



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS

La posture infirmière et l'alliance thérapeutique en service de psychiatrie



[alliance.jpg \(569x371\) \(uotr.ca\)](#)

Formateur référent : Christine LE BIHAN

MOREAU Maëllis
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Date : 10 mai 2021



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes

2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

MEMOIRE D'INITIATION A LA RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS

La posture infirmière et l'alliance thérapeutique en service de psychiatrie



[alliance.jpg \(569x371\) \(uqtr.ca\)](#)

Formateur référent : Christine LE BIHAN

MOREAU Maëliiss
Formation infirmière
Promotion 2018-2021
Date : 10 mai 2021



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS**

ET DE LA COHÉSION SOCIALE

Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

Travaux de fin d'études :

La posture infirmière et l'alliance thérapeutique en service de psychiatrie

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

J'atteste sur l'honneur que la rédaction des travaux de fin d'études, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'Etat d'Infirmier est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel.

Et, si pour mon argumentation, je copie, j'emprunte un extrait, une partie ou la totalité de pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 10 mai 2021

Identité et signature de l'étudiant : Maëli Moreau

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1^{er} : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

Remerciements :

Je tenais à remercier tous les proches qui m'ont accompagné, soutenu et aidé tout au long de ma formation et de ce travail :

Ma famille, mes parents, mon frère, ma sœur, mon copain, mes amis, qui m'ont toujours encouragé. De plus, certains d'entre eux ont consacré du temps à la relecture de ce mémoire.

Mes amies que j'ai pu rencontrer à l'IFSI avec qui j'ai pu échanger et partager cette formation et à qui j'ai pu demander certains conseils pour ce travail.

Ma guidante de mémoire Christine Le Bihan, qui s'est impliquée pour m'accompagner tout au long de ce mémoire, en valorisant mon travail, et en me donnant des conseils.

Je tenais à remercier tout particulièrement les deux professionnels qui ont accepté de participer aux entretiens en consacrant de leur temps malgré une situation sanitaire compliquée.

Sommaire

1. Introduction	1
1.1 Intérêts et motivations	1
1.2 Situations d'appels	1
1.3 Questionnements	3
2. Cadre théorique	5
2.1 La psychiatrie	5
2.1.1 Infirmière en psychiatrie	5
2.1.2 Les pathologies	5
2.1.3 Agressivité et violence en psychiatrie	6
2.2 La posture infirmière en psychiatrie	7
2.2.1 De la construction d'une identité professionnelle à l'adoption d'une posture professionnelle	7
2.2.2 Les mécanismes de défense et le coping	8
2.2.3 La juste distance professionnelle	9
2.2.4 Le tutoiement ou le vouvoiement	10
2.2.5 L'expérience professionnelle	10
2.3 L'alliance thérapeutique un enjeu en psychiatrie	11
2.3.1 Définition	11
2.3.2 Un rapport entre le soignant, le patient et ses proches	12
2.3.3 Une cassure de l'alliance thérapeutique	12
2.3.4 Les attitudes relationnelles	13
3. Dispositif méthodologique du recueil de données	14
3.1 Les objectifs du guide d'entretien :	14
3.2 La population interviewée	14
3.3 L'organisation pour la réalisation des entretiens	14
3.4 Les points forts	14
3.5 Les limites	15
4. L'analyse descriptive des entretiens	16
5. La discussion et analyse interprétative	19
5.1 Agressivité, violence au cœur d'un service de psychiatrie	19
5.1.1 Deux forces opposées, deux symptômes à différencier	19

5.1.2	Différentes influences.....	19
5.2	En quête d'une posture professionnelle	20
5.2.1	L'expérience professionnelle	20
5.2.2	Les mécanismes de défenses utilisés.....	20
5.3	Pas trop proche, pas trop loin	21
5.3.1	La juste distance	21
5.3.2	Tutoiement vs vouvoiement.....	21
5.4	La relation soignant-soigné.....	22
5.4.1	Les clés de l'alliance thérapeutique	22
5.4.2	Rupture de cette alliance.....	22
6.	La conclusion.....	24
7.	Bibliographie.....	26
8.	Annexes	28

1. Introduction

Me voilà en troisième et dernière année de formation en soins infirmiers, la réalisation de ce mémoire vient clore ces trois années belles et intenses. Le thème de mon mémoire porte sur le secteur de la psychiatrie. Un univers complexe, où la relation avec le patient est différente que dans les autres services de soins. Cette relation est la clé pour un prendre soin de qualité. Suite à un stage de sept semaines en service d'admission psychiatrique lors de ma deuxième année de formation, ce secteur a été pour moi une véritable révélation. Ce stage m'a permis d'appréhender des situations difficiles, où l'expertise des soignants se montre indispensable à leur compréhension. Les professionnels rencontrés étaient passionnés par leur exercice dans ce secteur, ils ont su me transmettre leurs pratiques professionnelles ainsi qu'une véritable passion pour le domaine de la psychiatrie.

1.1 Intérêts et motivations

Ce que j'affectionne d'autant plus dans ce secteur, c'est le relationnel, ce qui a toujours été pour moi un intérêt majeur dans le prendre soin et dans la relation de confiance avec le patient, c'est d'ailleurs un de mes points forts lors de mes stages.

Je souhaite que ce travail de recherche, m'apprenne encore d'avantage sur le secteur de la psychiatrie et notamment sur la posture de l'infirmière dans celui-ci. Puisque à ce jour, mon projet professionnel est la psychiatrie. C'est donc pour cela que j'ai choisi un sujet en rapport avec mon exercice de demain.

Mon travail se base sur deux situations rencontrées lors de mon stage en psychiatrie en deuxième année, plus précisément, au semestre 3. Dans un service d'admission de psychiatrie adulte.

1.2 Situations d'appels

La **première** situation s'est déroulée lors de mon stage dans un service fermé de psychiatrie. Le patient, Mr L, 54 ans, vit chez sa mère et est atteint d'un retard mental. Il est hospitalisé à la demande d'un tiers. C'est un patient qui a vécu des traumatismes dans l'enfance (son papa est en

prison, il a été obligé d'aller le voir là-bas, son frère qui s'est suicidé lorsqu'il était jeune). Il est 16h, je suis dans le bureau des infirmiers à faire des transmissions écrites sur l'ordinateur de mes entretiens médicaux réalisés et il y a aussi le cadre de l'unité dans le bureau. Les deux infirmières sont parties voir la personne qui était en chambre d'isolement. Soudain, un patient frappe à la porte, je lui indique d'entrer. Le patient ouvre et me dit qu'il n'est pas bien, qu'il veut que l'on appelle la police, qu'il veut aller en prison. Je m'approche de lui, je lui demande s'il veut qu'on aille en discuter un petit peu dans le petit salon. Et à ce moment-là, il me dit « non appelez la police tout de suite », le cadre voit que le ton monte il pose les feuilles sur un des bureaux. Le patient commence à me prendre au niveau des bras et à me secouer, il me pousse sur une chaise, en criant d'appeler la police, le cadre intervient, il demande au patient de se calmer tout de suite il se met entre lui et moi, le patient lui dit « j'ai agressé quelqu'un appelez la police », je sors du bureau et je vais dans la pharmacie, je reprends mes esprits et je commence à vérifier les traitements du soir dans chaque pilulier, pendant ce temps le cadre a pris le patient dans son bureau pour parler de ce qui vient de se passer. Quelques instants après, les IDE sont prévenues par le cadre de la situation qui vient de se passer, une d'entre elles vient me voir dans la pharmacie pour savoir comment je me sens, je lui réponds que je suis surprise de la réaction du patient, elle me dit de ne pas hésiter à en parler si ça n'allait pas par la suite. Le cadre de l'unité est aussi venu me voir par la suite. En fin de journée, le patient vient s'excuser, il est calme, apaisé, il est conscient qu'il n'a pas à faire cela, mais qu'il n'était pas bien et qu'il ne s'est pas contrôlé. J'accepte ses excuses, mais j'ai quand même une crainte que cela se reproduise.

La **deuxième** situation s'est déroulée avec le même patient que dans la première situation Mr L, il était dans un mauvais jour, c'est-à-dire qu'il ne se sentait pas bien. Il pensait à son frère qui s'était suicidé. Quand Mr L était dans cet « état », il s'allongeait par terre dans le couloir, dans la salle de jeu. Mais il était aussi amené à avoir des gestes hétéros agressifs. Nous étions dans le bureau à faire des transmissions avec le cadre. Soudain, la porte s'ouvre, c'était Mr L, il a pris tout ce qu'il y avait devant lui sur le bureau et les a jetés par terre. L'infirmier s'est mis devant l'ordinateur pour qu'il ne soit pas jeté. Le patient, est resté là, debout, devant l'infirmier. L'infirmier lui a demandé s'il était calmé, s'il voulait aller prendre un bain chaud... Le patient refuse toutes propositions et répond « je veux te péter la gueule ». L'infirmier lui indique que ce n'est pas une bonne idée, le patient s'approche de l'infirmier et attrape sa blouse au niveau du cou, l'infirmier réagit, le repousse, commence à le prendre de la même manière, puis s'arrête. Le patient toujours dans le même état, commence à l'insulter et lui dire que c'est de sa faute que son père est en prison, que c'est un mauvais professionnel... L'infirmier sort de la pièce en disant au cadre qu'il sort, car il n'arrive plus à rester professionnel. Le cadre prend le patient avec lui dans son bureau, pour lui rappeler les règles

et lui rappeler que quand il n'est pas bien, il le sait et avant que ça dégénère il peut demander aux soignants un médicament ou une activité qui l'apaise. Par la suite, il s'est excusé auprès de l'infirmier, qui a accepté mais qui a aussi repris avec lui les règles.

1.3 Questionnements

Ces deux situations m'ont interpellé et m'ont beaucoup posé question. Dans la première situation, je me suis demandée :

- Qu'est ce qui a pu dans mon comportement, provoquer ou amplifier la violence du patient ? Des mots ? Ma posture ?
- Est-ce que le fait que je sois étudiante ça a favorisé son comportement agressif ?
- L'environnement peut-il influencer un comportement agressif ou violent de la part d'un patient ? Pourquoi ?
- Lorsque l'on est soignant avons-nous des moyens d'anticiper un comportement agressif ?
- Quelle attitude adopter pour rassurer le patient ? Verbal ? Non verbale ?

Dans ma deuxième situation des questionnements s'y sont ajoutés.

- Le soignant avait-il atteint la limite avec la distance professionnelle ?
- Est-ce que l'alliance thérapeutique peut être rompue après un épisode d'agressivité entre un soignant et un patient ?
- Est-ce qu'avec l'expérience l'infirmier aurait réagi différemment ?
- Qu'est-ce qui a pu influencer le mal-être du patient et donc son passage à l'acte ?

De part ces questionnements, j'ai cheminé vers une question qui regroupait les mots-clés, c'est-à-dire distance professionnelle, alliance thérapeutique, expérience, posture, agressivité et violence. Dans ma tête, j'avais pour objectif de comprendre les facteurs qui peuvent entrer en jeu dans l'impact de l'alliance thérapeutique en psychiatrie. C'est pourquoi, ma question de départ est la suivante : **En quoi la posture infirmière peut-elle influencer l'alliance thérapeutique d'un patient en psychiatrie ?**

Afin de répondre à cette question de départ, je vais faire des recherches sur les différents concepts de psychiatrie, de posture, d'alliance thérapeutique, que je vais insérer dans mon cadre théorique. Dans un deuxième temps, je réaliserai des entretiens semi directifs auprès de deux

professionnels. Puis je les analyserai en répondant à des objectifs posés. La partie suivante sera celle de la discussion, c'est-à-dire, mettre en lien les recherches effectuées sur les concepts dans le cadre conceptuel et les résultats de mon analyse des entretiens. Enfin, je conclurai mon travail d'initiation à la recherche.

2. Cadre théorique

2.1 La psychiatrie

2.1.1 Infirmière en psychiatrie

Le métier d'infirmier (ère) est ouvert à beaucoup de secteurs ce qui le rend très riche, notamment, celui d'infirmier (ère) en psychiatrie. Le dictionnaire Larousse, détermine la psychiatrie comme une « spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques. » Selon l'OMS « la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2017). Selon Thomas Bender « C'est entre 1880 et 1930 que les infirmiers en psychiatrie amorcent la conquête d'un statut professionnel » (Thomas Bender, 2012). L'infirmière en psychiatrie accomplit des actes spécifiques en plus de ceux mentionnés dans l'article R. 4311-5, qui sont rédigés dans l'article R4311-6. Tels que, les entretiens d'accueil du patient et de son entourage, mais aussi la surveillance des personnes en chambre d'isolement, etc... Par ailleurs, la majorité de ses actes seront d'ordre relationnel. En plus de ces différents soins l'infirmière en psychiatrie à un large choix de milieu d'exercice. Elle peut exercer dans une unité d'hospitalisation, dans un Centre Médico-Psychologique (CMP), mais aussi des hôpitaux de jour (HJ), mais bien d'autres encore.

2.1.2 Les pathologies

Selon La fédération pour la Recherche sur le Cerveau « Un trouble psychique, qui peut être également désigné sous les termes de trouble psychiatrique ou encore de trouble mental, désigne un ensemble d'affections et troubles d'origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d'un individu, des souffrances et des troubles du comportement. » (Fédération pour la Recherche sur le cerveau, s.d). Ces troubles touchent toutes la population qu'importe le sexe ou l'âge. L'étendue des pathologies mentales est très large et celles-ci sont plus ou moins graves. Il existe plusieurs formes de maladies mentales :

- Selon Delphine Waquier sur le site Passeport Santé (2017) « L'origine de la névrose est souvent relatives à un traumatisme plus ou moins récent ayant impacté l'état psychologique de la personne. » On parle de névrose lorsque le patient a conscience de ses troubles et a une perception exacte de la réalité. Les pathologies névrotiques sont les

troubles de la personnalité, les états dépressifs. Ces pathologies peuvent s'accompagner de TOC, de phase maniaque, de phase mélancolique...

- Selon Marine Corniou et Laure Deflandre (2015) sur le site Passeport Santé « La psychose est une maladie mentale grave qui provoque des troubles sévères tels que des pertes de contact avec la réalité, des bouffées délirantes ou des idées irrationnelles ». La schizophrénie fait partie de cette catégorie, les premières crises aiguës apparaissent dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte. La schizophrénie peut se manifester par des symptômes positifs, c'est-à-dire ce qu'il va y avoir en plus d'un fonctionnement psychique normal (délires, hallucinations), des symptômes négatifs (repli sur soi, pauvreté du discours...), des troubles cognitifs qui vont être le plus handicapant dans cette pathologie (concentration, mémoire, défaut d'insight), et ce qui caractérise la schizophrénie est la désorganisation (intellectuelle, affective, gestuelle).
 - Il existe aussi les troubles de l'humeur et les troubles bipolaires qui vont se caractériser de crises aiguës.

Puis, ces différentes pathologies vont être traitées par des thérapeutiques qui ont de nombreux effets secondaires, notamment, les anxiolytiques (sommolence, dépendance...), les neuroleptiques : le syndrome malin des neuroleptiques est l'effet secondaire le plus redouté se manifestant par une hyperthermie élevée, sueur, pâleur et bien d'autres. Enfin, les patients qui souffrent de troubles psychiques, peuvent avoir un comportement violent ou agressif envers les soignants

2.1.3 Agressivité et violence en psychiatrie

Selon la Haute Autorité de Santé « dans un service de psychiatrie, trois incidents violents se produiraient chaque semaine » (Haute Autorité de Santé [HAS], novembre 2016). Nombreux sont ceux qui ne font pas la différence entre ces deux notions pourtant une différence est à prendre en compte. Selon le site Formassad, l'agressivité « vise un désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre » mais elle sera aussi une « réaction à la frustration. » Comme l'explique l'article, une accumulation de différents facteurs (frustration, angoisse) donnerait place à « une force, à une énergie qui peut s'extérioriser à tout moment » (Formassad, 2016). Selon Pierre Benghozi (2010) l'agressivité « c'est une forme d'appel, une tentative de surmonter les impasses à la parole en conflictualisant la relation, de dire ce qui ne peut pas dire autrement et espérer être entendu. »

(p.42). Selon l'OMS la violence « est l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès. » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], s.d)

En psychiatrie, selon un dossier de presse publié par l'HAS plusieurs facteurs peuvent influencer un comportement violent ou agressif : « l'état de santé du patient et l'évolution de sa maladie » ; « le contexte de son hospitalisation : l'institution, l'environnement physique, le fonctionnement du service... » ; « les interactions individuelles avec les autres patients et les professionnels de santé. » (Haute Autorité de Santé [HAS], novembre 2016). Toujours dans ce même article, il mentionne qu'il est important de rappeler que la violence ou l'agressivité n'est pas systématique chez un patient atteint de troubles mentaux. Dans un service de psychiatrie, la prévention de ces deux concepts est continue par les professionnels de santé, notamment, par les infirmiers, avec beaucoup de communication (des entretiens, des activités...). La violence et l'agressivité en psychiatrie interfèrent encore plus avec la posture soignante.

2.2 La posture infirmière en psychiatrie

2.2.1 De la construction d'une identité professionnelle à l'adoption d'une posture professionnelle

Tout d'abord, chacun d'entre nous a une identité personnelle, c'est-à-dire, l'ensemble des caractéristiques qui nous distinguent les uns des autres : la profession, les amis, les goûts... En effet, la profession en est une composante. Pour Magali Buteau, cadre de santé (2008) : « La construction de l'identité professionnelle est le sentiment d'appartenir à un groupe de professionnels » (Construction Identitaire Psy, p.2). Pour compléter sa définition, Félix Gentili (2005) cite qu'« elle constitue une socialisation secondaire » (p.17) qui va être acquise lors de la formation et lors de l'exercice professionnel. Si l'on précise cette définition pour la profession infirmière, selon Pascal Schindelholz (2006) « la possession du diplôme d'État infirmier (DEI) suffit à la définir comme professionnelles » (p.58). Dans ce même article, il mentionne les différentes composantes de cette identité infirmière, notamment, « le cadre légal professionnel » (p.57) qui va structurer notre activité professionnelle. C'est la combinaison de la formation, des expériences de stage et professionnelles plus tard qui vont faire évoluer le positionnement professionnel. Nous pouvons dire que l'identité infirmière s'acquiert au fil du temps et évolue. En effet, les études apportent des connaissances théoriques et pratiques mais aussi des valeurs communes au métier. Magali Buteau nous indique que

« Divers témoignages mettent en évidence que l'identité professionnelle d'infirmier de secteur psychiatrique est spécifique, elle se construit grâce à l'association d'une identité professionnelle de base et d'une confrontation du sujet au milieu du travail où des situations d'échanges, de partage d'expérience entre pairs sont des facteurs déterminants. » (p.3, 2008). La posture professionnelle « se définit comme la manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orientée par nos intentions qui exercent une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification. Le positionnement physique et symbolique a une influence sur la posture professionnelle que l'on peut situer en proximité des facteurs personnels, sur l'axe qui relie les facteurs personnels et comportementaux » (Geneviève Lameul, s.d citée par Eric Furtos, 2014 p.4). Donc, l'identité professionnelle va permettre la construction de la posture professionnelle dans le secteur d'exercice c'est-à-dire, la façon de se comporter, d'être, de penser, de travailler, d'agir ou de réagir...

2.2.2 Les mécanismes de défense et le coping

Tout d'abord, il est important de faire la différence entre ces deux concepts. Dans un ouvrage, Henri Chabrol et Stacey Callahan (2013), expliquent que : « Les mécanismes de défense sont inconscients et involontaires. Les processus de coping sont conscients et volontaires, intentionnels. (p.15) Certaines études remettent en question cette différence. Puisqu'on peut être conscient d'un processus survenant involontairement et de même le processus de coping peut se déclencher alors que les sujets sont conscients des raisons. Selon Morgan Pitte « les mécanismes de défense mis en place par les soignants sont un processus inconscient, utilisé par le moi pour faire face à l'angoisse. » (espacesoignant.com, 2019) En effet, il semblerait que les mécanismes de défense soient utilisés de façon involontaire par les soignants dans des situations où ils sont touchés personnellement et donc ces mécanismes permettraient de contrôler leurs émotions ou du moins de les protéger. Selon Alain Toledano, (2018), nous pouvons citer différents mécanismes de défense comme :

- La banalisation « le soignant se focalise sur une seule partie du sujet en souffrance ; ce qui ressemble à traiter la maladie avant de traiter le malade. » (Institut Rafaël, novembre 2018)
- L'évitement « Le soignant voit le patient comme un objet de soins, nie sa présence physique et psychique, le patient est réduit à l'état de dossier. » (Institut Rafaël, novembre 2018)

Le coping peut être défini comme un « ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources » (Lazarus et Folkman, 1988 cités par Gaëlle Richard, 2017) Selon Sandra Nicchi et Christine Le Scanff (2005) « il y a différentes stratégies de faire face » tels que : « Les stratégies centrées sur le problème impliquent des efforts pour gérer ou diminuer le problème qui est la cause du stress. On peut distinguer les actions préventives, qui consistent à anticiper l'action et donc à réduire la menace », mais aussi « Les stratégies centrées sur l'émotion impliquent la régulation de la réponse émotionnelle causée par un agent de stress. Ces stratégies sont utiles dans les situations où il n'est pas possible d'éliminer le problème. » Et également « les stratégies d'évitement, qui impliquent des efforts pour se dégager, physiquement et psychologiquement, de la situation stressante. » (p.97) En effet le coping d'évitement va être une réponse passive face à une situation apparue comme stressante, notamment avec des patients souffrant de troubles du comportement qui peuvent être perçus comme dangereux par un soignant. Le soignant va mettre en place des mécanismes de défense ou le coping va se mettre en place, mais sa posture avec le patient doit rester à juste distance, pas trop proche, pas trop loin.

2.2.3 La juste distance professionnelle

Cette notion de « juste » distance est un concept qui est difficile à définir de par son côté abstrait. C'est pourtant indispensable à prendre en compte dans la prise en charge d'un patient en psychiatrie puisque le relationnel est au cœur des soins. En effet la juste distance, c'est une attitude que l'on adopte face à un patient afin d'éviter : la froideur, l'indifférence mais aussi l'amitié et l'intrusion. Il convient donc de trouver un juste milieu pour ne pas perdre en crédibilité ni d'engager sa vie personnelle mais il ne faut pas non plus voir le patient comme un simple dossier. Selon Pascal Prayez (2005) la juste distance « est une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact. L'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre. » (Julie ou l'aventure de la juste distance, p.220). Lors d'un soin ou d'un entretien deux corps vivants sont en contact et donc chacun perçoit, des sensations, ressent des émotions. Selon Serge Duperret c'est « une position instable, inconfortable, sans cesse à réévaluer ». (Plus digne la vie, s.d) En effet, il faut en tant que soignant ne pas être trop distant avec le patient pour ne pas briser la relation soignant soigné, par ailleurs, il est

nécessaire dans certaines situations de se protéger. Ainsi, l'expérience professionnelle va permettre au soignant d'apprendre sur lui-même et sur ses limites professionnelles.

2.2.4 Le tutoiement ou le vouvoiement

Selon Pascal Prayez (2005) le tutoiement est « habituellement réservé aux relations proches (familiales, amicales) ou entre pairs (personne de même âge, collègues de travail...) » et le vouvoiement « marque un éloignement relationnel plus important des interlocuteurs » (Julie ou l'aventure de la juste distance, p.116). Dans les services de psychiatrie, il est courant de voir des soignants tutoyer des patients et inversement. Selon Pascal Prayez (2005) « si le tutoiement est le mode de dialogue adopté, on doit être capable d'expliquer pourquoi à un interlocuteur qui s'en étonnerait » (p.117). Pour certains soignants le tutoiement paraît indispensable dans des situations où le patient ne va pas se reconnaître avec le vous, mais va penser à lui et les autres auteurs. Dans le tutoiement le patient, peut parfois prendre ça comme du « copinage » avec le soignant et donc les barrières ne seront plus les mêmes. Cela peut dépendre aussi de l'âge du patient, avec les enfants le tutoiement peut être préférable. Selon Pascal Prayez (2005) « ce qui compte, c'est que ce choix favorise votre positionnement professionnel » (p.113). Chacun des soignants connaît ses limites pour garder la juste distance avec le patient. Dans le secteur de la psychiatrie le vouvoiement peut être une façon de garder la fermeté du cadre de soin. Il peut aussi aider à se positionner en tant que jeune professionnel(le), afin d'acquérir des automatismes qui constitueront l'expérience professionnelle.

2.2.5 L'expérience professionnelle

Selon l'internaute, l'expérience professionnelle c'est un « ensemble de connaissances acquises par une personne lors de l'exercice de sa (ou ses) profession (s) ». En effet un(e) infirmier(ère) qui travaille en psychiatrie depuis plusieurs années a acquis des compétences spécifiques à ce milieu. De par, notamment, des situations où ils ont pu se poser des questions. Et c'est avec un échange et une analyse de ses expériences que les jeunes professionnels pourront améliorer leurs pratiques professionnelles et ainsi leur posture professionnelle. Il est de même lorsqu'un tuteur encadre un étudiant, il va apporter des axes d'améliorations afin que l'étudiant réfléchisse et analyse, pour améliorer sa pratique. Par contre, comme le soulignent Benoît Grasser et José Rose (2000) « l'expérience n'est pas acquise spontanément et toute situation ne fait pas spontanément expérience ». (p.7). C'est-à-dire qu'il y a des situations qui peuvent être vues comme

traumatique et qui ne seront pas porteuses et ne seront pas le fruit de l'expérience professionnelle car elles ne voudront plus être vécues par l'individu. De plus, l'expérience professionnelle va permettre aux soignants, de s'approprier leur propre posture professionnelle. Selon le même article de Benoît Grasser et José Rose (2000) c'est un long processus qui va s'acquérir au fil des activités professionnelles pratiquées par le soignant et celles-ci peuvent permettre au soignant d'appréhender des situations déjà vécues de manière différente de part cette expérience. (p.10) Enfin, Benoît Grasser et José Rose (2000) expriment que « L'expérience est donc l'expression d'un processus et non une qualité intrinsèque et définitivement acquise ou absente ». (p.11) L'expérience professionnelle vécue dans un service n'est pas complètement transférable lorsque l'on change de service, certaines compétences vont servir pas d'autres, tandis que, l'alliance thérapeutique est utilisable dans tous les services.

2.3 L'alliance thérapeutique un enjeu en psychiatrie

2.3.1 Définition

Pour la psychologue, Aurore Bévalot l'alliance thérapeutique « est cette relation que thérapeute /soignant et patient construisent ensemble dans le cadre de leur travail thérapeutique. » (aurorebevalot.com, 2020). En effet la définition traduit aussi d'une véritable relation de confiance, un partenariat entre ces deux individus. Selon Antoine Bioy et Maximilien Bachelart (2010) « L'alliance thérapeutique peut se définir comme la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés. » (p.317). Sébastien Dupont (2020) cite que selon Bordin l'alliance thérapeutique peut être caractérisée par 3 grandes dimensions qui sont les suivantes : « les objectifs », c'est-à-dire les visées thérapeutiques qui sont renouvelées régulièrement par le patient et le soignant, une discussion et un accord partagé ; ensuite, « les engagements de chacun » c'est-à-dire les respects de règles fixés auxquels chacun d'entre eux c'est engagé à respecter ; et la dernière dimension est celle de « la qualité du lien », c'est-à-dire la qualité de cette relation et « la confiance, la sécurité, l'attachement » (p. 63). Pour finir, l'alliance thérapeutique a pour but majeur que le patient soit en partie acteur de sa prise en charge, bien évidemment avec l'accompagnement du soignant.

2.3.2 Un rapport entre le soignant, le patient et ses proches

En effet comme le montrent les définitions, c'est une collaboration entre le patient et le soignant ou thérapeute. Selon Sébastien Dupont (2020), « Toute alliance thérapeutique devrait induire une relation d'échange fondée sur les facultés de savoir donner et de savoir recevoir. » (p.63) L'alliance thérapeutique repose sur l'échange. Le soignant va recevoir ce que lui dit le patient, et va lui apporter quelque chose en retour, et dans ce cercle chacun va tenir compte de ce que lui apporte l'autre. Selon Sébastien Dupont (2020) « cette circulation permet un rééquilibrage permanent et dynamique de la balance entre donner et recevoir » (p.64). L'alliance thérapeutique est une sorte de contrat, qui implique deux parties, la première étant le patient et la seconde, les soignants et se construit toujours avec le consentement libre et éclairé du patient. Selon Sébastien Dupont (2020), pour que l'alliance thérapeutique fonctionne, il faut aussi savoir se mettre dans la position du patient c'est-à-dire que pour le patient nous avons une « position haute » dans cette relation mais il faut aussi pouvoir apprivoiser la position du patient « une position basse » qui se traduit par une demande d'aide. (p.64) Selon un cours donné à des étudiants infirmiers, 4 aspects sont fondamentaux dans l'alliance thérapeutique pour que cette collaboration fonctionne, tels que : la confiance, le consentement libre et éclairé du patient, l'influence « le désir du soignant va influencer sa façon de donner l'information », la négociation, elle va permettre dans une certaine mesure d'éviter des craintes, des préjugés, des malentendus. (2013) Dans le secteur de la psychiatrie, intégrer la famille dans l'alliance thérapeutique est intéressant, puisque c'est elle qui va pouvoir nous donner des informations complémentaires sur le patient. Par exemple les symptômes, comment arrive une crise... Selon Robin Fiault, psychologue (2016) « L'alliance thérapeutique doit être recherchée entre la famille et le thérapeute » (p.18), car elle va permettre à la famille de trouver un rôle dans le soin avec son proche. Pour finir, si les valeurs établies entre le soignant et le patient ne sont pas respectées, l'alliance thérapeutique entre ces deux acteurs peut être brisée.

2.3.3 Une cassure de l'alliance thérapeutique

Selon Pierre Baillargeon et Daniel Puskas (2013), « un bris de l'alliance thérapeutique n'a pas que des effets négatifs » (p.5). En effet, selon ce même article, il semblerait que lorsqu'une thérapie est faite de rupture elle soit plus efficace mais si et seulement si, cette cassure est suivie d'une restauration de l'alliance. Lorsqu'une alliance est brisée, on peut le voir par différents comportements ou verbalisations du patient tel que : selon Pierre Baillargeon et Daniel Puskas (2013) « l'expression directe d'un sentiment négatif », « la complaisance », « les manœuvres

d'évitement » ... (p.5). Selon Sébastien Dupont (2020) il existe un « cycle diabolique qui sépare : à la place de donner, on néglige ; à la place de recevoir, on refuse ; à la place de rendre, on garde et à la place de demander, on prend » (p.65). Selon le même article, cette cassure de l'alliance est faite majoritairement de façon « involontaire » par le soignant, « la lassitude » d'une prise en soin qui n'avance pas peut en être l'origine par exemple. En revanche, le patient a le droit de refuser des soins en pleine connaissance de cause, ce refus est souvent perçu comme un échec de la part des soignants, or cela doit amener aux questionnements (manques d'informations...).

2.3.4 Les attitudes relationnelles

L'alliance thérapeutique demande de la part du soignant une écoute active et un langage adapté. Selon Valérie Macrez (2004) « En adoptant l'écoute active, vous donnerez la possibilité à votre correspondant d'approfondir sa pensée et d'exprimer pleinement ce qu'il ressent tant au niveau de ses besoins que de ses émotions. » (p.22) L'objectif de cette écoute, va être par la suite de reformuler les propos du patient, afin de ne pas interpréter ni juger mais de s'assurer la compréhension de ce qu'il nous a dit. Selon Morgan PITTE, cadre de santé (2019) « La reformulation est une technique qui consiste à redire avec d'autres termes ce qui vient d'être dit. » (Espace soignant.com). Il existe plusieurs types de reformulations. Selon un document utilisé dans l'UE 4.2 S5 – Soins relationnels, il existe aussi ce qu'on appelle les attitudes négatives selon Elias Hull Porter, notamment, l'interprétation c'est-à-dire donner le sens selon ce que nous pensons. Le jugement, c'est-à-dire la critique des propos du patient aussi bien positive que négative. Il y a aussi des attitudes relationnelles positives, la compréhension par exemple qui est « ne pas juger à travers ses propres références, j'exprime ce que j'ai perçu des sentiments et des idées de l'autre ». (Document non publié [Support de cours] le 14/01/2021, p.1 à 6) Selon Jocelyne Maas, Nadine Medous et Manon Queralt (2018) « Ajustons notre langage au regard des connaissances du patient et de sa culture » (p.32), le patient est dans un environnement qui peut apparaître comme stressant, il convient donc d'adapter nos termes médicaux à sa compréhension. Si la communication verbale en est une partie, la communication non verbale a aussi une grande place. Selon Isaure Dechenaud et Mathilde Delefosse (2018) « La communication non verbale fait appel au corps dans sa globalité, que ce soit par zones corporelles localisées comme le regard et les mimiques faciales, ou par l'intégralité du corps avec les postures, les gestes adoptés, ou encore par le tonus musculaire. » (p.22) Cette communication est riche et transmet nos émotions face à des situations choquantes, horribles, joyeuses, émouvantes...

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Afin de mettre en lien ces données bibliographiques avec les avis des professionnels de terrain, il s'agit de réaliser un entretien auprès de deux d'entre eux. J'ai décidé de réaliser des entretiens semi-directifs, car celui-ci reste cadré, sans trop l'être non plus. Ce sont des questions relativement ouvertes préparées en amont dans mon guide d'entretien, afin de répondre à des objectifs ciblés.

3.1 Les objectifs du guide d'entretien :

Ces entretiens permettront de répondre à plusieurs objectifs, dans un premier temps de différencier l'agressivité de la violence ; dans un second temps de faire le lien entre la posture professionnelle et l'expérience professionnelle ; ensuite d'identifier les mécanismes de défenses utilisés par les soignants ; puis de définir la juste distance ; enfin les différentes clés de l'alliance thérapeutique en psychiatrie.

3.2 La population interviewée

Pour ces entretiens, du fait de mes recherches, je trouvais ça intéressant d'interviewer un(e) infirmier(ère) ayant une expérience assez longue en psychiatrie c'est-à-dire supérieure à 5 ans et un(e) infirmier(ère) ayant moins d'expérience maximum 2 ans. Grâce au contact d'un formateur j'ai pu avoir un entretien avec une infirmière diplômée depuis 2014, et ça fait 7 ans qu'elle travaille dans un service d'admission de psychiatrie. En parallèle, j'ai eu un entretien avec un infirmier diplômé de 2019, et ça fait 1 an et demi qu'il travaille dans un service d'admission en psychiatrie.

3.3 L'organisation pour la réalisation des entretiens

J'ai d'abord contacté l'infirmière qui a plus d'expérience, nous avons convenus d'un rendez-vous dans l'unité, dans le bureau de la cadre, afin de réaliser l'entretien après sa journée de travail. Pour l'infirmier qui est plus jeune diplômé, nous avons aussi convenu d'un rendez-vous pour l'entretien dans l'unité, dans un bureau, après sa matinée de travail. J'ai pu enregistrer les entretiens grâce à leur accord et avec la fonction enregistrement de mon téléphone.

3.4 Les points forts

J'ai apprécié l'engagement et l'investissement des deux professionnels que j'ai pu interviewer, car ils ont pris le temps de répondre de façon constructive à mes questions sur leur temps personnel. J'ai pu remarquer qu'ils avaient envie de me transmettre leurs connaissances et

leur expérience de terrain. J'ai apprécié qu'ils me proposent de les recontacter pour toutes questions éventuelles, qu'ils m'aideraient avec plaisir. Un autre point positif, c'est que j'ai pu les rencontrer en présentiel et donc j'ai trouvé ça plus facile. Leur gentillesse et leur empathie m'ont permis de me sentir à l'aise et en confiance, je les remercie vivement d'avoir participé à mon mémoire.

3.5 Les limites

Les limites sont le fait que des fois je n'ai pas osé les faire aller plus loin dans leurs explications. Mais aussi le fait que dans certaines de leurs réponses ils parlent de certains concepts dont j'avais choisi de ne pas parler et du coup je trouve ça un peu frustrant. De plus pour la réalisation de mon second entretien nous étions dans un bureau du service et du coup nous avons été interrompus à plusieurs moments par des patients.

4. L'analyse descriptive des entretiens

Pour effectuer l'analyse descriptive des entretiens, j'ai décidé de faire une analyse transversale afin de pouvoir mettre en relation les différents points de vue des deux professionnels et de plus avoir une analyse complète pour chaque objectif. Afin de respecter l'anonymat de ces deux personnes j'ai décidé de changer leur prénom, afin de faciliter la lecture sans trop de répétition. Pour l'infirmier ça sera Paul, et pour l'infirmière Pauline.

Le premier objectif était de différencier l'agressivité de la violence. Pour ces deux notions, les deux professionnels les définissent de manière différente. L'infirmière définit l'agressivité comme « voulu » par le patient, tandis que la violence c'est « lorsqu'un patient est délirant et qu'il n'est pas lui-même », elle finit par dire que la différence entre ces deux concepts est « l'intention ». L'infirmier sans doute de par sa plus faible expérience n'arrive pas bien à dissocier les deux notions, puisqu'il les définit de manière similaire. Paul voit l'agressivité comme « un comportement de l'instant », pour la violence « un passage à l'acte sur quelqu'un ». En revanche, les deux professionnels s'accordent sur ce qui peut influencer l'agressivité ou la violence : les patients délirants qui ne sont pas dans la réalité avec lesquels nous pouvons avoir des incompréhensions pouvant aboutir à de l'agressivité ou de la violence, notamment « les hallucinations ». Pauline ajoute une autre composante pouvant influencer ces deux notions qui est « le caractère » et pour elle, celui-ci influencerait plus l'agressivité et « la pathologie » influencerait plus la violence. Elle souligne aussi que la cohabitation peut créer des conflits mais aussi « la prise de toxiques », et « l'angoisse ». De plus, elle ajoute qu'il semblerait que les patients qui sont hospitalisés plus longtemps « sont plus agressifs ou s'énervent le plus rapidement ». Paul parle aussi « de frustration », de « contrariété » qu'il identifie plus avec des manifestations violentes. Enfin, il parle aussi « de restriction de liberté », c'est-à-dire, pour les secteurs fermés, ne pas sortir comme ils le souhaitent, privation de téléphone...

Deuxièmement, l'objectif était de savoir s'il existait un lien entre l'expérience professionnelle et la posture professionnelle. En effet les deux professionnels s'accordent à dire que l'expérience professionnelle a un impact sur la posture professionnelle adoptée. Pauline affirme que « L'expérience permet d'adapter sa posture, on apprend en travaillant [...] tant qu'on ne le vit pas en fait on ne peut pas savoir comment on va réagir. ». Paul, plus jeune diplômé nous donne son ressenti face à son début d'expérience « je sens déjà que je suis plus à l'aise ». Pour eux l'avantage de l'expérience professionnelle sur la posture adoptée est « l'anticipation », c'est-à-dire que face à des situations déjà vécues ou « par rapport à la connaissance de nos patients et de leurs pathologies », ils

ont plus de facilité à adopter une posture professionnelle adaptée (la communication...). Paul me parle d'une situation où ils sont appelés en renfort et affirme que « des mecs qui ont de l'expérience gèrent ça bien ». Il affirme aussi que l'expérience joue un rôle sur la façon de s'exprimer face aux patients, la communication. Pour Pauline, le fait d'être une équipe qui se connaît avec qui « on est à l'aise » ça jouerait sur le fait d'être plus en confiance dans certaines situations.

En ce qui concerne l'objectif de mettre en évidence les mécanismes de défenses utilisés par les soignants. L'infirmière n'a pas donné de terme exact mais définit des comportements utilisés par les soignants tels que : « ne pas répondre, faire comme si on n'entendait pas » ; « l'humour » ; « l'autorité ». Elle utilise l'humour, mais pas avec tous les patients car elle connaît ceux qui sont réceptifs ou pas, c'est aussi ça pour elle adapter sa posture professionnelle. Pour l'autorité, elle me confie que ça marche principalement sur « les petits jeunes ». Paul lui a donné un mécanisme de défense qui pour lui est beaucoup utilisé « l'évitement », notamment dans des prises en soins où l'on n'est pas forcément à l'aise. Il ajoute que le fait de montrer que l'on est sûre de soi, dans des situations complexes où l'on ne sait pas où cela va mener, ne pas montrer sa peur a énormément d'importance. Pour Pauline, ces mécanismes seraient beaucoup utilisés lors de « situation de violence, d'agressivité ». Pour eux deux ces situations sont fréquemment vécues lorsque le patient et le soignant sont proches en âge. De plus, pour Pauline ça va être aussi utilisé pour que les patients répondent aux demandes faites par les soignants (notamment pour l'autorité). Et pour elle « ça dépend de chaque soignant » ; « de chaque personnalité ».

Un des objectifs était de définir la juste distance. Pour Paul et Pauline c'est une question difficile du fait de la complexité de ce concept. Pauline définit cette notion comme le fait de « réussir à créer une alliance, un lien de confiance mais sans être trop à l'aise, sans rentrer vraiment dans l'intimité du patient [...] c'est peut-être aussi avec l'expérience ». Paul lui pense que la juste distance est « patient dépendant ». Il justifie sa réponse du fait d'avoir vécu une situation avec un patient du même âge, avec les mêmes centres d'intérêts, où il n'a pas réussi à garder cette distance et il a été amené à être touché personnellement par la situation du patient. L'infirmière ajoute que l'on a la chance de travailler en équipe et qu'il est possible qu'il y ait des patients avec qui ça sera « plus difficile » et que l'on peut passer « le relais aux collègues ». Concernant le tutoiement et le vouvoiement, les deux professionnels les utilisent de façon différente. L'infirmière utilise le tutoiement seulement avec « les patients qui sont plus déficients. », les autres patients sont d'un part souvent plus âgé qu'elle et donc estime que le vouvoiement est plus adapté. Mais elle dit bien que c'est en fonction de chaque soignant et des limites de chacun. Paul, tutoie les patients qu'il connaît « qui sont là depuis un petit bout de temps », en revanche il vouvoie les entrées afin de mettre « une première distance », car il a déjà été mis en porte à faux dans certaines prises en

charge où cette distance n'existait plus comme citée précédemment. Il s'est servi de cette expérience pour faire évoluer sa posture professionnelle.

Enfin, le dernier objectif était de connaître les facteurs importants dans l'alliance thérapeutique entre un patient et un soignant. Sur ce sujet les deux professionnels se complètent. Pour Pauline « le premier contact » est essentiel et tout ce qui est entendu derrière ça, c'est-à-dire, la présentation de chacun (le patient et le soignant), mais aussi la présentation de l'unité. Paul appuie sa réponse avec le mot « confiance » et sur l'authenticité. Il affirme qu'il voit la différence entre une relation où l'on ment au patient et une relation où le patient est au courant de tout sur ce qui se passe dans son projet de soins et les thérapeutiques. En effet les deux professionnels ont conscience qu'il y a parfois une rupture de cette alliance thérapeutique, ils donnent les raisons et les manifestations de cette rupture. L'infirmière affirme que des patients disent clairement qu'ils n'ont « plus confiance en nous ». Paul complète cette réponse, en disant que les patients les « évitent ». Après, Pauline est lucide sur le fait que si ça ne marche plus avec elle « ça marchera avec quelqu'un d'autre ».

5. La discussion et analyse interprétative

Dans cette partie de mon mémoire, je vais mettre en relation les propos des différents auteurs sur les notions de mon cadre théorique avec celui des professionnels interrogés. Cela va me permettre d'approfondir mon travail en y apportant mon analyse. Je vais aborder dans un premier temps les notions d'agressivité et de violence, ensuite je vais aborder ce qui peut caractériser la posture professionnelle : l'expérience et les mécanismes de défenses, puis le concept de juste distance, et enfin la notion d'alliance thérapeutique.

5.1 Agressivité, violence au cœur d'un service de psychiatrie

5.1.1 Deux forces opposées, deux symptômes à différencier

Tout d'abord, je vais aborder les notions d'agressivité et de violence. J'ai décidé de parler de ces deux notions car leur différence me paraissait importante à souligner mais compliquée à percevoir. Il était pour moi difficile de les différencier, comme on peut le voir dans mes situations d'appels où j'emploie les deux termes pour parler d'une même situation. Mes lectures ont pu m'éclairer car en effet la différence entre ces deux notions est l'intention. L'agressivité a pour intention de montrer sa puissance, de mettre le « je » en avant. Comme le soulignent les deux professionnels interrogés, la volonté du patient lors de l'agressivité est présente, c'est un « comportement ». La violence est comme le souligne l'OMS « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], s.d). L'infirmière associe à la violence, des patients présentant un délire et qui ne sont plus eux-mêmes. En effet, les professionnels complètent les définitions des auteurs de façon plus simple avec des exemples de pathologie.

5.1.2 Différents facteurs prépondérants

Les auteurs ne font pas la différence entre ces deux notions lorsqu'ils abordent ce qui peut les influencer. En effet, selon l'HAS, il y a différents facteurs qui peuvent entraîner des comportements agressifs ou violents : le patient et l'évolution de sa pathologie, le dérouler de l'hospitalisation, la vie en communauté, et les relations avec les soignants (Haute Autorité de Santé [HAS], novembre 2016). L'infirmière parle de cette cohabitation entre les patients qui est parfois

compliquée mais aussi lorsque des patients sont « persécutés » par leur délire ou comme le précise l’infirmier lorsqu’ils ne sont pas dans la même réalité et qu’ils ont hallucinations. Elle précise certains facteurs décrits par l’HAS quand elle évoque : « la prise de toxique », « l’angoisse » qui fait partie intégrante du déroulé de l’hospitalisation. L’infirmier y ajoute encore d’autres facteurs tels que « la frustration », « la contrariété » mais aussi « la restriction de liberté ». Pour moi ce qui peut influencer la violence et l’agressivité est d’une manière générale la pathologie. Ensuite comme j’ai pu le voir lors de mon stage avec deux jeunes patients autistes, il est parfois compliqué de vivre en communauté avec des patients qui ont des pathologies différentes.

5.2 En quête d’une posture professionnelle

5.2.1 L’expérience professionnelle

Pour moi l’expérience professionnelle va permettre d’adapter sa posture professionnelle à des situations, pour lesquelles les soignants souhaitent remettre en question leur pratique afin de mieux réagir la fois prochaine. J’ai déjà l’impression d’avoir des expériences professionnelles ou plutôt des expériences de stage qui me permette d’adapter ma posture devant certaines situations. En effet selon les auteurs, tels que Benoît Grasser et José Rose (2000) l’expérience professionnelle va être construite au fil de l’exercice d’infirmier (ère) (p.10). Selon les deux professionnels, celle-ci permet d’adapter sa posture professionnelle. Tous les deux parlent notamment « d’anticipation », c’est-à-dire comme le disent les auteurs d’anticiper des réactions de certains patients que l’on a déjà vécu et donc les appréhender d’une autre manière. Il semblerait donc que l’expérience professionnelle soit un atout pour acquérir une posture professionnelle adaptée dans un service de psychiatrie.

5.2.2 Les mécanismes de défenses utilisés

Il me semble important d’avoir conscience qu’on utilise ces mécanismes dans notre pratique soignante. En effet, selon Morgan Pitte (2019), ces mécanismes sont utilisés par les soignants de façon inconsciente, lors de situation apparue comme stressante. Alain Toledano cite deux types de mécanisme de défense : « la banalisation » c’est-à-dire qu’il va associer la situation à la pathologie et ne pas forcément prendre en compte la souffrance du patient ; « l’évitement » qui va être le fait de nier la présence du patient (2018). Les deux professionnels citent ce dernier. Mais ils en ajoutent

d'autres : « l'humour » ; « l'autorité » ; mais aussi le fait de rester « sur de soi », comme dit l'infirmier, ne pas montrer que la situation apparaît comme stressante. En effet, lors d'une situation anxiogène, je pense que c'est normal de mettre en place des mécanismes qui vont nous permettre d'éviter ou bien de diminuer ce stress et de réussir à sortir de cette situation ou de la résoudre. En revanche, Paul souligne l'importance de rester « stoïque ». En ce qui me concerne je pense que cela me serait difficile de ne pas montrer que je suis stressée. Mais là encore que c'est une question de personnalité mais aussi d'expérience professionnelle.

5.3 Pas trop proche, pas trop loin

5.3.1 La juste distance

Cette notion de juste distance, a été compliquée à définir par les professionnels. Il la définit de manière différente tous les deux. Pour Pauline c'est le fait de réussir à installer une relation de confiance mais sans rentrer dans « l'intimité du patient », pour Paul c'est en fonction de chaque patient. Ce sont deux définitions différentes que celle donnée par les auteurs même s'il y a une certaine convergence des propos. Selon Pascal Prayez (2005) explique que la juste distance « est une qualité de présence favorisant la rencontre et le contact, l'affect n'est pas absent mais reste contenu, sans débordement de la part du professionnel, qui n'oublie pas la différence des places et le cadre de la rencontre » (p.220) Serge Duperret ajoute que c'est « une position instable, inconfortable, sans cesse à réévaluer ». (Plus digne la vie, s.d) La juste distance est pour moi l'une des choses les plus compliquées dans ce métier, mais qui me paraît pour autant indispensable. Bien sûr, lors de mes stages des situations où il a été difficile de garder cette juste distance m'ont déstabilisé mais j'ai réussi à préserver ma posture de soignante afin de me protéger. Ce qui est également important est de ne pas faire de différence entre les patients même si le lien de confiance est plus présent avec certains d'entre eux pouvant entraîner un rapprochement inadapté.

5.3.2 Tutoiement vs vouvoiement

En effet, la juste distance peut être influencée ou pas, du fait d'utiliser le tutoiement ou le vouvoiement. Je trouve aussi que c'est « patient-dépendant et soignant-dépendant ». Je serai aussi d'avis je pense de tutoyer les patients qui ont des défiances puisque le vous n'est pas toujours bien compris. Et vouvoyer les autres patients, pour ma part c'est question de respect, de « mœurs ». Après, comme le disent les professionnels et les auteurs, chacun connaît ses limites et donc agit en

fonction. Les professionnels interrogés l'utilisent de manière différente. Pour le tutoiement l'un l'utilise avec ceux qui sont là depuis un moment, l'autre pour les plus déficients. Pour le vouvoiement, l'un pour les entrées, l'autre pour tous les autres patients, notamment de par la différence d'âge. Je suis en accord avec Pauline, qui vouvoie les patients parce qu'ils sont plus âgés qu'elle, pour moi si je tutoyais des patients plus âgés j'aurais l'impression de les infantiliser. Les auteurs eux sont neutres, il n'y a pas de pour ou contre mais selon Pascal Prayez (2005) que lorsque l'on utilise l'un d'entre eux, notre choix est justifié et que celui-ci favorise notre positionnement professionnel. (p.113)

5.4 La relation soignant-soigné

5.4.1 Les clés de l'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est pour moi la clé de la prise en charge d'un patient, c'est-à-dire que si celle-ci fonctionne, le reste en découlera. En revanche il y a certaines choses à respecter comme le précisent les auteurs et les professionnels qui sont en accord sur ces valeurs. Dans un cours présenté à des étudiants infirmiers, on parle de « confiance » comme en parle aussi l'un des professionnels, aussi de « consentement libre et éclairé du patient ». Dans ce power point, il parle aussi de « l'influence » ça va être du côté du professionnel et l'envie qu'il met dans cette alliance thérapeutique. (Power point du 09/2013) Les professionnels ajoutent des éléments tels que : « le premier contact » ; l'un d'eux parle aussi de l'authenticité avec le patient, sur le principe de ne rien lui cacher sur les éventuelles évolutions des restrictions par exemple. En effet, il me semble indispensable de parler de valeurs telles que la confiance et d'investissement dans cette relation thérapeutique avec le soignant.

5.4.2 Rupture de cette alliance

Une rupture de cette alliance peut toutefois arriver, et ce n'est pas parce qu'elle est brisée qu'elle est irréparable. En effet, comme le disent les auteurs Pierre Baillargeon et Daniel Puksas (2013) il semblerait que lorsqu'une thérapie est faite de rupture elle soit plus efficace mais si et seulement si, cette cassure est suivie d'une restauration de l'alliance. (p.5) En effet, une des professionnels affirme qu'il y a des patients avec qui l'alliance thérapeutique marche et avec d'autres ça va être plus compliqué, Pauline fait référence à l'avantage d'une grande équipe et parle aussi de

référence soignante qui est utilisée dans son service. Quant à la manifestation de cette rupture, les auteurs et les professionnels s'accordent sur certains points tels que : Pierre Baillargeon et Daniel Puksas (2013) « l'expression directe d'un sentiment négatif » (p.5) abordé par Pierre Baillargeon et Daniel Puksas (2013) et le fait que le patient leurs disent directement qu'ils n'ont pas confiance en eux ou n'ont plus confiance en eux comme le dit Pauline l'infirmière interrogée. Mais aussi en accord avec Paul l'infirmier interrogé, ces deux auteurs parlent de « manœuvres d'évitement » (p.5), de mise à distance par rapport au soignant. Sébastien Dupont (2020) parle d'une notion que n'ont pas abordée les professionnels, le fait que cette rupture peut aussi être liée à « une lassitude » de la part du soignant ; mais aussi que c'est majoritairement de façon « involontaire » de la part du soignant cette cassure. (p.65) Je pense que cette rupture est faite de façon involontaire de la part du soignant, mais je pense que dans certaines situations le soignant est lassé de la prise en charge qui n'avance pas, peut-être parce que le patient n'est pas coopérant à sa prise en charge.

Cependant, dans pas question de départ, je parle de posture professionnelle. Mais lors de mes recherches sur la distance professionnelle, d'autres questionnements sont apparus notamment sur la tenue professionnelle. C'est pourquoi ma question de recherche est la suivante : **Dans quelles mesures la tenue professionnelle peut-elle influencer la distance professionnelle dans l'accompagnement d'un patient en psychiatrie ?**

6. La conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche a commencé avec de nombreux questionnements suite à mes situations d'appels. Ces questionnements avaient amené à ma question de départ : En quoi la posture infirmier(ère) peut-elle avoir un impact sur l'alliance thérapeutique d'un patient en psychiatrie ?

Suite à cette question, j'ai fait de nombreuses recherches qui m'ont permis de construire mon cadre théorique à partir de plusieurs notions : psychiatrie, posture infirmière, alliance thérapeutique. Ensuite, mon guide d'entretien comportait des questions balayant les concepts principaux de mon mémoire. Avec lequel j'ai pu réaliser mes deux entretiens qui avaient pour but d'apporter une expérience de terrain. Je les ai ensuite analysées de manière transversale, avec les points convergents et divergents. Puis, mon MIRSI se poursuit avec la discussion, la partie où j'ai fait le lien entre la théorie, le terrain (les propos des professionnels) et mon avis sur le sujet. De plus, cette discussion a permis d'ouvrir le sujet vers une question de recherche :

Aujourd'hui grâce à ce travail de recherche j'ai pu avoir les réponses à la plupart de ces questionnements de départ. En effet, la psychiatrie est un secteur dans lequel le relationnel est une part importante du soin. En revanche, les pathologies psychiatriques sont assez complexes et le comportement du patient varie beaucoup.

Ce que j'ai pu apprendre grâce à mes recherches et mes entretiens c'est que chaque soignant a une vision différente de la juste distance en fonction de ses limites mais aussi de son expérience professionnelle. Et l'expérience professionnelle va vraiment caractériser la posture soignante. De plus, j'ai pu prendre conscience que l'on utilisait des mécanismes de défenses de façon involontaire. Mais que l'utilisation de ceux-ci permettrait de se protéger, en effet, après réflexion j'ai déjà utilisé un de ces mécanismes durant mes stages. Il est important en tant que soignant, de se protéger de situation perçue comme difficile afin de préserver la relation soignant- soigné avec le patient. Notamment, la juste distance, mais aussi l'alliance thérapeutique. J'ai aussi pu apprendre grâce à ce MIRSI que le bris d'une alliance thérapeutique n'est pas forcément une mauvaise chose. L'alliance thérapeutique n'est pas systématique avec un patient il faut accepter le fait que ça le soit avec un autre collègue.

Durant ce travail de recherche, j'ai pu rencontrer certaines difficultés notamment pour trouver les différents points essentiels à aborder dans mes notions, mais aussi à les sélectionner. Il a également été compliqué pour moi de rédiger ce mémoire car je n'ai pas vraiment l'habitude

d'écrire. Par ailleurs, ce travail d'initiation à la recherche m'a beaucoup apporté sur les différents notions, tels que : la posture professionnelle et l'influence qu'elle peut avoir sur le patient avec différents facteurs. J'ai aussi beaucoup aimé les échanges avec les deux professionnels du terrain avec qui j'ai pu prendre le temps de bien comprendre comment ça se passe réellement sur le terrain par rapport à ce que disent les auteurs. Je suis fière du travail que j'ai réalisé car il fut long mais enrichissant.

7. Bibliographie

- Ouvrage

Gentili, F (2005). *La rééducation contre l'école, tout contre : L'identité professionnelle des rééducateurs en question*, Érès. Repéré à [La rééducation contre l'école, tout contre - Félix Gentili | Cairn.info](#)

Chabrol, H & Callahan, S (2013), *Mécanisme de défense et coping*, Dunod. Repéré à [Mécanismes de défense et coping - Stacey Callahan, Henri Chabrol | Cairn.info](#)

Prayez, P (2006) *Julie ou l'aventure de la juste distance : une soignante en formation*, Rueil Malmaison : Lamarre.

- Site web

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>

Thomas Bender (2012) <https://www.infirmiers.com/votre-carriere/votre-carriere/historique-de-la-profession-des-infirmiers-en-psychiatrie.html>

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/2020-11-19/>

[Différencier agressivité et violence - Blog Formassad](#)

[OMS | Santé mentale \(who.int\)](#) (2017)

[OMS | Violence \(who.int\)](#)

<https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/?cn-reloaded=1>

[Haute Autorité de Santé - Episodes de violence des patients hospitalisés en psychiatrie : comment les éviter ? comment mieux les gérer ? \(has-sante.fr\)](#)

Magali Buteau (2008) [Microsoft Word - ConstructionIdentitairePsy.doc \(cadredesante.com\)](#)

Eric Frutos (2014) [Postures, positionnement et compétences chez les travailleurs sociaux \(canalblog.com\)](#)

Morgan Pitte (2019) [Les mécanismes de défense des soignants - Cours soignants \(espacesoignant.com\)](#)

Toledano,A (2018) <https://institut-rafael.fr/recherche-innovation/les-mecanismes-de-defense-des-soignants/#:~:text=%20Les%20m%C3%A9canismes%20de%20d%C3%A9fense%20des%20soignants%20,la%20confrontation%2C%20il%20n%E2%80%99assume%20pas%20sa...%20More%20>

[C-RICHARD-GAELLE-ppt-coping.pdf \(sf3pa-congres.com\)](#)

Serge Duperret [La bonne distance du soignant « Plus digne la vie](#)

[Expérience professionnelle : Définition simple et facile du dictionnaire \(linternaute.fr\)](#)

Aurore Bévalot (2020) <https://www.aurorebevalot.com/alliance-therapeutique/>

Morgan Pitte [La reformulation - Cours soignants \(espacesoignant.com\)](#)

[chrysalides1215.files.wordpress.com \(power point 09/2013\)](#)

[Névrose - Définition, causes, symptômes et traitements \(passeportsante.net\)](#)

[Psychose - Définition et causes de cette maladie mentale \(passeportsante.net\)](#)

- Article

Benghozi, P (2010). La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe n° 55*, p.41-54 Repéré à [La violence n'est pas l'agressivité : une perspective psychanalytique des liens | Cairn.info](#)

Schindelholz, P (2006). L'identité infirmière existe-t-elle ?, *Soins cadre n°57*, p.58-60

Nicchi, S & Le Scanff, C (2005) Les stratégies de faire face, *Bulletin de psychologue n° 475*, p. 97-100. Repéré à [Les stratégies de faire face | Cairn.info](#)

Grasser, B & Rose, J (2000) L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation, *Formation emploi n°71*, p7-11. Repéré à [L'expérience professionnelle, son acquisition et ses liens à la formation - Persée \(persee.fr\)](#)

Bioy, A & Bachelart, M (2010) L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, *Perspectives psy (volume 49) n°4*, p.317-326. Repéré à [L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques | Cairn.info](#)

Dupont, S (2020) L'alliance thérapeutique : un équilibre entre donner et recevoir, *Le journal des psychologues n° 380*, p.63-67

Fiault, R (2016) L'alliance thérapeutique familiale, *Soins psychiatrie (volume 37) n°304*, p.18-19

Baillargeon, P & Puskas, D (2013) L'alliance thérapeutique : conception, pratique, *Défi jeunesse (vol.XIX) n° 3*, p.4-9. Repéré à [defi 06 13 \(unipsed.net\)](#)

Macrez, V (2004), L'écoute active, *L'aide soignante vol 2004 (n°0054)*, p.22-23. Repéré à [L'écoute active - EM Premium \(em-premium.com\)](#)

Maas, J., Medous, N & Queralt M (2018). Mieux communiquer en adoptant une attitude relationnelle positive, *Revue de l'infirmière (n°240)*, p.31-32

Dechenaud, I & Delafosse, M (2018). Danse et communication non verbale, *Soins Aides-Soignantes volume 15 (n°81)*, p.22-23 Danse et communication non verbale - EM Premium (em-premium.com)

8. Annexes

- I- Guide d'entretien**
- II- Retranscription des entretiens**
 - 2.1 Entretien avec Pauline*
 - 2.2 Entretien avec Paul*
- III- Tableau d'analyse des entretiens**

I. Guide d'entretien

Dans le cadre de mon travail de mémoire je dois retranscrire cet entretien, est-ce que vous m'autorisez à l'enregistrer ?

Pouvez-vous vous présenter de manière succincte c'est à dire votre année de diplôme et vos expériences professionnelles principales ?

Objectif : Différencier l'agressivité de la violence

- Quelle différence faites-vous entre agressivité et violence ?
- Quels facteurs peuvent influencer la violence ou l'agressivité ?

Objectif : Identifier le lien entre la posture professionnelle et l'expérience professionnelle

- L'expérience professionnelle est-elle un atout pour acquérir une posture adaptée en psychiatrie ?
 - En quoi ?
 - Dans des situations particulières ?

Objectif : Identifier les mécanismes de défenses utilisés par les soignants

- Quels mécanismes de défense retrouve-t-on chez les soignants en psychiatrie ?
 - Dans quelles situations ?

Objectif : Comprendre la notion de juste distance

- Comment définiriez-vous la juste distance ?
 - L'utilisation du tutoiement ou vouvoiement a-t-elle un impact sur cette juste distance ?

Objectif : Identifier les clés de l'alliance thérapeutique en psychiatrie.

- Sur quoi repose l'alliance thérapeutique entre un patient et un soignant ? Comment l'obtenir ? Quelles sont les manifestations d'une rupture de l'alliance thérapeutique ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

II. Retranscription des entretiens

2.1 Entretien avec Pauline

Avant de commencer l'entretien j'ai demandé à l'IDE l'autorisation de l'enregistrer en lui précisant que l'anonymat sera respecté. Elle a accepté.

Etudiante : Du coup je suis Maëliiss, je suis en 3ème année en école d'infirmière au CHU Rennes, ma question de départ pour mon mémoire c'est : en quoi la posture infirmière peut-elle influencer l'alliance thérapeutique d'un patient en psychiatrie ? Du coup pendant l'entretien vous posez différentes questions et le but va être de confronter vos réponses avec les recherches que j'ai pu faire sur le sujet.

Du coup je vais vous demander de vous présenter succinctement, alors votre année de diplôme et vos expériences professionnelles principales.

IDE : Et bah moi j'ai été donc euh diplômé en Belgique, j'ai fait mes études à Bruxelles, j'ai été diplômé en 2013-2014 et suite à ça j'ai bossé alors pendant mes études j'ai bossé en maison de retraite beaucoup

Etudiante : Okay

IDE : Une fois diplômé j'ai bossé en maison de retraite très peu de temps et après j'ai bossé directement en psychiatrie, du coup ça va faire 7 ans que je suis ici à Guillaume Régnier, j'ai fait quasiment que de l'admission, j'ai fait un an de chronique mais sur les 7 ans j'ai fait quasiment que de l'admission

Etudiante : adulte principalement ?

IDE : Ouais adulte avec des détachements, la par exemple le mardi je suis détachée en hôpital de jour, j'ai fait un an d'équithérapie 1 journée par semaine, voilà.

Etudiante : Okay, ça marche euh du coup je vais enchaîner avec les questions, la première question ça va être quelle différence faites-vous entre l'agressivité et la violence ?

IDE : Alors l'agressivité ça va être plus voulu par le patient que la violence, la violence ça peut être, ça peut être lorsqu'un patient est délirant et qu'il n'est pas lui-même.

Donc je pense que ouais, la différence ça sera vraiment l'intention

Etudiante : ouais okay

IDE : et le caractère aussi du patient, ça peut être la pathologie mais quand c'est le caractère c'est plus agressif souvent que la pathologie

Etudiante : D'accord, et du coup, la deuxième question va être en lien avec la première, quels sont les facteurs dans les services qui peuvent influencer en fait cette agressivité ou cette violence ?

IDE : Alors, souvent c'est euh entre eux quant euh ils se prennent la tête pour euh des petits trucs des fois, entre la cohabitation, il va y avoir plus de l'agressivité entre eux, quand on accueille des patients très délirants qui n'accepte pas du tout le soin et qu'ils ne comprennent pas pourquoi et qui sont persécutés parce qu'il pense qu'on leur fait du mal ou qu'on leur veut du mal

Etudiante : Mmmm

IDE : ça peut être ça, ça peut être aussi les prises de toxiques malheureusement qu'on a

Etudiante : Okay

IDE : il y a plusieurs choses, l'angoisse aussi, l'angoisse des patients peut les amener à être assez agité et violent.

Etudiante : la vie en communauté ne doit pas toujours être facile ?

IDE : après normalement en admission c'est des petites hospitalisations, fin des petites, de quelques semaines, mais on a quand même des patients qui sont là depuis des mois et voilà.

Etudiante : j'avais pu voir pendant un de mes stages que oui en admission il y a des patients qui restent parfois plusieurs mois.

IDE : Voilà, et c'est d'ailleurs ces patients-là qui sont plus agressifs où qui s'énerve plus rapidement.

Etudiante : oui, et du coup en quoi l'expérience professionnelle est-elle un atout pour acquérir une posture professionnelle adaptée en psychiatrie ?

IDE : Euh bah je pense que l'expérience permet d'adapter sa posture, on apprend en travaillant parce que c'est bien d'avoir de la théorie etcetera mais tant qu'on ne le fait pas on ne peut pas savoir, tant qu'on ne le vit pas en fait on ne peut pas savoir euh comment on va réagir face à une situation et une situation d'urgence en psy c'est plus dur.

Etudiante : et du coup est-ce qu'il y a des situations particulières où on voit que l'expérience professionnelle est importante ?

IDE : je pense qu'on réagit euh on est moins étonné en tout cas et du coup ça nous permet d'anticiper, ouais l'anticipation, d'anticiper plus vite une réaction et par rapport à la connaissance de nos patients.

Etudiante : au niveau de la communication aussi ?

IDE : oui voilà, et puis on est plus à l'aise forcément avec des patients qu'on connaît, une équipe qu'on connaît, des médecins qu'on connaît, plus on connaît, plus on est à l'aise je pense, dans ce qu'on fait.

Etudiante : Et du coup, quels mécanismes de défenses on peut retrouver chez les soignants ?

IDE : euh y'en a plusieurs hein, je pense qu'il y en a beaucoup qui réagisse, alors y'à ne pas répondre, faire comme si on n'entendait pas ou comme si ça nous concernait pas, y'a l'humour, y'en a beaucoup qui utilisent l'humour aussi, on essaye de faire de l'humour, après je connais ceux qui sont réceptifs ou pas, c'est aussi ça adapter sa posture professionnelle.

Etudiante : Mmmm

IDE: euh et puis y'en a euh bah qui, l'autorité des fois ça marche sur certain aussi, pas tous mais bah nos petits jeunes chroniques des fois il faut, il faut leur montrer que voilà et je pense que ça dépend vraiment de chacun, de chaque personnalité, moi je sais que je fais beaucoup d'humour mais alors après je pense l'âge aussi parce que quand on est jeune, les plus jeunes vont avoir tendance à venir

plus vers nous donc forcément c'est plus facile pour eux ils sont plus à l'aise et puis nous aussi et ouais je pense que ça dépend vraiment de chaque soignants.

Etudiante : D'accord et c'est surtout lors des situations d'agressivité et de violence ou il y a d'autre situation ?

IDE : oui quand on leur demande de faire des choses mais euh par exemple nous je sais que, quand on leur demande de se laver ou fin des conneries entre guillemets mais euh des soins qui n'ont pas envie et bah il y a certains soignants qui vont mieux réussir avec certains patients par rapport justement à la posture qui ont, à comment le patient ressent le soignant, ouais, on a des relations différentes en fait, mais c'est bien parce que c'est varié du coup.

Etudiante : oui c'est sûr, mais c'est vrai que des fois ils ont une personne référente

IDE : Alors nous on avait essayé de faire marcher la référence, donc on est tous référents, on est deux pour un patient

Etudiante : Okay

IDE : Et y'en a avec qui ça a accroché, y'en a d'autre non mais euh c'est pas mal, je trouve que la référence soignante est pas mal quand même. Nous, notre patient, il sait, il nous demande et voilà quand il a des achats ou des gros trucs à faire c'est plus nous qu'il vient voir avant d'aller voir les autres soignants.

Etudiante : D'accord, du coup comment définiriez-vous la juste distance ?

IDE : C'est dur hein, c'est réussir à créer un lien, un lien une alliance, un lien de confiance mais sans être trop à l'aise en fait sans rentrer vraiment dans l'intimité du patient ou dans, mais c'est dur hein, moi c'est ça qui me faisait peur au début, je sais que j'ai fait des stages avec les enfants et avec les enfants je n'arrivais pas à avoir ce juste milieu-là, je ne pouvais pas c'était trop dur.

Et en psy j'arrive plus, alors je ne sais pas c'est peut-être aussi avec l'expérience.

Etudiante : C'est ce qui me fait peur aussi et c'est pourquoi je veux faire mon stage pré pro avec les enfants.

IDE : Ouais et en même temps je pense qu'il faut quand même un lien différent avec les enfants qu'avec les adultes, ça c'est sûr, mais en fait c'est dur.

Etudiante : D'accord

IDE : Après ça ne peut pas empêcher que dans une carrière d'infirmière euh on va tomber sur un patient qui va nous être plus difficile et où l'on peut demander le relai aux collègues quoi.

Etudiante : Mmm

IDE : C'est là où l'on a de la chance d'avoir, d'être une grande équipe

Etudiante : C'est sûr, est ce que l'utilisation du tutoiement ou du vouvoiement peut avoir un impact sur cette juste distance ?

IDE : Je pense, en fait ça dépend des soignants, euh le tutoiement moi je sais que je l'utilise qu'avec les patients qui sont plus déficients, on a un patient trisomique, on avait un patient autiste et ces patients là je trouve que par rapport aux repères le tutoiement est plus simple et les autres patients ça va être le vouvoiement parce que bah déjà ils sont en général ils sont plus âgés que moi, et que voilà on fonctionne comme ça et en plus de ça on les appelle souvent par leur prénom, donc déjà d'appeler par le prénom c'est une étape.

Etudiante : Ça personnalise la relation, le soin

IDE : Voilà mais je trouve que le tutoiement, après chacun fait

Etudiante : Selon ses limites ?

IDE : Oui je crois

Etudiante : D'accord, et du coup sur quoi repose l'alliance thérapeutique entre un patient et un soignant ?

IDE : Euh sur quoi repose, bah déjà, fin quand on accueille un patient je pense le premier contact est hyper important, la présentation, quand un patient arrive, et qu'on se présente, on donne son

prénom euh on montre l'unité, je pense ouais le premier contact va définir je pense, moi je fonctionne un peu comme ça

Etudiante : D'accord, donc oui mettre à l'aise le patient dès le début

IDE : Voilà, après il y a des patients ça marche et puis il y en a d'autre qui complètement réfractaires mais euh

Etudiante : Comment se manifeste une rupture de l'alliance thérapeutique ?

IDE : Oh ouais, oui ça ils savent nous le dire en général en fait, ils vont nous le faire sentir ou alors ils vont nous dire non je n'ai plus du tout confiance en vous.

Etudiante : Et après c'est terminé ou pas ?

IDE : On essaye hein, ça ne marche pas ça ne marche pas on peut être que ça marchera avec quelqu'un d'autre

Etudiante : D'accord, avez-vous quelque chose à rajouter ?

IDE : Non c'est bon pour moi

Etudiante : D'accord très bien et bien je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour réaliser cet entretien et je vous souhaite une bonne journée et une bonne continuation.

IDE : Merci vous aussi et puis n'hésitez pas si vous avez des questions à me contacter, ça sera avec plaisir au contraire c'est très intéressant comme sujet.

2.2 Entretien avec Paul

Avant de commencer l'entretien j'ai demandé à l'IDE l'autorisation de l'enregistrer en lui précisant que l'anonymat sera respecté. Il a accepté.

Etudiante : Du coup je suis Maëliiss, je suis en 3ème année en école d'infirmière au CHU de Rennes, ma question de départ pour mon mémoire c'est : en quoi la posture infirmière peut-elle influencer l'alliance thérapeutique d'un patient en psychiatrie ? Du coup pendant l'entretien vous posez différentes questions et il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Du coup je vais vous demander de vous présenter succinctement, alors votre année de diplôme et vos expériences professionnelles principales.

IDE : Ouais, Du coup, je m'appelle Antoine, j'ai 23 ans et je suis diplômé de l'été 2019, donc ça fait un an et demi que je travaille. J'ai été un petit peu sur Vannes, je suis arrivée ici sur Rennes rapidement, j'ai toujours été en psychiatrie, toujours dans du service d'admission, donc c'est vrai que ça bouge quand même pas mal, t'as de la chambre d'isolement, des soins d'urgence en psychiatrie, c'est ce qui me motive ne tout cas dans ce métier-là.

Etudiante : Ça marche, Du coup qu'elle différence faites-vous entre l'agressivité et la violence ?

IDE : L'agressivité c'est plus un comportement, presque de l'instant en fait, de la défense des choses comme ça, la violence c'est vraiment un passage à l'acte sur quelqu'un, y'a des actes ou même des propos qui sont lancés envers quelqu'un.

Etudiante : D'accord et du coup quels facteurs peuvent influencer cette violence ou agressivité ?

IDE : La frustration, la contrariété je dirai surtout pour la violence, pour des personnes à qui on refuse certaines choses, ça peut monter en tension, en agressivité, en violence. La restriction des libertés, on en a aussi beaucoup, pour des personnes délirantes aussi il y a des soucis de compréhension, on ne voit pas la même réalité donc on essaye un peu de les ramener vers un terrain réel et puis ces personnes pas forcément donc voilà ça peut très vite monter aussi, des hallucinations, qui sont spécifiques aux personnes délirantes.

Etudiante : Est-ce que vous pensez que l'expérience professionnelle est un atout pour acquérir une posture en psychiatrie ?

IDE : Ouais, ouais, je pense parce que je sens déjà que je suis plus à l'aise tu vois dans mes prises en charge dans mes façons de me comporter avec certaines personnes, même si chaque cas est différent, il y a quand même des pathologies, des comportements que tu retrouves et tu arrives à t'adapter au fur et à mesure avec l'expérience que tu as, quand tu arrives à anticiper comment les personnes vont réagir aussi. Avec l'expérience, je pense que clairement tu vois la différence.

Etudiante : Au niveau de la communication aussi ?

IDE : Ouais ouais carrément ! Et tu le vois aussi quand on va en renfort, tu vois souvent des mecs qui ont de l'expérience gère ça bien et puis ils te font ça plutôt bien en général.

Etudiante : D'accord, et du coup quels mécanismes de défenses on peut retrouver chez des soignants en psychiatrie ?

IDE : L'évitement ça c'est sûr, quand tu n'es pas à l'aise avec certaine prise en charge aussi, ça te fait raisonner sur certain truc ou même tu n'y arrive pas tout simplement et tu te retires quoi. Le fait d'être sûr de toi, alors que tu ne l'es pas forcément, tu ne sais pas trop où va mener la situation mais c'est le paraître qui compte beaucoup. Parce que des fois tu peux te prendre des sales trucs dans la tête autant verbale que physique mais tu restes stoïque.

Etudiante : Ça marche, et du coup dans des situations particulières ?

IDE : C'est surtout dans des situations de violences, d'agressivité mais aussi dans des situations où la différence d'âge n'est pas grande et donc l'évitement peut être mis en place par le soignant.

Etudiante : D'accord oui, alors comment vous- définiriez-vous la juste-distance ?

IDE : Oh c'est dur, la juste distance, c'est super compliqué, ça va être patient dépendant enfaite, rien que je ne sais pas tu vois dans le tutoiement ...

Etudiante : ah bah j'allais y venir

IDE : Ça dépend vachement des patients, les patients que je connais bien qui sont là depuis un petit bout de temps je les tutoie parce que bon voilà tu commences à la connaître, les nouvelles entrées par contre je les vouvoie toujours, déjà c'est une première distance que tu mets dans le soin. Je me suis fait avoir très vite au début, un patient de mon âge, un peu dans le même délire qui aime les soirées, qui aime sortir et tout et il s'est retrouvé en psychiatrie, il a décompensé une psychose bien marqué et je me suis dit avec lui direct met la distance mais enfaite elle s'est brisé vachement vite je le tutoyait et tout et en fait on fait pas gaffe, ça vient un peu comme ça, et tu as pas d'expérience donc tu suis un peu le truc comme ça, et un jour je mettais retrouver hyper mal, on arrivait pas à le

soigner, on a mis beaucoup de temps, une journée je mettais retrouver trop mal, je trouvais qu'on faisait rien pour lui fin ça m'avait impacté beaucoup plus que pour d'autre prise en charge et c'est la qu'on voit que la distance je l'avais sauté. Et c'est en apprenant avec des trucs comme ça que maintenant je fais vachement gaffe.

Etudiante : Ouais, okay, je pense qu'il y a beaucoup de chose qui s'acquièrent avec l'expérience.

IDE : Ouais c'est sûr !

Etudiante : Du coup pour vous sur quoi repose l'alliance thérapeutique ?

IDE : De ne rien cacher au patient, des fois on reçoit des patients qui arrivent la et enfaite on leur a fait le coup à l'envers, en disant qu'ils aillent se faire évaluer un petit truc et enfaite ils vont se faire hospitaliser. Moi j'ai toujours dit la vérité, et ça marche vraiment, même si le patient sur le coup peut avoir des réactions d'agressivités ou de violence et bah le patient il sait que tu lui diras la vérité, la confiance, c'est hyper important. Ces les valeurs auxquelles je tiens le plus.

Etudiante : D'accord ! Quelles sont les manifestations d'une rupture de l'alliance thérapeutique ?

IDE : Souvent quand il voit le médecin, ils ont souvent des consignes restrictives qui évoluent, comme c'est une unité fermée, en ayant plus d'accès, nous ça nous arrive d'esquiver un peu le truc, on le redirige vers le médecin en sachant pertinemment qu'il n'aura pas plus d'accès, en ressortant du RDV avec le médecin, le patient revient vers nous et nous reproche le fait de ne pas l'avoir dit directement et après il nous parle plus en quelque sorte, ou mettent une distance, ils nous évitent.

Etudiante : Okay ça marche, avez-vous quelque chose à rajouter ?

IDE : Non c'est bon pour moi

Etudiante : Bon parfait ! Bah merci beaucoup d'avoir pris du temps pour moi ! Bonne continuation et bonne journée.

3 Tableau d'analyse des entretiens

Questions ou thématiques	Verbatim IDE 1	Verbatim IDE 2
<p>Agressivité et violence</p>	<p>Différence :</p> <p>Alors l'agressivité ça va être plus voulu par le patient que la violence, la violence ça peut être, ça peut être quand un patient est délirant et que voilà il n'est pas lui-même quoi.</p> <p>Donc je pense que ouais, la différence ça sera vraiment l'intention</p> <p>Et le caractère aussi du patient, ça peut être la pathologie mais quand c'est le caractère c'est plus agressif souvent que la pathologie</p> <p>Influencer par :</p> <p>C'est entre eux quand ils se prennent la tête pour des petits trucs des fois, entre la cohabitation, il va y avoir plus de l'agressivité entre eux, quand on accueille des patients très délirants qui n'accepte pas du tout le soin et qu'ils ne comprennent pas pourquoi et qui sont persécutés parce qu'il pense qu'on leur fait du mal ou qu'on leur veut du mal</p> <p>Ça peut être ça, ça peut être aussi les prises de toxiques malheureusement qu'on a</p> <p>Il y a plusieurs choses, l'angoisse aussi, l'angoisse des patients peut les amener à être assez agité et violent.</p>	<p>Différence :</p> <p>L'agressivité c'est plus un comportement, presque de l'instant en fait, de la défense des choses comme ça, la violence c'est vraiment un passage à l'acte sur quelqu'un, y'a des actes ou même des propos qui sont lancés envers quelqu'un.</p> <p>Influencer par :</p> <p>La frustration, la contrariété je dirai surtout pour la violence, pour des personnes à qui on refuse certaines choses, ça peut monter en tension, en agressivité, en violence. La restriction des libertés, on en a aussi beaucoup, pour des personnes délirantes aussi il y a des soucis de compréhension, on ne voit pas la même réalité donc on essaye un peu de les ramener vers un terrain réel et puis ces personnes pas forcément.</p>
<p>Posture professionnelle et expérience professionnelle un lien étroit ?</p>	<p>L'expérience permet d'adapter sa posture, on apprend en travaillant parce que c'est bien d'avoir de la théorie etcetera mais tant qu'on ne le fait pas on ne peut pas savoir, tant</p>	<p>Je sens déjà que je suis plus à l'aise tu vois dans mes prises en charge dans mes façons de me comporter avec certaines personnes, même si chaque cas est différent, il y a quand même</p>

	<p>qu'on ne le vit pas en fait on ne peut pas savoir comment on va réagir face à une situation et une situation d'urgence en psy c'est plus dur</p> <p>On est moins étonné en tout cas et du coup ça nous permet d'anticiper, ouais l'anticipation, d'anticiper plus vite une réaction et par rapport à la connaissance de nos patients et de leurs pathologies.</p> <p>On est plus à l'aise forcément avec des patients qu'on connaît, une équipe qu'on connaît, des médecins qu'on connaît, plus on connaît, plus on est à l'aise je pense, dans ce qu'on fait.</p>	<p>des pathologies, des comportements que tu retrouves et tu arrives à t'adapter au fur et à mesure avec l'expérience que tu as, quand tu arrives à anticiper comment les personnes vont réagir aussi.</p> <p>Tu vois souvent des mecs qui ont de l'expérience gère ça bien</p>
<p>Mécanismes de défenses utilisés par les soignants</p>	<p>Alors il y a ne pas répondre, faire comme si on n'entendait pas ou comme si ça ne nous concernait pas, y'a l'humour, y'en a beaucoup qui utilisent l'humour aussi, on essaye de faire de l'humour après je connais ceux qui sont réceptifs ou pas, c'est aussi ça adapter sa posture professionnelle.</p> <p>l'autorité des fois ça marche sur certain aussi, pas tous mais bah nos petits jeunes chroniques des fois il faut, il faut leur montrer que voilà</p> <p>Situations particulières : Quand on leur demande de faire des choses mais par exemple nous je sais que, quand on leur demande de se laver ou fin des conneries entre guillemets mais des soins qui n'ont pas envie et bah il y a certains soignants qui vont mieux réussir avec certains patients par rapport justement à la posture qui ont, à</p>	<p>L'évitement ça c'est sûr, quand tu n'es pas à l'aise avec certaine prise en charge aussi, tu n'y arrive pas tout simplement et tu te retires quoi. Le fait d'être sûr de toi, alors que tu ne l'es pas forcément, tu ne sais pas trop où va mener la situation mais c'est le paraître qui compte beaucoup.</p> <p>Situations particulières : C'est surtout dans des situations de violences, d'agressivité mais aussi dans des situations où la différence d'âge n'est pas grande et donc l'évitement peut être mis en place par le soignant.</p>

	<p>comment le patient ressent le soignant, ouais, on a des relations différentes en fait, mais c'est bien parce que c'est varié du coup.</p>	
<p>La juste distance</p>	<p>C'est dur hein, c'est réussir à créer un lien, un lien une alliance, un lien de confiance mais sans être trop à l'aise en fait sans rentrer vraiment dans l'intimité du patient [...] C'est peut-être aussi avec l'expérience.</p> <p>Tutoiement vouvoiement : le tutoiement moi je sais que je l'utilise qu'avec les patients qui sont plus déficients, on a un patient trisomique, on avait un patient autiste et ces patients là je trouve que par rapport aux repères le tutoiement est plus simple et les autres patients ça va être le vouvoiement parce que bah déjà ils sont en général ils sont plus âgés que moi, et que voilà on fonctionne comme ça et en plus de ça on les appelle souvent par leur prénom, donc déjà d'appeler par le prénom c'est une étape</p>	<p>Oh c'est dur, la juste distance, c'est super compliqué, ça va être patient dépendant enfaite, rien que je ne sais pas tu vois dans le tutoiement ...</p> <p>Les patients que je connais bien qui sont la depuis un petit bout de temps je les tutoie parce que bon voilà tu commences à la connaître, les nouvelles entrées par contre je les vouvoie toujours, déjà c'est que tu mets dans le soin. Je me suis fait avoir très vite au début, un patient de mon âge, un peu dans le même délire qui aime les soirées, qui aime sortir et tout et il s'est retrouvé en psychiatrie, il a décompensé une psychose bien marqué et je me suis dit avec lui direct met la distance mais enfaite elle s'est brisée et tu as pas d'expérience donc tu suis un peu le truc comme ça, une journée je mettais retrouver trop mal, je trouvais qu'on faisait rien pour lui fin ça m'avait impacté beaucoup plus que pour d'autre prise en charge et c'est là qu'on voit que la distance je l'avais sauté. Et c'est en apprenant avec des trucs comme ça que maintenant je fais vachement gaffe.</p>
	<p>Je pense le premier contact est hyper important, la</p>	<p>De ne rien cacher au patient, Moi j'ai toujours dit la vérité, et</p>

<p>L'alliance thérapeutique entre un patient et un soignant</p>	<p>présentation, quand un patient arrive, et qu'on se présente, on donne son prénom euh on montre l'unité, je pense ouais le premier contact va définir je pense, moi je fonctionne un peu comme ça il y a des patients ça marche et puis ils y en a d'autre qui complètement réfractaires</p> <p>Rupture de l'alliance thérapeutique : oui ça ils savent nous le dire en général en fait, ils vont nous le faire sentir ou alors ils vont nous dire non je n'ai plus du tout confiance en vous On essaye hein, ça ne marche pas ça ne marche pas on peut être que ça marchera avec quelqu'un d'autre</p>	<p>ça marche vraiment, même si le patient sur le coup peut avoir des réactions d'agressivités ou de violence et bah le patient il sait que tu lui diras la vérité, la confiance, c'est hyper important. Ces les valeurs auxquelles je tiens le plus.</p> <p>Rupture de l'alliance thérapeutique : Des consignes restrictives qui évoluent, ... Nous ça nous arrive d'esquiver un peu le truc, on le redirige vers le médecin en sachant pertinemment qu'il n'aura pas plus d'accès, en ressortant du RDV avec le médecin, le patient revient vers nous et nous reproche le fait de ne pas l'avoir dit directement et après il nous parle plus en quelque sorte, ou mettent une distance, ils nous évitent.</p>
--	--	---

: Commun

: Différence

: Autres

NOM : MOREAU
PRENOM : Maëliiss

TITRE : La posture infirmière et l'alliance thérapeutique en service de psychiatrie

My final thesis discusses the impact of the nursing posture on the therapeutic alliance of a patient in a psychiatric ward. During my internships I had to deal with situations where the nursing posture questioned me. This led to my problematic: How does the nursing posture can have an impact on the therapeutic alliance of a psychiatric patient?

Indeed, work experience allows the development of this posture. It can also evolve depending on the patient or his pathology... The nurse has the power to can set up defense mechanisms, deliberately or involuntarily, and impact the trust-relationship as well as the therapeutic alliance as a whole.

Therefore, the aim of this essay is to define the notions of aggressiveness, violence, right distance, work experience and therapeutic alliance. But also, to understand what are the different factors that can change this professional and therefore nursing posture. Accordingly, I wanted to discern the difference between practice and the theory. Indeed, I met two psychiatric nurses. This work brought me a lot, it also made me question the notion of feelings that emerge in the nurse posture in psychiatry.

Mon travail de fin d'étude aborde l'impact de la posture infirmière sur l'alliance thérapeutique d'un patient dans un service de psychiatrie. Lors de mes stages j'ai été confronté à plusieurs reprises à des situations où cette posture infirmière me questionnait. C'est pourquoi ma question de départ est la suivante : En quoi la posture infirmier (ère) peut-elle avoir un impact sur l'alliance thérapeutique d'un patient en psychiatrie ?

En effet, l'expérience professionnelle permet de faire évoluer cette posture. Elle peut changer en fonction du patient, de sa pathologie... L'infirmier lui peut mettre en place des mécanismes involontaires ou volontaires qui modifie cette posture et donc peut voir un impact sur la relation de confiance et l'alliance thérapeutique d'une manière générale.

L'intérêt de cette recherche est de définir différentes notions : l'agressivité, la violence, la juste distance, l'expérience professionnelle et l'alliance thérapeutique. Mais aussi, de comprendre quels sont les différents facteurs qui peuvent faire évoluer cette posture professionnelle et donc infirmier(ère). Afin de confronter la partie théorique de la partie pratique, j'ai interrogé deux infirmiers (ères) qui travaillent en psychiatrie avec une expérience professionnelle différente.

Ce travail m'a beaucoup apporté, mais de nouveaux questionnements sont apparus. Je me suis interrogée sur la place des émotions dans la posture infirmière en psychiatrie.

KEYWORDS: therapeutic alliance, right distance, work experience, aggressiveness, violence

MOTS CLES : alliance thérapeutique, juste distance, expérience professionnelle, agressivité, violence

Institut de formation en Soins Infirmiers du CHU de Rennes
2, Rue Henri Le Guilloux – 35033 Rennes Cedex 09
Travail écrit de fin d'études – 2018/2021