difficile d'aller travailler des choses et d'être tranquille. Tu vas prendre un temps avec quelqu'un et puis tu sais que ça s'agite à côté, que le patient n'est pas bien, qu'il tourne dans le service, t'es pas tranquille, t'es pas à ce que tu fais.

INTERVIEWER

Oui, et le patient n'est pas tranquille mais l'infirmier non plus.

LOUIS

Ouais personne. Surtout l'infirmier. Parce que le patient bon il est avec l'infirmier.

INTERVIEWER

Il se sent pris en charge, accompagné.

LOUIS

Mais toi, tu as aussi la tête un peu ailleurs parce que tu sais que ça peut dégénérer à tout moment, parce qu'on attend vraiment qu'il se passe quelque chose pour isoler.

INTERVIEWER

Est-ce que tu sais ce que tu vas peut-être mobiliser dans ta façon de faire, dans ta pratique à toi pour justement un peu apaiser les moments de tensions ?

LOUIS

On fait que ça fait que ça. On a un gros travail de pare-excitation. Donc c'est vraiment lutter contre l'excitation du service par nos postures, nos disponibilités. Si nous on court dans tous les sens parce qu'on est débordé, c'est pas pare-excitant, c'est à dire que les patients ça ne les rassure pas. Ils se disent que s'ils ont besoin de quelque chose ou s'ils se sentent mal, il y a personne pour eux. Les infirmiers qui courent dans tous les sens, les entretiens qui s'enchaînent, c'est hyper insécurisant pour les patients.

INTERVIEWER

Ça, tu le citerais comme un des points assez importants.

LOUIS

Ouais, ça c'est important qu'il y ait des infirmiers disponibles. Des infirmiers qui peuvent être assis dans le bureau infirmier avec la porte ouverte de manière à ce que les patients quand ils passent, ils voient qu'il y a un infirmier dispo rien que ça, c'est rassurant. Ils se disent, bah-moi si j'ai besoin de quelque chose, si je ne me sens pas bien, il est là et il est disponible. Si on s'agite à courir dans tous les sens, il se dit putain mais en fait il faut pas avoir besoin de quoi que ce soit.

Après c'est toutes les techniques de désamorçage qu'on a, et il y a des formations là-dessus.

INTERVIEWER

Mais c'est quoi les techniques de désamorçage?

LOUIS

En fait, c'est tout ce qui va permettre d'empêcher le passage à l'acte d'un patient. La tension du patient va monter progressivement jusqu'à atteindre un niveau où derrière ça va exploser. Et souvent, quand on en arrive à l'explosion, on se retrouve souvent dans une situation de contention et d'isolement. Donc notre objectif, ça va être d'observer suffisamment les patients pour savoir où ils en sont sur leur jauge de montée de tension et d'aller agir à chaque fois dessus pour que ça redescende un peu.

INTERVIEWER

Et l'action se fait comment ?

LOUIS

L'action, c'est le fait qu'on peut aller voir le patient, discuter avec lui, le rassurer, on peut reformuler, tout simplement ce qu'on observe. Par exemple : je vous sens un peu tendu. On peut prendre un moment pour en discuter et la tension va s'abaisser. Du coup faut bien observer tous les patients, voir ceux qui sont en train de monter pour aller les voir et apaiser. Et c'est comme ça qu'on évite, parce que si on ne le fait pas, ça monte, ça monte, ça monte et ça explose. Ils se calment rarement par eux-mêmes, tous seuls comme ça, c'est. Sauf quand ils fument leur joint car c'est légal dans le service apriori...

INTERVIEWER

Avez-vous tous la même philosophie là-dessus ?

LOUIS

Ouais mais là en même temps c'est compliqué, parce que la rétorsion, c'est absolument interdit dans le service, c'est à dire qu'on ne peut pas mettre quelqu'un en chambre parce qu'il a fumé un joint. La police n'interviendra pas dans le cadre d'un soin. Enfin, dans le cadre des soins je ne pense pas que ça fonctionne non plus. Donc après c'est à prendre comme des symptômes, l'addiction au cannabis.

INTERVIEWER

Il y a beaucoup de patients ici qui fument. Par exemple, la dernière fois c'était une dame de la cafétéria qui était venue, qui avait dit je crois qu'il y a un de vos patients qui est en train de fumer dans le parc, et c'est vrai que vous n'étiez même pas forcément au courant.

LOUIS

Non, évidemment, le patient fume dans le parc, je suis dans le service, je suis dans leur chambre, tout le monde est au courant, les médecins sont au courant. Voilà, c'est une information, c'est tout. Pour nous, c'est une information. Après chimiquement, un patient qui a du cannabis ou un patient qui n'a pas de cannabis, au niveau du traitement, c'est pas la même chose.

Je crois que ça peut bloquer des récepteurs machin qui fait que le traitement va moins agir, donc en gros on peut se dire qu'ils sont équilibrés avec le cannabis, qu'ils ont la dose qui va avec le cannabis. Par contre ils sont défoncés, donc c'est même pas la peine d'essayer de faire des médiations avec eux, même pas la peine d'essayer de faire des entretiens. Ils sont déchirés donc au final ça nous sert à rien.

INTERVIEWER

Après, ce qui est compliqué, c'est de faire comprendre à la personne que ça peut être aussi nocif pour elle et en même temps faut pas non plus la ramener... je me souviens d'un patient qui avait appelé, qui avait dit Je suis plus schizophrène et je me souviens qu'on avait échangé là-dessus et que tu m'avais dit que justement tu n'avais pas à le ramener à la réalité comme quoi il avait vraiment un trouble mais que tu voulais comprendre. Je m'interroge sur pourquoi tu ne vas pas le ramener à la réalité ? Qu'est-ce que tu vas faire justement pour qu'il se rende compte peut être qu'il a pas non plus, toute sa tête ?

LOUIS

Parce que moi je ne suis pas garant de la réalité du monde en fait. C'est sa réalité qu'il me raconte. Et c'est ça qui m'intéresse. Ma réalité à moi, lui il s'en fout. Ça ne l'intéresse pas, donc moi ce qui m'intéresse c'est qu'elle est sa réalité à lui. Il dit qu'il n'est plus schizophrène, ça sous-entend qu'il l'a été. Qu'est-ce que c'est pour lui qu'être schizophrène ? Qu'est ce qui va mieux depuis qu'il n'est plus schizophrène? Quel changement il vit? Je ne vais pas lui dire : si tu es schizophrène, être schizophrène c'est chronique, tu le seras tout le temps. Pour moi c'est complètement con de dire ça, ça n'a aucun intérêt, tu vas le braquer. C'est comme [prénom d'une patiente] qui dit je ne suis pas bipolaire et qu'on lui martèle, tu es bipolaire, tu es bipolaire, ça sert à rien, c'est vraiment perdre son temps et braquer la patiente. C'est inutile.

INTERVIEWER

C'est aussi des approches spécifiques. Est-ce que par rapport à tel patient, tu vas savoir que toi tu as créé plus de lien, qu'une relation de confiance s'est instaurée ? Est-ce que du coup entre infirmiers, vous allez vous dire c'est peut-être moi qui vais le suivre ?

LOUIS

Oui, on crée des liens. Alors des fois ça vient de nous parce qu'on a des profils de patients avec lesquels on a plus de facilité ou qui nous intéressent plus. Et puis il y a des patients qui nous investissent beaucoup, alors une fois qu'on a remarqué qu'il y avait un lien qui a été créé. Effectivement, on a tendance à aller un peu plus aux entretiens et dire aux collègues, ça passe bien, je vais aller à l'entretien.

INTERVIEWER

J'ai un souvenir, Monsieur [nom d'un patient], j'ai l'impression que c'est un patient avec qui tu avais tissé plus de lien.

LOUIS

J'avais tissé des liens après, comme c'est un ado bah c'est vrai que ça m'a replongé, j'ai vraiment l'habitude, pendant 10 ans j'étais avec des patients comme lui.

C'est vrai que j'ai plus de lien avec les jeunes patients, parce que c'est plus proche de la Pédo Psy et de ce que j'ai connu que les vieux chroniques avec qui j'ai moins l'habitude.

INTERVIEWER

Est-ce que justement tu pourrais me raconter une situation dans laquelle tu t'es vraiment senti à l'aise avec un patient, ou un accompagnement dans lequel tu es vraiment apprécié ici à l'U2?

LOUIS

Ici à l'U2 il n'y a quand même pas tant de situations hypersatisfaisantes d'un accompagnement au long cours. Chez les ados il y en a plein que je pourrais te citer parce que les prises en charge étaient longues. Ici les prises en charge sont courtes ; dès qu'ils vont un peu mieux, ils partent.

Et moi j'arrive à bosser avec mes patients quand ils vont un peu mieux parce qu'on gère la crise comme on peut, et après moi ce que je trouve satisfaisant, c'est un peu plus le travail de fond. Faire un point sur l'histoire familiale, un travail sur son histoire de vie et souvent, quand ils en sont au stade où on peut travailler ça, ils partent.

INTERVIEWER

Mais des fois, tu arrives un peu à le faire ici ?

LOUIS

On arrive un peu à le faire, ouais.

INTERVIEWER

Quand il y a des EF [entretiens familiaux] ou des choses comme ça ?

LOUIS

Ouais mais des EF il n'y en a pas assez, il en faudrait toute la semaine.

INTERVIEWER

En tout cas, la relation triangulaire du coup patient/ famille/soignant, c'est quelque chose que tu aimes bien travailler du coup ? La continuité des liens, tout ça ?

LOUIS

C'est un travail systémique, c'est vraiment le patient au cœur d'un système. Et les patients qui sont dans leur famille où ça dysfonctionne... Sans travailler sur la dynamique familiale, le patient on va le stabiliser ici, il sera hors de son système familial. On le renvoie dans son système familial, ça va re dysfonctionner en fait.

INTERVIEWER

D'accord et pour toi il n'y a pas de situation satisfaisante ou dans lesquels t'étais à l'aise à l'U2 ?

LOUIS

Souvent il me reste un goût d'inachevé, mais on me répète que la mission du service n'est pas de faire ce travail de long cours. Donc c'est moi qui ne suis pas au bon endroit. Ce n'est pas le service qui pose problème, les missions du service sont de gérer la post-crise et de laisser ensuite faire à l'ambulatoire ce travail là.

INTERVIEWER

Et toi, tu es plus à l'aise dans les dans la dimension relationnelle du soin, plus dans les soins techniques ?

LOUIS

Non, pas du tout. Les soins techniques, c'est autre chose que. Ça ne représente pas d'intérêt pour moi. C'est plus dans les entretiens et les médiations, que je suis à l'aise.

INTERVIEWER

Et tu en fais des médiations ?

LOUIS

Ce ne sont pas des vraies médiations. Ici on fait des activités à visée un peu thérapeutiques parce qu'on est des soignants donc c'est toujours un peu thérapeutique mais une vraie médiation normalement c'est penser des objectifs, une durée, des dates, c'est sur plusieurs séances, il y a des réévaluations...

Ici tu ne peux pas vraiment faire ça parce que les patients ne restent pas assez longtemps pour ça, mais on fait des activités, on joue du piano, on les fait chanter... Et puis patients font pas mal de slams ici, donc ils vont pouvoir improviser un peu des textes qui parlent d'eux, qui parlent de leur vie.

INTERVIEWER

Et vous les encouragez à ça ?

LOUIS

Oui ça c'est un exemple. On a fait de la peinture, du dessin, on pourrait faire de la cuisine, il y a tout un tas d'activités comme ça qu'on peut faire avec eux. En plus elles évitent le côté face à face, on discute autour d'un média, donc le patient parle beaucoup plus librement dans ces cas-là.

INTERVIEWER

Et toi, est-ce que tu penses qu'il y a des conditions qui vont être favorables à un bon accompagnement ?

LOUIS

Les conditions qui seraient favorables est ce que ça peut arriver ici ?

INTERVIEWER

Dans les conditions qui pour toi sont favorables, dans ta façon de faire, qu'est-ce que tu essaies de réunir? le calme ?

LOUIS

Oui il faut un cadre sécurisant, clair. Il faut une disponibilité psychique. C'est sûr que si je pense à un autre truc parce que les patients s'agitent dans tous les sens, les conditions ne sont pas très favorables. On a voulu faire de la relaxation. [prénom d'une infirmière], elle, fait beaucoup ça : relaxation, méditation. Et elle m'a invité à participer à une séance avec une patiente. Donc moi j'étais aussi comme la patiente, je m'étais mis dans le même rôle et ça gueulait dans tous les sens à côté. C'était impossible, la relaxation ne peut pas fonctionner dans ces cas-là, il y a toujours du bruit, toujours quelqu'un qui crie, toujours quelqu'un qui s'agite. Ça brasse en permanence ici.

INTERVIEWER

Est-ce que tu penses que le fait de connaître le parcours de vie, l'environnement social, professionnel, financier, du patient est quelque chose qui aide pour l'accompagnement ?

LOUIS

Mais c'est indispensable en fait ! Comment tu peux accompagner quelqu'un si t'as aucune idée de qui il est ? Et là aussi, c'est des approches de soins différentes. Il y a des psychiatres qui n'en ont rien à secouer de leur histoire de vie, qui s'intéressent à l'instant présent. Quels symptômes vous avez ? Je vais vous donner tel traitement pour tel symptôme. Les symptômes vont diminuer. Au revoir.

Et d'autres qui vont se dire c'est une personne en fait, il souffre de telle maladie mais qui est-il ? Qu'est ce qu'il a vécu ? Quel est son parcours de vie, comment il vit actuellement, comment il s'entend avec sa famille, avec ses amis ? au travail comment ça se passe ? quelles sont ses passions ? Et c'est vraiment ça qui fait que tu crées du lien avec un patient. Si tu lui parles que de sa maladie et de ses symptômes...

INTERVIEWER

Mais est-ce que ça crée juste du lien ou ça permet aussi d'autres choses?

LOUIS

Mais ça peut permettre d'autres choses, on peut faire des liens et l'amener à faire des liens sur pourquoi il réagit comme ça à telle chose. En fait, c'est propre à chacun. Oui, on comprend mieux votre situation là maintenant. On comprend ce que vous vivez, on comprend que c'est difficile. D'accord avec votre famille, il se passe ça et ça. Votre mère, elle ne vous laisse rien faire. Enfin je ne sais pas, on décortique un peu qui ils sont. Mais déjà créer du lien, c'est hyper important, ça veut dire que même si après tu parles de la maladie, il considèrera que tu sais ce que tu dis puisque tu le connais. Enfin moi je ne dis jamais vous êtes schizophrène, bipolaire, etc.

INTERVIEWER

Je n'ai jamais entendu ça non plus par quelqu'un ici.

LOUIS

Normalement, ils disent, vous souffrez de, parce qu'il y a des annonces diagnostics qui sont faites, les patients ont besoin de savoir ce dont ils souffrent.



INTERVIEWER

Ce qui est légitime aussi.

LOUIS

Oui, bien sûr.

INTERVIEWER

Est-ce que tu penses qu'il y a vraiment des caractéristiques dans le travail infirmier en psychiatrie ? Est-ce que dans un autre domaine d'activité en psychiatrie c'est vraiment différent ?

LOUIS

Par rapport à la médecine?

INTERVIEWER

Non, dans le travail infirmier, dans vos missions?

LOUIS

Mais le travail infirmier en médecine n'est pas du tout le travail infirmier en psychiatrie.

Je ne sais pas si tu parles de différents services de psychiatrie ou si tu élargis au somatique dans ta question.

INTERVIEWER

Quelles compétences on va demander à un infirmier en psychiatrie de façon large, avec un public qui a des troubles psychiques ?

LOUIS

En somatique, ils s'en foutent qu'on connaisse les pathologies mentales et qu'on fasse preuve de d'analyse des patients, ce n'est pas le job. Un patient dépressif en somatique, on ne va pas aller lui faire raconter le pourquoi du comment de sa dépression, ce n'est pas notre rôle. Et puis même le patient, il n'attend pas ça.

INTERVIEWER

Tu me dis, il faut créer du lien, il faut le connaître. Mais pourquoi justement, tu me dis que vous ne le faites pas forcément, par exemple, en cardiologie, et pourquoi on ne le fait pas ? Tu saurais me dire?

LOUIS

Parce que ça n'aurait aucun intérêt de le faire en somatique. Parce que connaître l'histoire, prendre du temps pour connaître l'histoire de vie d'un patient qui va rester 2. 3 jours et qui ne t'a rien demandé, parce qu'il ne vient pas pour ça, parce qu'en somatique il ne vient pas pour qu'on le traite de sa dépression. Il vient pour qu'on comprenne ce qui ne marche pas exactement. Donc ton job, c'est de faire ça. Après, ça peut être un plus de t'intéresser à lui et moi je pense, ça peut être pas mal, mais je ne suis pas sûr que ce soit le rôle de l'infirmier. Bien sûr, s'il présente des conduites suicidaires, il faut pouvoir le gérer dans l'instant, mais sur un truc qui est au long cours, le patient s'il est en chirurgie, tu ne vas pas aller lui parler de sa schizophrénie, lui demander comment ça va. C'est pas le rôle des gens là-bas ?

INTERVIEWER

Sans faire le lien, par exemple, avec les troubles psychiques, mais le lien avec son parcours de vie, c'est vrai que ce sont des choses qui sont moins faites.

LOUIS

Ils n'ont pas le temps de faire ça,

INTERVIEWER

C'est plus le manque de temps qui va influencer ?

LOUIS

Ils n'auront pas le temps clairement. Parce que j'ai bossé 2 ans en chirurgie et je m'intéresse à la Psy donc je m'intéressais aux patients, je discutais avec eux mais en fait, je n'avais pas le temps, fallait passer tout de suite à l'autre chambre et à l'autre chambre. Et c'est bien pire maintenant les conditions que quand moi je travaillais. Je

sais quand je travaillais combien de patients j'avais en charge. Maintenant, ils en ont le double. Ils ont encore moins le temps. Et les infirmiers ne sont pas du tout formés à tout ce qui est psychiatrie. Tu fais les formations internes quand tu entres en psychiatrie, mais ceux qui sont chirurgie, je ne pense pas qu'ils savent ce que c'est qu'une schizophrénie.

INTERVIEWER

Et toi tu as appris comment à faire en psychiatrie ?

LOUIS

J'ai bouquiné de mon côté avant d'arriver ici. Et puis quand tu arrives ici, y'a des formations, il y a plein de formations.

INTERVIEWER

Des formations en interne ? c'est des transferts de connaissances ?

LOUIS

C'est essentiellement des transferts pratiques. Mais les formations m'ont aidé quand je suis arrivé. Après je me suis appuyé sur mes collègues qui m'ont accueilli et qui m'ont appris.

INTERVIEWER

Est-ce qu'il y'a des personnes qui t'ont marqué ?

LOUIS

Oui, il y a des personnes qui.. en fait on s'inspire. Ma première expérience ça a été chez les ados il y a 10 ans. Les personnes que j'ai rencontrées là-bas m'ont beaucoup marqué et je me suis inspiré de certaines parties de leur façon de travailler, comme certaines postures, cette façon calme d'aborder les choses.

INTERVIEWER

Oui, ça, je l'ai beaucoup vu, dans ta façon d'exercer et je me questionnais aussi, même sur le quotidien, sur comment tu fais, toi, au quotidien, dans la vie perso ? est-ce que tu es tout le temps calme ? est-ce que c'est quelque chose que tu as mis en place ici ? Ou alors c'est vraiment ton tempérament ?

LOUIS

Y'a des parties de nous qu'on transfère ici, il y a des parties soignantes qu'on transfère à l'extérieur aussi. Moi depuis que je bosse en psy, il y a plein de techniques que j'ai appris, que j'utilise sur l'extérieur, tout le temps en fait, à tous les niveaux, même en famille, quand quelqu'un s'emporte...

INTERVIEWER

Et tu en as conscience de tout ça, de ce que tu mobilises ?

LOUIS

Je ne le fais pas consciemment. Mais avec un recul je sais que c'est dû à mon expérience des entretiens. Mais c'est simple, quelqu'un qui arrive et qui est énervé et qui te gueule dessus, si tu t'énerves, tu es en réponse en miroir du coup, c'est proscrit. C'est simple, si tu réponds en miroir, ça va faire que monter. Sauf dans des cas très particuliers, et ça, c'est valable au travail et c'est valable dans ta vie aussi. Ton mec te crie dessus, vous allez vous engueuler. S'il te crie dessus et que tu lui réponds très calmement, il va redescendre. Ça marche tout le temps. Et Aurore je me rappelle, elle m'a fait la réflexion plusieurs fois de me dire mais comment tu as pu rester calme ? On parlait d'un patient, un qui est en prison pour avoir tué un autre patient. Quand on l'avait ici, je me rappelle qu'il m'avait hurlé dessus, qu'il était venu coller son front en essayant de me frapper, et je suis resté très très calme. Je vois que tu es en colère... ça s'est arrêté là. Aurore était prête à appuyer sur le PTI et du coup, on l'aurait contenu. A une réponse près, on peut passer d'une contention ou pas. Ça peut jouer à pas grand-chose. Il y a pas très longtemps, il y'a un patient qu'on avait qui a pété un câble qui est venu vers moi et qui m'a dit, je vais te défoncer la gueule, je vais te mettre des coups de poing, tu vas ramasser. C'est arrivé d'un coup. C'était très, très agressif. Il est venu très près, ça a fait peur aux collègues à côté. Pareil j'ai pas réagi plus que ça et ça c'est posé mais en fait je me serais levé en disant, en gros, faut se calmer vite, il s'énervait, on l'attrapait, on l'attachait dans une chambre d'isolement, ça aurait pris une tournure différente, mais en fait je ne sais pas pourquoi je n'ai pas réagi, parce que je me suis dit que j'allais m'en prendre une dans tous les cas. J'étais persuadé que j'allais m'en

prendre une. Mais en fait, si c'est un jour où tu es un peu énervé ou que les patients t'ont mis une tête comme ça, pour garder son calme dans des moments pareils, ce n'est pas évident.

INTERVIEWER

Je ne pointe pas du doigt les postures bonnes ou pas bonnes et en fait je trouve qu'il y a un contexte c'est sûr que toute posture, toute pratique se situe dans un contexte en fait.

LOUIS

Je ne sais même pas si ça leur rend service ou pas aux patients parce que là, on leur laisse tout passer, parce que quotidiennement on se fait insulter, menacer de mort, c'est quasi tous les jours, dans quel monde on peut faire ça sans avoir de conséquences à part le monde de la psychiatrie ?

En fait cloisonné, un monde où tout est permis, ils vont ressortir, ils auront appris quoi en fait? J'ai l'impression qu'on ne les aide pas, souvent ils viennent parce qu'ils font n'importe quoi dehors, ils insultent les gens, ils les frappent, donc ils viennent ici, ils font la même chose. Sauf que ça passe, ils ont pas de conséquence. En tout cas la conséquence pourrait être d'être en chambre en fait.

Quand ils sont trop agressifs, qu'ils menacent de mort les soignants, écoutez, vous n'êtes pas assez bien visiblement pour vivre en société, en groupe, donc on vous extrait du groupe, ça pourrait être une option sauf que maintenant, ce n'est plus une option. Donc maintenant nous, on se prend tout dans la gueule. On se fait insulter, on se fait menacer, on se prend l'agressivité toute la journée dans la gueule dans l'indifférence institutionnelle totale.

INTERVIEWER

Est-ce que ce ne sont pas des choses qui, à la longue, sont dures ?

LOUIS

C'est plus que dur, c'est intenable. Moi, à titre personnel, je vais quitter le service le plus vite possible parce que je ne peux plus supporter ça, j'en ai marre de me faire insulter tous les jours. Tu ne peux pas travailler dans ces conditions-là. Une fois que je me suis fait insulter 3 ou 4 fois dans la journée, menacer, je n'ai plus la disponibilité, moi pour aller m'occuper d'un patient. Je ne suis plus en état d'aller voir un patient. Non, je suis à bout. Et pourtant je suis calme.

INTERVIEWER

Mais est-ce que tu l'extériorises à posteriori?

LOUIS

Non non. Quand je sors d'ici, après c'est bon. Enfin, mais ici je me dis au final quel travail je propose aux patients ? Aurore, elle fait des trucs super, elle fait des frises chronologiques avec les patients.

INTERVIEWER

Oui, j'ai eu l'occasion de voir ça. J'aimerais bien l'interroger d'ailleurs.

LOUIS

Mais je pense que ça vaudrait le coup, je ferai l'appui auprès d'elle. Elle est très intéressante dans son approche. Mais voilà, elle en est à devoir faire des frises chronologiques, mais les patients ne sont pas stables alors que c'est hyper intéressant comme truc et ça serait vraiment pertinent de le faire quand ils sont stables. Mais ils seront déjà partis. Il ne faudrait pas que ça se perde, c'est des mines d'information, c'est s'intéresser au patient, à comment il a grandi, quels événements l'ont marqué?

INTERVIEWER

Et c'est la seule qui fait ça dans le service ?

LOUIS

C'est elle qui a mis ça en place, cette espèce de fresque, mais après chacun s'intéresse un peu à sa façon à l'histoire du patient. Nous, on essaie de mettre en place des arbres généalogiques aussi pour comprendre un peu comment la famille est, et quel lien ils ont entre eux ? On en avait fait un avec [prénom d'une infirmière], ça a été passionnant parce que j'avais compris plein de choses de sa vie. Et puis lui, il s'était senti aussi, il a appris plein de choses parce que du coup il ne savait plus trop qui était ses oncles donc il a appelé sa famille pour avoir

des éléments et il remettait lui aussi un peu plus sa famille. Alors après tu me diras en quoi ça l'aide à long terme, c'est toujours mieux de savoir.

INTERVIEWER

Au final, ça va peut-être débloquer certaines choses...

LOUIS

Il y a des patients qui, des années après, nous disent : ce que vous m'avez dit, ça m'a marqué. Alors que pour nous, c'était anodin ce qu'on leur disait.

INTERVIEWER

Tu m'as dit qu'il y avait plusieurs professionnels qui t'avaient assez motivé et qui ont été des référents pour toi, notamment du fait de leur posture assez calme. Là tu me dis que par exemple, en en faisant des lignes de vie, des arbres généalogiques aussi, ça peut être des éléments qui sont bien. Est-ce qu'il y a d'autres éléments qui te viennent en tête ?

LOUIS

Ils m'ont formé sur les médiations, mais bon, on travaillait avec les médiations.

Il y avait leur fermeté, le côté cadrant et rassurant. Après, on bossait avec des ados donc les ados avaient besoin d'un cadre rassurant, comme n'importe quel enfant. Il m'a semblé remarquer que plus tu étais cadrant avec les patients et plus ils étaient rassurés. Les patients ont besoin de ça et souvent ils vont le chercher. Et quand on ne leur apporte pas, ils s'énervent, ils ne sont pas bien.

Ici on essaie de l'être. Le problème, c'est qu'il faudrait que ça fonctionne en équipe.

Quand il vient faire des demandes si tu lui réponds clairement non, par exemple pour telle ou telle raison et que tu t'y tiens, il ne t'embêtera plus.

INTERVIEWER

C'est un point qui pour toi fragilise un peu et qui va influencer peut-être ta manière de faire, de travailler en équipe et avec certaines personnes peut être notamment.

LOUIS

Oui, mais ça arrive, tout le temps ici, que l'un contredise l'autre. Parce que nous on va prendre une décision à l'instant t et le patient va vite aller voir quelqu'un d'autre. Alors avant qu'on ait le temps de se concerter.... Et l'autre va se dire « oui, moi, j'accepte ça » parce que au final, la bonne réponse moi je ne sais pas ce que c'est. Mais au moins il y en a une, et si on s'y tient tous, bon c'est plus rassurant. C'est comme les entretiens. Ce qui m'avait marqué avec les ados, c'était que les entretiens étaient fixés dans la semaine à des horaires précis avec telle et telle personne. Donc voilà, c'était clair. Ici c'est impossible et encore ça s'est amélioré parce que quand même, on note qui ont voit dans la journée. Avant, on notait rien. On ne sait pas, c'est ce qu'il y a de pire pour le patient. Donc là, c'est vrai que ça s'est amélioré là-dessus dans le service.

Mais c'est d'être fiable en fait, d'être fiable, t'as une parole et tu t'y tiens.

INTERVIEWER

Oui, j'observe beaucoup de personnes comme ça qui disent : pas maintenant, mais promis après et c'est vrai que moi je suis assez étonnée aussi de la capacité à tout retenir parce qu'il y a énormément de sollicitations. Il y a énormément de patients qui négocient. Et du coup, l'esprit est quand même bien sollicité, donc il faut avoir la mémoire claire, disponible comme tu le dis.

LOUIS

Il y a plein de patients, les idées ne manquent pas de faire des trucs avec eux. Mais je me rends compte qu'on ne peut pas le faire.

INTERVIEWER

Parce qu'il n'y a pas le temps ?

LOUIS

Soit ils n'avaient pas le temps, soit je n'ai pas la disponibilité parce qu'ils m'ont tellement bouffé le cerveau que des fois je ne me sens pas capable de faire un travail pendant 45 min sur l'histoire d'un patient. Des fois même

je me cale des temps et puis des choses se passent dans le service font que ça saute. Mais voilà, que ce soit [prénom d'un patient], à la base, je devais faire un travail sur la sexualité avec lui et je n'ai pas pu le faire enfin, c'est incroyable, mais il est parti. Je n'ai pas pu le faire, c'est frustrant. L'arbre généalogique avec une patiente, je n'ai pas eu le temps de le faire, ça fait chier.

INTERVIEWER

Et c'est des choses qui usent de ne pas avoir le temps ?

LOUIS

Oui, tu as l'impression des fois de ne pas servir à grand-chose d'être. Certains disent on a l'impression d'être un peu des gardiens de prison. Je n'en suis pas encore à ce stade de penser ça, mais des fois t'es là, tu leur fais passer des trucs, tu fais en sorte que ça s'embrouille pas trop, que leur shit ils le fument juste dans leur coin sans embêter trop de monde et que au final, on s'en arrête un peu là. Pour peu que tu aies des entretiens chirurgicaux en 3 secondes, on parle que des symptômes du patient, alors quand t'as fini ta journée, tu te dis c'était pas très satisfaisant.

INTERVIEWER

Non mais ici il y a quand même un effort qui est fait pour lier énormément de domaines. Le somatique enfin là quand ils viennent au relais, je me dis que c'est quand même un point important.

LOUIS

Le somatique est revenu en force !

INTERVIEWER

Le temps de relève que vous prenez qui est déjà quand même peut être long sur vos postes, il est aussi entendu par les médecins somatiques. Il n'y a pas besoin de forcément de répéter.

LOUIS

Avec les somaticiens, il n'y a pas de souci.

INTERVIEWER

Oui, mais il faut prendre la personne dans sa globalité.

LOUIS

Exactement. Il s'occupe de l'aspect somatique, c'est très bien, mais moi ça c'est pas ça qui m'intéresse dans le service. Moi, je suis pas là pour travailler sur leur côté somatique. Nos patients ils ont des plaintes somatiques à longueur de temps. À longueur de temps, ils sont vus par des médecins.

Dans le passé les somaticiens passaient très peu, une fois par semaine et il fallait un truc important pour qu'il y ait des examens et tout, on travaillait sur leur somatisation, on travaillait sur leurs symptômes physiques qu'on reliait à des choses un peu psychiques. C'est bien qu'il y ait des somaticiens, ça évite de passer à côté de choses importantes.

INTERVIEWER

Chacun à son poste, chacun à sa mission... C'est un service ou il n'y a d'aide-soignant. Et est-ce que du coup, c'est quelque chose qui n'est pas facilitant ou est-ce que ça ne change rien ?

LOUIS

Ça ne change rien. Quand je suis arrivé. Il y en avait une ici. Au final, je ne sais pas trop quel serait le rôle d'aide-soignant ici, plus ou moins le même que le nôtre, les traitements en moins.

Ça n'empêcherait pas de faire des médiations thérapeutiques, ça n'empêcherait pas de faire des entretiens.

INTERVIEWER

Je reviens un peu sur les équipes. J'ai vu qu'il y avait des équipes donc jaune ou vert, rose, blanc, bleu.

LOUIS

Alors, les couleurs, elles sortent juste depuis la référence, on n'a jamais eu de couleurs avant

INTERVIEWER

Il y a des équipes en tout cas.

LOUIS

Oui, il y a des équipes.

INTERVIEWER

Comment se sont-elles construites ? est-ce par affinités ?

LOUIS

Non, non, pas du tout, c'est le hasard.

Ouais tu arrives, tu remplaces quelqu'un, tu te mets sur l'équipe. Et c'est des équipes de 4 infirmiers. En fait, ils font les week-ends ensemble.

INTERVIEWER

C'est pour les week-ends ?

00:57:15 Présentateur 3

C'est les week-ends et du coup ils ont un roulement et ils sont quand même généralement souvent ensemble ceux de la même équipe. Pas tout le temps. Alors déjà moi je change de poste mais globalement on tourne plus avec des gens de notre équipe, c'est le roulement, le planning qui est fait comme ça.

INTERVIEWER

Est-ce que c'est quelque chose qui pour toi est bien de travailler souvent avec les mêmes personnes ?

LOUIS

Non. ça a un côté bien, c'est qu'on se connaît. Le fait d'être toujours avec les mêmes le week-end a l'avantage que, en cas de souci, tu sais exactement comment les gens vont réagir, comment tes collègues se positionnent, ça roule tout seul parce qu'on se connaît bien. Par contre, c'est bien plus riche de voir plein de de façons d'aborder les choses.

INTERVIEWER

Mais la semaine ... ?

LOUIS

La semaine, ça arrive, mais on tourne quand même pas mal avec la même équipe.  
Je suis avec [prénoms de trois infirmiers et infirmières]

INTERVIEWER

Une majorité d'hommes ?

LOUIS

Oui, pour le plus grand plaisir de [prénom d'une infirmière]. Elle est contente. Ce n'est pas sarcastique. Après la nécessité ? semble-t-il que c'est pas mal.

INTERVIEWER

Et toi, t'en penses quoi ?

LOUIS

Moi, je pense qu'il y a des patients qui sont plus à l'aise avec les femmes, d'autres plus à l'aise avec les mecs donc pour eux, c'est un peu donner le choix.

INTERVIEWER

Est-ce que tu penses qu'il y a des incarnations peut-être plus, comment dire ? un peu psychique de l'homme et de la femme parce que des fois on va se représenter l'homme, par exemple, comme plus costaud, comme celui qui pose la règle qui? Parfois c'est la société qui va dire que l'homme il m'a envoyé, mais comme ça la femme elle est peut-être plus souple, plus du côté de la tendresse.

LOUIS

J'espère que c'est passé ça.

INTERVIEWER

Mais c'est une question de savoir si toi tu penses que les hommes représentent l'autorité ?

LOUIS

J'espère qu'en 2022, on ne pense plus trop ainsi.

Mais non, non, non. Les patients, par contre, vont faire des transferts sur des genres féminins qu'ils ont connu. Par exemple ils vont t'attribuer certaines caractéristiques...

INTERVIEWER

...C'est à dire des transferts... ?

LOUIS

Qui étaient présentes chez leur sœur, chez leur mère, et faire une espèce de petit transfert sur toi.

INTERVIEWER

Transfert affectif.

LOUIS

Oui, transfert affectif. Et donc effectivement, ça peut jouer. Mais après, il y a des femmes qui sont hyper cadrantes, hyper fermes. Il y a des mecs qui sont très très doux et plus dans le cocooning. La fermeté n'est plus attribuée qu'aux hommes et la douceur aux femmes quoi. En tout cas, pas dans mon esprit.

INTERVIEWER

En tout cas la mixité dans l'équipe, c'est un élément important.

LOUIS

Je pense que c'est important, oui, mais pas pour ces raisons là, mais plus pour les patients.

INTERVIEWER

Et pour le fonctionnement de l'équipe...

LOUIS

Il y a des patientes qui n'ont pas envie que ce soit des hommes qui viennent la changer où faire des soins intimes sur elle, donc à ce moment-là, il y a des femmes. Elles sont plus à l'aise et c'est mieux. Si on doit faire un sondage à quelqu'un, si on doit enfoncer un tuyau dans le méat d'une patiente, si c'était la petite [prénom d'une patiente], il vaudrait mieux que ce soient des femmes qui aillent la voir plutôt que des mecs. Donc on respecte vachement ça. S'il faut faire une toilette à [prénom d'un patient contenu] quand il est contenu, c'est principalement des hommes qui vont y aller.

L'intérêt de la mixité c'est plus pour ça de mon point de vue. Et puis pour qu'il y ait la possibilité pour les patients de faire des transferts sur des hommes ou sur des femmes.

INTERVIEWER

Comment tu définirais les dynamiques de l'équipe ? C'est peut-être un peu compliqué mais est-ce que tu arriverais à sortir des points importants ? L'équipe, en tout cas de mon point de vue, a l'air de, un semblant peut-être, mais j'ai l'impression qu'elle s'entend bien.... qu'il y a des bonnes relations...

LOUIS

Il y a une très bonne dynamique dans cette équipe. Ce serait quelque chose qui pourrait me faire rester, ce serait vraiment l'équipe parce qu'elle se soutient tout le temps, même quand il y a des tensions, elles ne durent pas. Il y a des désaccords et heureusement qu'il y en a, c'est bien, on se dit les choses et puis on passe à autre chose, et on fonctionne plutôt bien. Et on est assez complémentaires il me semble. Chacun a ses à ses trucs qui font qu'il y a une certaine richesse.

INTERVIEWER

Je trouve qu'il y a beaucoup de diplomatie dans la façon dont vous dites les choses, c'est à dire qu'il y a du respect et avec les patients, il y a énormément de respect aussi.

LOUIS

Avec les patients, c'est le minimum quand même !

INTERVIEWER

Oui, mais, même s'il y a un désaccord, il y a du respect, les patients aussi. Mais je trouve qu'en tout cas c'est dit et c'est dit. C'est hyper important et du coup quand tu parles de respect avec les patients, enfin bon ça me fait penser à ça mais il n'y a peut-être aucun lien, mais il y en a qui vouvoient et d'autres qui tutoient. Comment tu te places par rapport à ça?

LOUIS

Aucune règle. Tant que c'est réciproque.  
C'est à dire que si on tutoie le patient, il nous tutoie

INTERVIEWER

Pour toi, c'est la réciprocité qui va primer ?

LOUIS

C'est ça, c'est qu'en fait qu'on soit sur le même mode, je ne vais pas tutoyer un patient et lui demander de me vouvoyer. Oui ce n'est pas possible, je me prendrai pour qui pour faire ça ? Donc ça a toujours été là réciprocité, c'est tout.

INTERVIEWER

Et si un patient va te tutoyer, tu vas te mettre plus facilement le tutoyer aussi ?

LOUIS

Ça dépend, ça peut. Y a des patients qui me demandent tutoyer. Il y en a pour lesquels je préfère garder le vous, mais il me tutoie et je m'en fous complètement.

INTERVIEWER

Et pourquoi tu vas garder le vous? .

LOUIS

J'en sais rien.

INTERVIEWER

Tu n'arrives pas trop expliquer le pourquoi le tu, pourquoi le vous... C'est vrai que je les ai observés aussi un peu le tu, le vous. Et c'est vrai que ça dépend énormément. Par exemple, je vais noter à un moment un tel tutoyer tel patient, puis juste après il a la même interaction avec quelqu'un d'autre et là va vouvoyer et du coup, c'est vrai que je me demandais ce que c'est de la distance ? est ce que c'est pour créer du lien ? Est-ce que c'est pour l'alliance thérapeutique ? je me questionne...

LOUIS

Moi les patients jeunes je les tutoie très vite.  
Les jeunes, je les tutoie. Les patients plus anciens que j'ai tendance à les vouvoyer. Je ne sais pas toujours pourquoi, c'est plus instinctif. Mais pour moi, ça ne change rien du tout. Ça c'est des débats que j'ai entendu depuis 15 ans, sur le TU, le VOUS. Ce sont pour ma part des faux débats qui ne mènent à rien du tout . Nous on tutoyait les ados systématiquement, la question ne se posait pas on les tutoyait tous et ils nous tutoyaient en retour. Ça générerait des débats en formation là-dessus. C'était assez fatigant...

INTERVIEWER

Des débats au niveau des directives ?



LOUIS

Non. C'était des débats plutôt philosophiques. Ce sont des ados ; vous devez les amener à grandir. Pour les amener à grandir, il faut les vouvoyer et pas les tutoyer, ça les infantilise. C'est comme un prof qui tutoie ses élèves, qui se fait tutoyer, c'est pas un souci. En maison de retraite aussi, c'est très mal vu de tutoyer les personnes âgées alors que pourtant c'est efficace. Elles sont bien plus à l'aise, les personnes démentes, notamment quand elles sont tutoyées. Ceux qui ont fait des formations en géronto le savent, mais les autres...

INTERVIEWER

Mais toi, quand tu emploies le TU, tu ne penses pas, tu ne te dis pas que ça va mettre mieux à l'aise ?

LOUIS

Non parce que des fois le TU n'amènera pas forcément plus de choses que le VOUS.

INTERVIEWER

Je trouve que c'est bien d'avoir cette ambivalence aussi de se dire que le tu c'est pas forcément de la familiarité.

LOUIS

Non pas du tout. Il y a des patients qui me vouvoient en me manquant de respect totalement et d'autres qui me tutoient en étant hyper respectueux. Vous êtes une merde, je vais vous retrouver et vous défoncer la gueule, il m'a vouvoyé c'est cool mais pas du tout de respect, non. On peut se tutoyer en étant très pro, si on sait gérer la distance thérapeutique parce que TU pour certains patients, va un peu briser une petite distance, mais quand le positionnement est clair, tu es soignant, tu n'es pas un pote, tu peux tutoyer. Y'en a qui tutoient tout le monde sans distinction.

Y'en a qui vouvoient tout le monde sans distinction. Moi, ça dépend des patients et des fois ça dépend même des moments. Même [prénom d'un patient], je le vouvoyais alors qu'en fait, je ne sais même pas pourquoi.

INTERVIEWER

C'est la relation que t'avais lui....

LOUIS

[prénom d'un patient] je le vouvoie tout le temps. Et il me vouvoie aussi.

Et c'est drôle parce qu'ils s'adaptent eux aussi, ils tutoient certains infirmiers, en vouvoient d'autres, c'est amusant. Mais je pense, ça ne change rien.

INTERVIEWER

Dans ta pratique, est ce que tu fais attention à la communication verbale que tu vas avoir ou justement là comme le tu et le vous...

LOUIS

Après oui, je fais attention évidemment.

INTERVIEWER

Tu fais attention au choix des mots. Par exemple, j'avais entendu qu'une patiente ne voulait pas qu'on emploie tel terme. Voilà, il y en avait certains qui faisaient attention à ne pas les utiliser. Est-ce que c'est des choses où tu vas te questionner ? Qu'est-ce que tu vas dire ?

LOUIS

Je réfléchis pas trop quand j'ai un entretien avec eux parce que faut quand même que ...

INTERVIEWER

C'est spontané aussi. Mais je pense, c'est dans l'expérience peut être.

LOUIS

Mais oui, je pense qu'avec l'habitude, je fais attention comment je dis les choses en fait. Je reformule souvent, je ne prends pas beaucoup de risques sur les entretiens. Je m'appuie sur ce qu'ils me disent, je leur dis d'une autre façon pour les inviter à poursuivre. Je leur note ce que ce que j'observe chez eux, si je les sens agacés,

tendus, tristes. Mais après, je fais attention à ce que je dis. Je pense qu'on peut être un peu spontané aussi avec eux, c'est des adultes, ils peuvent entendre beaucoup de choses quand même.

INTERVIEWER

Au niveau de la communication non verbale, le sourire, la distance avec les patients est-ce que ce sont des choses auxquelles tu es attentif ?

LOUIS

Bien plus attentif qu'à ce qu'ils me disent. Parce que leur comportement est plus fiable et plus vrai que leurs mots, parce qu'ils peuvent mentir, il peut me dire qu'il va bien alors qu'il ne va pas bien. Par contre il montrer que tu es bien, alors tu n'es pas bien, c'est bien plus difficile déjà. Donc si le patient me dit qu'il va bien, mais qu'il fait une mine un peu triste ou qu'il a des petits haussements d'épaules quand il dit qu'il va bien, va bien plus m'interpeler. C'est pour ça que je ne prends pas de notes dans mes entretiens parce que je regarde vraiment, je regarde le patient, je regarde les expressions. Mais j'essaie de faire attention aux expressions, s'ils ont des petits moments de tristesse quand ils disent quelque chose...

INTERVIEWER

Et dans ton, exercice à toi, est-ce que tu vas faire attention au sourire et à te dire, si je souris, je vais être avenant ? Si je regarde l'autre, ça veut dire que je suis plus disponible. Te questionnes-tu aussi là-dessus ou est-ce plus inconscient ?

LOUIS

C'est inconscient. Oui, consciemment, je ne me dis pas : je vais lui sourire, comme ça, il va croire...

INTERVIEWER

C'est quelque chose que tu fais souvent : sourire, regarder fixement les patients ?

LOUIS

Je ne regarde pas trop fixement parce qu'ici ça peut être vite très mal perçu quand même de les regarder comme ça. Il va se dire qu'est-ce qu'il me veut celui-là ? Donc je ne regarde pas trop fixement, je regarde normalement. Et après, oui, j'essaie d'être souriant. Leur situation, elle est merdique, donc faut essayer quand même de leur apporter un peu de.... Y'a pas mal de patients qui disent que c'est agréable quand on est souriant et qu'on arrive à se marrer un peu avec eux. Parce qu'on se marre avec eux.

INTERVIEWER

Est ce que dans ta façon de faire tu vas être plus dans les choses comme ça : rigoler, être ouvert ?

LOUIS

Ça dépend de l'ambiance du service. S'il y a une excitation importante dans le service, je vais être plutôt dans la pare-excitation. C'est à dire que je vais essayer de ne pas rigoler avec eux pour ne pas créer de surenchère et qu'ils arrivent à un stade d'excitation qu'on n'arrive plus à gérer.

Ca arrive des fois, on se laisse avoir. Tu te marres avec eux et puis au final, la situation t'échappe. Les patients deviennent incontrôlables. Tu te retrouves à être dans la rétorsion ou à gueuler sur tout le monde et stopper les choses. Donc non, faut bien jauger quelle est l'ambiance du service. Avec certains patients, on peut se marrer dans certains contextes à certains moments, mais il faut faire attention que ça ne dérape pas. Parce qu'ils ne savent pas gérer, sinon ils ne seraient pas ici s'ils savaient gérer toutes les stimulations de la vie, donc on peut se marrer mais attention. Même les patients entre eux quand ils se marrent, on intervient, on n'intervient pas ? Une fois, ils se marraient. Ils avaient pris des fous rires et riaient entre eux. On a dit on va voir, on les a laissés rire. Et ça a dégénéré. C'était sûr, mais on s'est dit, on va vérifier puisqu'ils se marrent alors qu'ils ne se marrent jamais. Là, ils sont en train de se marrer mais en fait, c'était une hystérie collective qu'ils n'ont pas gérée. Ils commençaient à plus ou moins se chamailler et puis après c'est devenu du grand n'importe quoi, il a fallu qu'on les mette chacun un moment dans leur chambre pour qu'ils se détendent, pour que ça se calme. On aurait dû intervenir plus tôt.

INTERVIEWER

Intervenir et dire quoi?

LOUIS

Dire stop, stop. Vous vous séparez, vous allez ailleurs, vous arrêtez de rire comme 2 idiots. On n'aurait pas dit comme ça, mais tu vois l'idée. Stop. On reprend le contrôle, on arrête de...

INTERVIEWER

Recadrer quoi.

LOUIS

Désexciter la situation.

INTERVIEWER

C'est de la connaissance. Du public. De son métier.

LOUIS

On le voit quand ça va dégénérer. Mais des fois, on se plante. Des fois on pense, ça va dégénérer, ça ne dégénère pas, et des fois, ça part en vrille d'un coup, on n'a pas vu venir, on n'est pas des devins. Mais des fois, il y a des signes dont on a l'habitude, qu'on a déjà retrouvé plein de fois avant, qui sont le signe que ça va dégénérer. Et c'est ces signes qu'on doit repérer et on doit gérer dessus au plus vite. Je pense qu'on désamorce toute la journée des situations. C'est un peu fatigant, mais on le fait.

INTERVIEWER

Je n'ai pas fait beaucoup de service en psychiatrie, je n'ai qu'une seule vision et je pense que j'ai du mal peut être à comparer et à me dire là c'est vrai qu'ils ont des façons de faire hyper spécifiques. Il y a des caractéristiques spécifiques au public, je pense que je manque un peu de connaissances, de recul.

LOUIS

Oui, faudrait voir d'autres services. Je pense qu'ils sont bien moins patients dans d'autres services que ce qu'on est ici.

Parce que je pense qu'il y a pas beaucoup de services où ils accepteraient que les patients viennent et les menacent de mort comme ça, sans conséquence.

INTERVIEWER

J'ai noté que quand un patient vous insultait, parfois vous étiez un peu impassibles et du coup je me demandais comment vous faites justement pour gérer vos émotions ?

LOUIS

C'est la répétition qui est soulante parce qu'en soi qu'il m'insulte ça me passe un peu au-dessus.

INTERVIEWER

Oui, mais à longueur de temps...

LOUIS

En fait ce que j'arrive à comprendre, ce qu'il faut comprendre, c'est que l'insulte, elle n'est pas personnelle. Ce n'est pas adressé personnellement, mais on représente quelque chose. On est l'infirmier et le patient va projeter des choses sur nous. Il va balancer sur nous. Mais ce n'est pas personnel. Des fois, c'est personnel, c'est rare, mais ça arrive et là, là on voit la différence parce que là ça t'atteint direct, quand tu sens que c'est ciblé sur toi, ta personne et que le patient te dit mais toi j'ai repéré ton nom, je vais te retrouver, mais toi personnellement. C'est autre chose que le patient qui vient, qui dit toi t'es qu'une merde et je t'emmerde. Ce n'est pas moi. On essaie de voir quel est l'objet de sa colère.

C'est quoi qui est dur à ce point ? Il nous insulte. Décharge-toi, et maintenant que tu peux décharger, qu'est ce qui se passe ? Elle vient d'où cette colère ? parce qu'elle n'est pas dirigée contre moi, c'est sûr.

INTERVIEWER

Tu penses que la compréhension de sa colère, ça va te permettre de moins la prendre à cœur ?

LOUIS

Parce qu'au final, je ne suis pas visé. Donc si t'arrives à te mettre en tête que tu n'es pas visé personnellement. Ok. C'est vrai que les insultes à répétition, c'est fatiguant. Mais après, quand ça arrive, tu peux le prendre cool. Qu'est ce qui se passe ? Qu'est-ce qu'il y a, pourquoi ? Qu'est ce qui fait vous mettiez autant en colère ? Qu'est ce qui fait que vous soyez aussi virulent. Et souvent, ça pose le patient en plus.

INTERVIEWER

Oui, c'est aussi une des techniques comme tu dis.

LOUIS

Alors je crois qu'il n'y a pas un patient dans le service qui ne m'a pas insulté à un moment donné. Donc, heureusement que je ne lui en veux pas. Certains patients. Par contre certains répètent ça quotidiennement et là c'est autre chose. Mais quand ça arrive ponctuellement ce n'est pas un problème.

INTERVIEWER

Quand un patient va répéter ça, est-ce que ta façon de faire avec lui va changer ?

LOUIS

Elle va changer oui, parce que quand ça commence à me gaver, j'ai un peu plus de mal après.

INTERVIEWER

Qu'est-ce que tu fais justement ce moment-là ? Je pense à Monsieur [nom d'un patient] qui a insultait beaucoup au début...

LOUIS

Oui. Ça m'a perturbé. Il pouvait m'insulter tous les jours, ça ne me dérangeait pas parce que c'était dans son dans son délire. Pour lui, Il n'avait rien à faire ici, ce n'était pas sa place. Il délirait complètement, même s'il m'avait frappé, je ne lui en aurais même pas tenu rigueur. Quand ils arrivent à être violents, ça ne me touche pas pareil qu'un patient qui a conscience de ses actes, qui sait ce qu'il est en train de faire et qui t'agresse, qui tente de te faire peur et qui tente de t'intimider. C'est autre chose quand c'est fait volontairement, en toute conscience. Et quand au final, c'est la maladie, qu'il ne se rend pas compte.

Quand il y a une altération, la réalité, ce n'est pas pareil. Donc ça me dérange moins. Je me suis déjà fait fracasser par des schizophrènes qui déliraient. Je leur en ai pas tenu rigueur.

INTERVIEWER

Ensuite ça ne va pas te faire peur enfin ou te mettre un peu en recul de cette prise en charge ou de cet accompagnement ?

LOUIS

Non ce patient en question j'étais son référent, je le suis resté jusqu'au bout. Pourtant, il m'a fait mal. J'ai boité pendant un moment. Mais j'étais là.

INTERVIEWER

Et je finis bientôt.

Je me souviens qu'une fois, on avait eu un patient qui ne voulait pas prendre ses traitements. [prénom d'une patiente] lui avait dit, Voilà, on va vous mettre une injection. Il ne voulait vraiment pas et je me souviens que tu étais allé, avec [prénom d'une infirmière] tous les 2 dans sa chambre et qu'il s'était mis à pleurer et que tu m'avais dit que ça t'avait touché. Comment fais-tu pour gérer la juste distance entre le soignant que tu es et Louis l'être humain ?

LOUIS

C'est indissociable. Enfin, moi je ne me dissocie pas, je ne dissocie pas la personne du soignant.

INTERVIEWER

En tant que soignant, comment fais-tu pour gérer cette juste distance ? est-ce que tu te dis si je montre mes affects où mes émotions, c'est quelque chose qui va ébranler la relation ?

LOUIS

Non, non, ça ne me dérange pas. Si un patient me touche, je peux lui dire, ça ne me pose pas de souci. S'il me met en colère, je peux lui dire.

INTERVIEWER

Et s'il a vu que ça t'avait un peu touché ?

LOUIS

Et bien tant mieux. Ça lui montre qu'on a des émotions, qu'on n'est pas des robots qui arrivons et qui le piquons, parce que c'est difficile pour nous d'arriver dans une chambre de devoir piquer quelqu'un de force ; qui est en train de pleurer. C'est super dur de faire ça. On sait que c'est que c'est nécessaire parce que sinon il va rester dans son délire tout le temps et ça va être de pire en pire pour lui donc il faut le faire. Parce qu'on sait qu'une fois qu'on l'aura fait, ça ira mieux. Mais ce moment-là, est dur, il est super dur pour lui et quand même vachement dur pour nous. ça dépend qui, ça dépend comment. Ce n'est pas la première fois qu'il y a des situations comme ça qui me touchent et qui sont difficiles.

INTERVIEWER

Pour toi tout ce qui est traitement forcé....

LOUIS

Ca me dérange. En même temps on est dans des endroits où même chez les ados, c'est de la contrainte. On bosse avec des gens qui sont là sous contrainte.

Et bien, il n'y en pas un, que ce soit les ados ou les patients, qui sont ici de leur propre volonté qui disent aidez-moi, je ne vais pas très bien en ce moment, aidez-moi. Non ça tu le verras dans d'autres services et du coup, les relations sont différentes. Ici il y a peu de patients qui nous remercient en partant.

INTERVIEWER

J'étais étonnée, mardi quand j'étais ici, une patiente qui est venu, qui a sollicité l'infirmière et puis tu lui réponds, c'est vrai qu'il y a beaucoup de sollicitations, on se peut dire qu'au bout d'un moment vous en avez un peu marre. Mais là l'infirmière prend la demande et puis la patiente a dit merci, merci. L'infirmière elle a dit : non, mais c'est normal, je réponds juste à votre question. Juste ça, je trouvais ça hyper important. Enfin qu'il y ait cet échange. Même si pour la soignante c'est normal, le fait que la patiente remercie c'est hyper gratifiant quand même et ça montre que si ne vous faites pas ça pour rien et qu'au final il y a des félicitations, vous ne vous en rendez pas compte mais ça aide beaucoup je pense.

LOUIS

Oui, on ne se rend pas compte de l'impact de ce qu'on fait sur eux parce que des fois on n'a plus trop de nouvelles, donc on ne sait pas trop.

INTERVIEWER

Et dernière petite question alors, comme on parle de la juste distance, à quoi cette notion pour toi fait-elle référence ? On parle souvent qu'on est dans la juste distance, mais c'est quoi pour toi ?

LOUIS

Ah c'est vrai que c'est une vaste question.

Mais c'est juste de pas me laisser envahir par les émotions, notamment le transfert qu'ils vont faire sur nous. Si jamais il transfère que je suis son père maltraitant, il va tout faire pour m'agacer, il ne faut pas que je devienne ce père maltraitant qui va lui gueuler dessus. En même temps, parfois, je suis énervé contre des patients et il me faut un temps pour réfléchir et me dire : attends, pourquoi lui il t'énervé ? Il ne fait rien de pire que d'autres, mais lui il t'énervé. Pourquoi ? Donc j'essaie de comprendre ce qui se passe dans la relation. S'il veut qu'on soit pote et c'est de ne pas devenir son pote. Ça va être ça la juste distance. Ça va être si le patient me fait de la peine, je ne vais pas aller lui faire des câlins, lui dire mon pauvre, au point de perdre toute objectivité, de me battre contre les médecins, en leur disant vous êtes horribles, vous ne pouvez pas le piquer de force.

Non, c'est de garder quand même un peu d'objectivité, mais après ça n'empêche pas que la distance elle n'est pas toute pareille, il y a des patients avec qui je suis assez proche.

INTERVIEWER

Proche physiquement ?

LOUIS

Proche c'est psychiquement surtout. La proximité physique, c'est encore autre chose, ça dépend des patients. [prénom d'une patiente] je n'approche jamais physiquement, mais ça ne l'a pas empêché de me faire un câlin une fois que j'ai accueilli. Je n'ai pas dit non, je l'ai fait.

INTERVIEWER

Il y a des patients avec qui tu vas être beaucoup plus tactile ?

LOUIS

Ça dépend. Je ne prends pas les mains, je ne fais pas de massage. Mais peut-être mettre une main sur l'épaule... être un peu plus tactile. Mais ça n'empêche pas que la distance est très claire pour moi.

INTERVIEWER

Distance physique, distance psychique c'est différent.

Et pour finir, est ce que tu penses que les équipes ont un peu conscience que leur posture adoptée, le fait d'être calme, le fait d'être plus énervé, que ça a un impact sur les patients ?

LOUIS

Ah oui. En tant que professionnel de la psychiatrie, vraiment c'est que la posture qu'on adopte va forcément engendrer quelque chose chez le patient. Il y a des patients qui se mettent en colère, mais c'est souhaité. Moi, c'est pas trop mon truc, mais des fois je peux être en colère contre quelqu'un, mais on a d'autres collègues qui vont être plus fermes et qui vont s'énerver et des fois ça marche très bien, ça va arrêter le patient qui va dire OK, je suis allé trop loin, il faut que je me calme. Ça met des limites parce que des fois, toujours accueillir gentiment, avec beaucoup d'empathie, toute l'agressivité et tout, limite ça la légitime un peu au bout d'un moment pour certains donc je comprends que certains collègues des fois mettent un stop. Parfois, ça marche bien. Parfois, s'il le juge bien, y'a pas de souci.

INTERVIEWER

Toi tu es plus dans l'empathie, la bienveillance...

LOUIS

Je suis plus calme en général, mais eux, ils sont bienveillants aussi. Et emphatique, c'est juste jusqu'à ce moment, ils vont décider que la technique à adopter ça va être d'être ferme, cadrant, d'adopter on va dire une posture paternelle : stop, ça suffit-il y en a plein le cul que tu me parles comme de la merde. Stop. Stop. Soit tu te tais, soit je te renvoie immédiatement en chambre parce que ce n'est plus tenable. Là où quelqu'un d'autre, ou moi, aurait dit Vous êtes en colère, eux, ils ont dit stop. Et moi aussi, ça m'arrive parfois de couper court, de dire là, non, stop

INTERVIEWER

Vous avez plein de personnalités différentes et de façon de faire différentes. Je trouve ça hyper intéressant de t'interviewer parce que tu as un calme que limite j'admire parce que je me dis dans la vie perso c'est génial aussi quoi. Pro perso. Il faudrait être un peu plus calme.

Qu'est ce qui a fait que toi tu t'es construit comme ça et que tu arrives à ne pas être trop touché, ébranlé ?

LOUIS

Je ne sais pas ça. Ça fait partie de ma personnalité.

INTERVIEWER

T'as toujours été comme ça ?

LOUIS

Ouais, après je me rappelle les débuts chez les ados, la distance relationnelle, il m'a fallu un petit temps pour m'adapter. Au début, je me faisais bouffer par les patients qui m'en demandait toujours plus sur les patients. Maintenant j'ai compris que c'est pas comme ça que ça marche.

INTERVIEWER

La juste distance c'est aussi se préserver soi.

LOUIS

Oui, il faut préserver ta relation aussi avec le patient pour qu'elle ne soit pas mauvaise. C'est compliqué pour tout le monde, c'est compliqué dans l'équipe, il faut vite réajuster, mais le fait d'être une équipe normalement, on le dit aux collègues puisque on ne s'en rend pas compte soi. Aurore d'ailleurs pourrait dire des choses très intéressantes sur ce sujet-là.

INTERVIEWER

Je ne sais pas si ça sera évident avec Aurore, parce que je ne sais pas si elle est vraiment ouverte à ce que je l'interroge...

LOUIS

Elle est assez humble, elle te dira les choses qu'elle fait bien ou mal...

INTERVIEWER

Mais c'est vrai que sur les lignes de vie, il a plein de choses que j'aimerais qu'elle m'explique...

LOUIS

Elle a une vision d'infirmière plus jeune et plein de dynamisme mais je pense qu'elle peut être très intéressante. En plus on a des approches un peu différentes avec Aurore, oui c'est intéressant justement de l'interviewer.

INTERVIEWER

Mais avec plein de soignants, il y a plein d'approches différentes. Il y en a qui sont beaucoup plus discrets en tant qu'infirmier, d'autres qui prendront peut-être plus de place mais qui pour autant auprès des patients, ce n'est pas du tout ça. Enfin du coup, c'est vrai que y a plein de choses, c'est très intéressant le travail d'équipe, le travail auprès des patients. En tout cas merci d'avoir accepté cet entretien.

LOUIS

Je t'en prie.

INTERVIEWER

Mais s'il y a des choses qui te reviennent après l'entretien, n'hésite pas. Tu me dis parce que là peut être que je t'ai fait un peu cogiter sur les personnes qui t'ont marqué pendant tout ton parcours de la pratique à la théorie, la théorie à la pratique. S'il y a d'autres choses, n'hésite pas parce que c'est toujours intéressant.

ROPERS	PERRINE	20/09/2022
<p style="text-align: center;">Master 2 – Santé Publique Promotion de la Santé et Prévention</p>		
<p style="text-align: center;">La posture professionnelle infirmière dans le moindre recours à l'isolement et la contention en hospitalisation psychiatrique</p>		
<p style="text-align: center;"><b>Promotion 2021-2022</b></p>		
<p><b><u>Résumé :</u></b></p> <p>Accueillant des patients en crise, agités et parfois violents, le recours à la coercition en unité d'hospitalisation en psychiatrie a souvent été privilégié au détriment d'autres mesures plus respectueuses des droits et des libertés individuelles des patients. Le développement d'alternatives à l'utilisation de mesures de contrainte, telle que l'isolement et la contention est aujourd'hui encouragé. Cette étude repose sur l'hypothèse que ces pratiques de moindre recours s'appuient sur des savoir-être et des savoir-faire spécifiques à l'exercice infirmier en service d'hospitalisation psychiatrique. L'apprentissage des savoirs et la mise en application des postures infirmières entre singularité et collectif sont explorés. Des éléments spécifiques et favorables à la prévention et à la gestion des moments de tension psychique des patients sont mis en évidence.</p>		
<p><b><u>Mots clés :</u></b></p> <p>Infirmier, infirmière, psychiatrie, hospitalisation, trouble, trouble psychique, moindre recours, isolement, contention, apaisement, désamorçage, posture, savoir-être, savoir-faire, équipe, transfert, formation, expérience, respect des droits et des libertés individuelles.</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		