



Pôle de formation des professionnels de santé du CHU Rennes.
2, rue Henri Le Guilloux 35033 Rennes Cedex 09

Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers

L'impact des transmissions d'un patient connu du service pour la création de la relation soignant-soigné.

Formateur référent mémoire :
TOSTIVINT Mylène

MAUGUEN Leïla
Formation infirmière
Promotion 2019-2022

Date : 02/05/2022



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 de d'Infirmier
Travaux de fin d'études :**

L'impact des transmissions d'un patient connu du service pour la création de la relation soignant-soigné.

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 02/05/2022

Identité et signature de l'étudiant : MAUGUEN Leïla

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 souhaite remercier toutes les personnes qui ont contribué de près comme de loin à l'écriture de mon mémoire et plus précisément :

Ma famille, mon compagnon et mes amis, qui m'ont toujours encouragé. De plus, certains d'entre eux ont consacré du temps à la relecture de mon travail de fin d'étude.

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. Je les remercie également pour tous ces moments de folies passés en leur compagnie avec entre autres des rires, des larmes, des moments de doute et de remise en question.

Mes amis de toujours, qui ont toujours été à mes côtés et qui ont su m'épauler et me remonter le moral quand j'en avais besoin.

Ma référente mémoire, pour le temps consacré au suivi de ce travail ainsi que ses nombreux conseils. Je la remercie également pour sa disponibilité que cela soit lors des guidances en présentiel comme en visioconférence.

Ma référente pédagogique, pour son investissement et son soutien pendant toute la durée de la formation.

Plus généralement, à l'équipe pédagogique de l'IFSI pour l'accompagnement tout au long de ces trois années d'études.

Les professionnels de santé rencontrés durant ma formation que cela soit lors des stages ou sur le terrain pour les clés qu'ils ont pu me donner afin de progresser dans ce métier.

Je tiens également à remercier les deux professionnelles de santé qui ont accepté de participer aux entretiens en consacrant de leur temps avec bienveillance et sincérité.

SOMMAIRE

Introduction	1
1. Le cheminement vers la question de départ	2
1.1 La situation de départ	2
1.2 Le questionnement	4
1.3 Émergence de la question de départ	5
2. Cadre théorique	6
2.1 L'infirmier en psychiatrie	6
2.1.1 La psychiatrie et la santé mentale	6
2.1.2 Être infirmier en santé mentale	6
2.1.3 Le rôle de la transmission en psychiatrie	7
2.2 La stigmatisation en psychiatrie	8
2.2.1 Définition	8
2.2.2 La stigmatisation en santé mentale	9
2.2.3 La stigmatisation soignante	9
2.2.4 Le bénéfice et le négatif de la stigmatisation dans le milieu du soin	11
2.3 La relation dans le domaine de la psychiatrie	11
2.3.1 La relation soignant-soigné	11
2.3.2 La relation de confiance	12
2.3.3 L'alliance thérapeutique	13
3. Dispositif méthodologique du recueil de données	14
4. Analyse descriptive	16
4.1 Le rôle infirmier en santé mentale	16
4.2 Les transmissions et leurs limites en santé mentale	16
4.3 Comprendre ce qui est à transmettre ou non. Où se trouve la barrière?	17
4.4 La présence du qu'en-dira -t-on lors des transmissions en santé mentale	18

4.5 L'évolution des relations en lien avec la chronicité des patients	19
4.6 La relation soignant-soigné	20
4.7 La stigmatisation dans le milieu de la psychiatrie	21
4.8 L'expérience professionnelle comme atout afin d'exercer en santé mentale	22
5. La discussion	23
5.1 Analyse interprétative	23
5.2 Mon positionnement professionnel	28
5.3 Mon cheminement vers la question de recherche définitive	29
Conclusion	30

Introduction

Tout au long des trois années d'études à l'institut de formation en soins infirmiers du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, j'ai pu acquérir à la fois des savoir-faire, des connaissances théoriques, mais aussi développer des aptitudes de savoir-être que requiert la profession d'infirmière.

Le MIRSI (Mémoire d'Initiation à la Recherche en Soins Infirmiers) est donc pour moi l'aboutissement de mes trois années de formation en soins infirmiers. Il me permet de m'initier à la recherche et à la réflexion sur les soins infirmiers et sur certaines situations problématiques de soins, alors que je suis à l'aube de devenir un professionnel de santé.

Ce travail de fin d'études, me permet alors de réfléchir sur certaines situations qui m'ont questionnées durant mes différents stages. En cherchant, je me suis intéressée au thème de la relation soignant-soigné ainsi que la stigmatisation qui pouvait en découler. En effet, les a priori des soignants ont un rôle sur la relation qui s'ensuit et peut impacter la qualité des soins dispensés. Elle est soumise à l'influence d'une multitude de facteurs à l'origine variée.

À mon sens, la relation entre le soignant et le soigné est complexe car les éléments qui la régissent sont abstraits contrairement à ceux des soins techniques qui eux sont protocolés, tracés à l'écrit... Cependant, la relation est quant à elle variable d'un patient à l'autre, d'un soignant à l'autre et d'un contexte à l'autre. Et la complexité de ce thème me pousse donc à l'explorer pour mieux en comprendre les rouages.

Ma situation d'appel concerne donc la relation entre moi et un patient. J'ai dû faire le tri entre mes différentes expériences rencontrées lors de mes divers stages. Je me suis naturellement et progressivement tournée vers les situations que j'ai rencontrées lors de mon stage en santé mentale. La psychiatrie étant un domaine où cette relation soignant-soigné est à mon sens très présente.

Pour répondre à mes interrogations et construire ce mémoire, je vais tout d'abord vous présenter ma situation d'appel, le questionnement qu'elle a suscité ainsi que mon cheminement vers ma question de départ.

Ensuite, j'exposerai mon cadre théorique avec des apports scientifiques et littéraires, sur les notions qui entourent le thème de mon mémoire : la psychiatrie, la relation soignant-soigné, la communication et la stigmatisation soignante.

Puis, j'aborderai la phase de recherche en présentant la méthodologie utilisée, puis en analysant des entretiens réalisés avec différents professionnels, dans le but d'apporter des données du terrain.

Je conclurai ce travail en confrontant les apports théoriques par rapport aux témoignages des soignants, afin d'en faire une interprétation qui me sera utile pour ma pratique professionnelle future. Cette phase me permettra aussi de faire ressortir mes idées et de prolonger ma réflexion, dans l'éventualité de la poursuite de ce travail de recherche.

1. Le cheminement vers la question de départ

1.1 La situation de départ

Je suis étudiante infirmière en première année de soins infirmiers. Je réalise mon premier stage en psychiatrie au sein d'un service d'admission fermé. Les patients n'ont donc aucun accès libre dans le parc, ce sont des permissions validées par les Psychiatres qui leur permettent de sortir.

Une équipe pluridisciplinaire y travaille. Elle est composée de psychologues, psychiatres, infirmiers, aide-soignants, d'une ergothérapeute, d'un médecin généraliste et d'assistantes sociales. Ils collaborent pour la continuité des soins durant les différentes étapes de la prise en soin des patients.

Ma situation se déroule lors de ma deuxième semaine de stage et je suis en horaire d'après-midi. Cela fait maintenant plusieurs jours que j'entends parler d'un patient Mr C qui serait transféré dans mon service. Il est connu du service pour être un homme violent envers les soignants que cela soit verbalement comme physiquement. Aujourd'hui, c'est le jour de son transfert.

Il est admis suite à une tentative de suicide au seresta en prison. Il est donc admis en SDRE (Soin à la Demande d'un Responsable de l'État). Cependant, c'est Mr C qui a demandé à venir en psychiatrie pour pouvoir prendre du recul. Il arrive en milieu d'après-midi avec le service pénitentiaire. Lors de son arrivée dans le service, cela fait 6 ans que Mr C est en prison. Ce patient présente des troubles psychopathes. Lors de son arrivée, il est logorrhéique, passe du coq à l'âne et porte des propos déplacés aux infirmiers et au cadre du service. Il se sent à l'aise dans le service et prend directement ses aises.

Du fait de son placement en prison, Mr C doit être en chambre d'isolement. De ce fait, dès son entrée il est mis en isolement. Lors de la journée, il a le droit à deux heures de sortie dans le service dont il en a fait la demande peu de temps après son entrée auprès des soignants.

Étant en animation avec quelques patients du service autour d'un jeu de société, Mr C se joint à nous. Il se met à me poser plusieurs questions sur mon âge et mon statut au sein du service. Il ne m'a jamais vu dans le service, ce qui le rend curieux. Ses questions d'ordre personnel me rendent mal à l'aise. Je lui réponds en lui disant que je suis étudiante infirmière et de là il me demande en quelle année d'études je suis. Je me sens déstabilisée lors de cette discussion, sûrement par rapport au passé du patient malgré le fait que je ne connaisse pas la raison pour laquelle il séjourne en prison. Je continue mon activité de jeux de société mais en étant moins à l'écoute des autres patients.

Une fois l'activité finie, je me mets à ranger les gants de toilette dans la pièce de vie, Mr C me rejoint. Il se met à m'aider et commence à me parler du fait qu'il a fait exprès de faire une tentative de suicide au seresta pour pouvoir faire un passage en psychiatrie. Je ne comprends pas trop où il veut en venir. Puis, il se met à m'expliquer qu'il a ébouillanté son co-détenu et qu'il a fait d'autres délits. Ainsi, il sentait qu'il allait avoir le droit à des représailles et se sentant en danger, il a fait exprès de prendre plusieurs seresta afin d'aller à l'infirmerie et de pouvoir demander un séjour en psychiatrie.

Il me dit également, qu'il ne compte pas rester en psychiatrie plus de deux semaines car pendant ce temps-là, ses jours de peine ne sont pas décomptés. Mr C me raconte donc qu'il va faire en sorte de ne pas rester trop longtemps donc qu'il risque de devenir de plus en plus violent au fur et à mesure de son hospitalisation.

Lors de cet échange, je ne me sens pas en sécurité. Je suis gênée sans lui montrer et je ne sais pas comment dévier la discussion. Je finis par lui dire que je vais aider l'aide-soignante à préparer le goûter, puis je pars.

Lors de chacune de mes prises en soin avec Mr C, je ne me suis jamais sentie complètement à l'aise. Avec le temps je réussissais à ne plus me sentir gênée mais pour autant je surveillais toujours mes arrières et ses faits et gestes afin de pouvoir anticiper un éventuel acte de violence. Chose que je ne faisais pas avec les autres patients durant mon stage.

1.2 Le questionnement

Suite à ma situation de départ, j'ai pu me poser de multiples questions afin de comprendre l'origine et les facteurs qui ont occasionné la gêne que j'ai ressentie.

Voici alors mon questionnement :

- Comment réaliser une relation de confiance avec un patient potentiellement agressif ?
- Est-ce que le fait que je sois étudiante infirmière en premier stage a pu influencer ma situation ?
- Quel est le meilleur positionnement soignant-soigné en psychiatrie ?
- Comment savoir si la relation avec les patients est adaptée ? Où sont les limites ?
- Est-ce que ma gêne lors de mes différentes prises en soins a pu être perçue par le patient ?
- Est-il possible de créer une relation de soin avec un patient en santé mentale quand des faits sur des anciennes hospitalisations nous ont été racontés ?
- Son statut a-t-il eu des répercussions sur mon prendre soin ?
- Comment entrer en relation avec un patient incarcéré en santé mentale ?
- Comment le fait d'avoir entendu parler de ce patient plusieurs semaines avant son entrée dans le service a pu impacter la relation soignant-soigné ?
- Pourquoi la première discussion avec le patient m'a-t-elle mise à ce point mal à l'aise ?
- Comment les « bruits de couloirs » sur les patients peuvent-ils influencer la relation soignant-soigné ?
- Comment établir une relation de confiance avec des a priori non fondés sur le patient ?
- Comment est-il possible de faire abstraction des commentaires faits par d'autres soignants sur des patients pour pouvoir construire une relation de confiance ?
- Par quels moyens pouvons-nous en tant que soignant se sentir à l'aise avec des patients sur lesquels nous avons entendu les échos ?

- Comment pouvons-nous enlever des préjugés sur un patient afin de pouvoir mettre en œuvre une relation soignant-soigné durable ?
- Comment l'influence des autres soignants peut altérer la relation soignant-soigné avec un patient que nous ne connaissons pas en santé mentale ?
- Comment, en tant que future soignante, faire preuve de distanciation avec mon patient tout en maintenant une relation thérapeutique adaptée?

1.3 Émergence de la question de départ

Ma situation de départ et mon questionnement m'ont aidé à prendre du recul en vue d'une future question de départ pour ce MIRSI.

Ma question de départ se présente comme étant:

« En quoi la relation soignant-soigné en santé mentale peut-elle être altérée quand le patient a été stigmatisé suite à ses anciennes hospitalisations ? »

2. Cadre théorique

2.1 L'infirmier en psychiatrie

2.1.1 La psychiatrie et la santé mentale

La santé mentale est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) comme étant : *“Un état de bien-être permettant de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté”*. La santé mentale est alors un élément important de la santé car ce n'est pas seulement l'absence de troubles mentaux mais un état de plénitude en général. Toujours d'après l'OMS : *“La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité”*. La santé mentale a donc un rôle dans la promotion du bien-être d'autrui.

De plus, les professionnels de santé, dont les infirmiers, sont amenés à pouvoir exercer dans plusieurs secteurs comme celui de la psychiatrie. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la psychiatrie se caractérise comme étant *“Une partie de la médecine qui étudie, qui traite les maladies mentales et les troubles du psychisme”*. Le secteur de la psychiatrie joue un rôle essentiel dans la prévention et le traitement des troubles psychiques auxquels les individus peuvent être confrontés. Dans les services de psychiatrie, les prises en soins sont réalisées de manières pluridisciplinaires. De plus, nous pouvons y retrouver plusieurs corps de métier, chacun ayant son rôle et ses compétences.

2.1.2 Être infirmier en santé mentale

La formation d'infirmiers en psychiatrie a subi plusieurs changements. En effet, l'arrêté de juillet 1955 met en avant le premier diplôme pour les infirmiers travaillant en service de psychiatrie. Puis, en 1979 les salaires sont mis au SMIC afin de cadrer le métier et de ne plus le laisser au gré des établissements. De plus, selon l'Ordre National des Infirmiers, l'arrêté du 23 mars 1992, élabore le diplôme d'État polyvalent qui rassemble les études d'infirmiers de secteur psychiatrique et celles des soins généraux et ainsi la suppression du diplôme infirmier en psychiatrie.

Ainsi, le code de la santé publique permet de régir le métier d'infirmier, selon l'article R4 311-1 : *“L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et*

d'éducation à la santé.” Cet article souligne également le respect du secret professionnel ainsi que le travail en pluridisciplinarité.

Le rôle des infirmiers en santé mentale est également régi par des lois et des décrets.

En effet, la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, les modalités d'hospitalisation évoluent ; l'hospitalisation en psychiatrie peut désormais se faire de manière volontaire (soins libres), à la demande d'un tiers ou à la demande d'un représentant de l'État.

De plus, l'article R4 311-5 du code de la santé publique, développe les actes et soins infirmiers en lien avec le domaine de la santé mentale comme: “... *les entretiens d'accueil du patient et de son entourage, les activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe, la surveillance des personnes en chambre d'isolement et la surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient*”. Cependant, il y a peu d'articles de lois ou de décrets autour de l'exercice du métier d'infirmier en service de psychiatrie.

Ensuite, Paul Bernard dans son article : *Rôle de l'infirmière dans l'action de la santé mentale, sa situation actuelle en France et son évolution probable*. Il met en avant “l'observation scientifique du malade” comme étant le rôle principal de l'infirmier en santé mentale. Ensuite il parle aussi de “la relation orale ou écrite” qui est donc la capacité relationnelle. De plus, il parle de l'importance des “explications que l'infirmier va donner au malade” que cela soit sur sa pathologie ou ses traitements.

Comme nous avons pu le voir précédemment, les soins relationnels en psychiatrie sont très importants, que cela soit lors d'entretiens infirmiers informels ou formels. De plus, l'observation des patients et les transmissions détiennent un rôle clé dans la continuité des soins.

2.1.3 Le rôle de la transmission en psychiatrie

Les transmissions dans les secteurs de soins sont primordiales pour la bonne continuité des soins et pour le bon suivi des patients.

La loi du 4 mars 2002, définit les transmissions comme une obligation légale, leur qualité est essentielle à la bonne continuité des soins et à la prévention des risques. Ces transmissions claires et compréhensibles ne peuvent comporter de notes à caractère personnel.

Également, d'après l'article: *Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie*. “*Les transmissions ont différents destinataires : le patient, l'équipe de soin, l'entourage, les aidants et*

autres professionnels.” De plus, toujours selon cet article, les transmissions orales vont forcément avoir un impact sur l’infirmier. En effet, son *“appareil à penser”* va s’activer durant les transmissions avec des idées et images en lien avec des connaissances théoriques mais aussi celles sur le patient et sa problématique.

Les soignants vont alors se poser des questions sur quels éléments transmettre et quelles notions garder pour soi. En effet, les transmissions orales en santé mentale sont différentes que dans les soins généraux car les soignants ont connaissance *“des souffrances et difficultés psychiques, cognitives, affectives et sociales, ainsi que de l’histoire de vie personnelle et familiale. A cela s’ajoutent les antécédents, les troubles du comportement et relationnels mis en jeu dans le cadre de soin.”* C’est donc là que le secret professionnel a son importance. Effectivement, selon l’article R. 4312-4 du même code : *“Le secret professionnel s’impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi [...]”*. C’est donc une obligation déontologique. Les infirmiers dans leurs transmissions vont donc choisir quoi transmettre ou non, en fonction des informations qu’ils vont avoir. Cependant, la santé mentale peut être rapidement un milieu stigmatisé avec une barrière très fine entre ce qui est à transmettre ou non, lié aux histoires de vie des patients et leurs pathologies diverses.

2.2 La stigmatisation en psychiatrie

2.2.1 Définition

D’après le dictionnaire Larousse, la stigmatisation se définit par le fait de *“Dénoncer, critiquer publiquement quelqu’un ou un acte que l’on juge moralement condamnable ou répréhensible.”*

De plus, d’après le Robert 1985, c’est une *“accusation sévère et publique, flétrissure morale portée à l’encontre d’une personne, de ses actes, de sa conduite”*.

Quant à E. Goffman, il définit la stigmatisation comme *“un processus dynamique de dévaluation qui discrédite significativement un individu aux yeux des autres.”*

La stigmatisation est alors une accusation portée à l’égard d’une personne au regard d’un de ses actes, d’une de ses différences ou de sa propre personne. Il existe plusieurs catégories de stigmatisation en fonction de différents stigmates.

E. Goffman rédige aussi trois grandes catégories de stigmates: *“les stigmates corporels avec les handicaps physiques, les défauts du visage...”*, *“les stigmates tenant à la personnalité comme les*

troubles du caractère, séjour passé dans un hôpital psychiatrique, chômeur...”, et enfin, *“les stigmates tribaux qui correspondent à la religion, nationalité...”*. Toujours dans le même article rédigé par A. Fayard et J. Fortin, les personnes stigmatisées sont perçues comme des individus inférieurs. Les stigmatisations naissent forcément d’un endroit. Peut-être des représentations sociales et sont véhiculées par exemple par les médias?

La psychiatrie fait partie des endroits où nous pouvons percevoir de la stigmatisation liée aux stigmates tenant à la personnalité par exemple.

2.2.2 La stigmatisation en santé mentale

La santé mentale reste un domaine de soins où la stigmatisation reste présente. Selon O. Hody, *“Aujourd’hui encore, un individu atteint de maladie mentale est régulièrement décrit comme “le fou”*”. Toujours selon le même article, de multiples facteurs sont à l’origine de cette stigmatisation comme par exemple *“la peur”* et la *“non connaissance”* de ces pathologies.

La stigmatisation des maladies mentales résulte de nos représentations sociales. En effet, selon P. Touzet, *“Ce sentiment prend racine dans la “diabolisation” de la maladie mentale par les médias, qui légitime une politique sécuritaire.”* Le journalisme et la politique alimentent les préjugés que nous pouvons avoir.

Un préjugé est un *“Jugement sur quelqu’un, quelque chose, qui est formé à l’avance selon certains critères personnels et qui oriente en bien ou en mal les dispositions d’esprit à l’égard de cette personne, de cette chose”*. Selon le Larousse.

D’après J-Y. Giordana, les préjugés en psychiatrie sont régulièrement autour de la violence, de la dangerosité, l’imprévisibilité, l’incapacité à se soumettre aux contraintes de la vie et la perception infantile du monde. De ce fait, des attitudes vont apparaître comme *“l’exclusion du groupe social”* par exemple.

La *“destigmatisation”* ne peut pas seulement être mise en avant par les soignants. Les journalistes ainsi que la politique doivent également en parler. Cependant, dans le milieu des soins, il peut également y avoir de la stigmatisation.

2.2.3 La stigmatisation soignante

La stigmatisation peut également être retrouvée dans le milieu du soin. En effet, selon l’étude de Ross et Goldner (2009), *“Les infirmières des services d’urgence et celles des unités de soins intensifs (...) ont*

exprimé l'opinion que s'occuper des problèmes de santé mentale ne faisait pas partie de leur travail ou qu'elles avaient mieux à faire avec leur temps". Cependant, les infirmiers exerçant en santé mentale ont aussi fait preuve de stigmatisation en caractérisant les patients atteints de trouble de la personnalité comme étant *:"difficiles, ennuyeux, manipulateurs, à la recherche d'attention et gaspilleurs de temps."* La stigmatisation des patients ayant des troubles psychiatriques peut alors se voir dans les soins généraux mais également dans les services de psychiatrie.

De plus, d'après la revue médicale suisse, N. Bichsel écrit que *"les soignants eux-mêmes y participent, que ce soit par leur attitude à l'égard de certains patients ou par la façon de pratiquer leur travail en fonction de certaines pathologies."* En effet, dans certains cas les patients ne recevaient pas de conseil ou d'explication sur leurs pathologies.

La stigmatisation soignante est également présente dans les transmissions orales. Il faut donc savoir ce qui va être utile de partager au collègue pour la bonne prise en soins du patient et ce qui va rester secret (entre le patient et le soignant) pour respecter l'intimité du patient et ainsi garder cette relation de confiance. C'est donc la posture professionnelle qui va permettre à chacun de faire le choix entre ce qu'il va garder pour lui et ce qui va être partagé au reste de l'équipe. La posture professionnelle est dite comme un regroupement de savoirs ou d'expériences. C'est donc une acquisition de nombreuses valeurs associant les savoir faire et le savoir être.

Selon A. Perrin-Niquet, c'est donc à ce moment là que le soignant *"veillera à ne pas trahir"* dans ses transmissions. Nous verrons ce que le soignant recherche *"besoin d'information, soif de curiosité malsaine, valorisation de soi, gratification, excitation à travers le partage d'éléments qui font anecdote, « scoop »."*

Toujours d'après cet article, *"le regard et l'émotivité des soignants peuvent influencer la relation de soins, en favoriser des projections sur le patient, qui à son tour pourrait se conformer à ce regard, s'identifier à l'image véhiculée"*. En effet, les transmissions doivent respecter la justesse des propos et les éléments transmis. Elles doivent être jugées utiles afin de ménager les membres de l'équipe qui vont recevoir l'information et ne pas empiéter sur les relations soignantes qui en découlent.

Nous pouvons nous demander quels bénéfices ont les *"scoops"* pour les équipes de soins?

2.2.4 Le bénéfique et le négatif de la stigmatisation dans le milieu du soin

La stigmatisation réalisée sur les individus/patients est construite de représentations et de préjugés. Les scoops et les ragots que nous pouvons entendre dans les services de soins, que cela soit dans les couloirs ou lors des transmissions, apportent du positif autour de l'équipe soignante.

Par exemple, selon M. Gluckman (anthropologue), *“échanger des potins réaffirme les valeurs collectives, renforce la cohésion entre les participants et exerce un contrôle social informel en dénigrant les comportements déviants.”* Encore d'après lui, le commérage est fort au sein des groupes d'interconnaissance comme entre collègues; cependant, les ragots diminuent lorsque les relations sont impersonnelles.

Les chercheurs du Département des sciences psychologiques et cérébrales à l'Université de Dartmouth décrivent le commérage comme étant *“un rôle prédominant dans la création de lien social et dans l'apprentissage par procuration.”* Dans les équipes de travail, que cela soit dans le soin ou dans d'autres domaines, le commérage, les ragots et les potins ont un rôle important dans la création d'une dynamique de groupe.

Cependant, pour les patients, ces potins peuvent renforcer la stigmatisation déjà présente dans la société. En effet, selon la CAMH (Centre de Toxicomanie et de Santé Mentale), la stigmatisation affecte *“le bien-être des personnes”, “elle change la perception que les gens ont d'eux-mêmes et la façon dont les autres les perçoivent”*. Cela peut avoir un impact dans la relation soignant-soigné et dans leur façon de se voir.

2.3 La relation dans le domaine de la psychiatrie

2.3.1 La relation soignant-soigné

D'après le dictionnaire Larousse, la relation se définit comme *“l'ensemble des rapports et des liens existant entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles”*.

Afin de compléter la définition, voici celle citée par A. Manoukian et A.Massebeuf. La relation est décrite comme *« une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires»*. La relation se détermine alors par des rencontres et la communication entre individus et elle varie en fonction de différents facteurs.

Selon M. Formarier, il existe différents types de relation comme la relation de civilité, la relation éducative et, plus particulièrement dans le milieu du soin, la relation soignant-soigné.

A. Manoukian et A. Massebeuf définissent l'objectif de la relation soignant-soigné comme étant *“d'aider et de soutenir le soigné tout en identifiant ses besoins”*. De plus, le dictionnaire des concepts en sciences infirmières décrit cette relation en disant qu'elle résume d'une *“activité d'échange interpersonnel et interdépendant entre une personne soignée et un soignant, dans le cadre d'une communication verbale, non verbale”*. Toujours selon cette définition, l'infirmier doit donner un minimum de disponibilité, être objectif ainsi que s'engager personnellement et donc ne pas porter de jugement de valeur sur le patient pour ainsi faire fonctionner cette relation.

Lorsque la rencontre se fait entre un soignant et un soigné, celle-ci se fait dans un contexte particulier. La personne soignée vit un moment de sa vie où elle nécessite d'avoir recours à des soins dispensés par des soignants. Une relation de confiance peut alors être créée afin de faciliter les soins.

2.3.2 La relation de confiance

Le dictionnaire des concepts en sciences infirmières met en avant le fait que la confiance *“apporte un sentiment de sécurité entraînant toute forme de confidences associées à l'espoir, la communication de ses besoins.”* Ainsi la confiance permet une communication et donc des relations sociales plus importantes.

Ensuite, dans son article *“La relation pour instaurer la confiance dans les soins”*, D. Phanuel écrit *“Au cours d'une hospitalisation, la confiance s'instaure lors des soins et du processus relationnel les entourant. La relation, le soin et la confiance sont donc intimement liés.”* Plus tard, il explique que *“le soin ne peut exister sans relation”*. Cet article met donc en évidence le fait que ces deux notions sont complémentaires dans les relations de soins.

D'après lui, la manière dont le personnel de santé va transmettre les informations et se comporter vont influencer l'installation d'une relation de confiance durable ou non dans les soins.

Afin de *“cultiver”* la confiance par la relation, le personnel soignant doit, selon lui, faire *“preuve de grandes qualités d'adaptation à chacun, de lui transmettre des informations claires, précises et adaptées et d'adopter des attitudes et des comportements empathiques.”*

De plus, selon A. Santin, la relation de confiance n'est pas que dans un sens. En effet, le soignant doit aussi donner sa confiance au soigné. *“Accorder sa confiance au malade c'est, entre autres, comprendre sa demande de soins, la respecter.”* Ainsi, *“Seule la réciprocité permet de s'engager*

mutuellement, de s'en remettre à l'autre, de collaborer. Si ce lien n'est pas réciproque, la relation de soins ne peut être construite et encore moins exister dans sa plénitude". La relation de confiance doit ainsi être un lien linéaire sans supériorité et avec une réciprocité entre le soignant et le soigné afin que la relation puisse fonctionner.

Si la confiance est nécessaire à la construction de la relation, elle n'est pas suffisante. L'alliance thérapeutique est également importante pour la bonne réussite de la relation entre le soignant et le soigné.

2.3.3 L'alliance thérapeutique

Cette notion se définit d'après le dictionnaire des concepts en sciences infirmières comme étant *"créer progressivement un lien de confiance réciproque sur lequel se fonde une relation d'aide."*

De plus, selon A. Bioy et M. Bachelart, *"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."* L'alliance thérapeutique a donc pour objectif que le patient soit en partie acteur de sa prise en soins; c'est un partenariat entre le soignant et le soigné.

Selon Bordin (1979), les trois principales dimensions du contenu de l'alliance thérapeutique sont le lien et sa qualité, l'accord commun sur les objectifs et les tâches.

Selon Rogers, aucune modification thérapeutique ne peut avoir lieu sans l'aide d'une relation. Ainsi, les deux tiers doivent s'impliquer dans un même objectif, (Rogers, 1959). Le soignant aide son patient à trouver des solutions par lui-même, plutôt que de lui en imposer. En effet, cela met en avant le patient comme acteur de ses soins. Cela permet d'éviter une dépendance du patient à la relation soignante. Il s'agit d'engager et d'impliquer au maximum le patient dans son propre parcours thérapeutique. En cas de situation difficile, de conflit ou de désaccord, le soignant doit engager une négociation avec le patient.

Il peut arriver que l'alliance thérapeutique soit brisée. Ainsi, selon P. Baillargeon et D. Puskas, *"Un bris de l'alliance n'a pas que des effets négatifs."* Toujours d'après le même article, la rupture de l'alliance thérapeutique peut être plus efficace à condition que l'alliance soit restaurée par la suite. Il existe différents indicateurs que cela soit des verbalisations ou des comportements qui peuvent aider à identifier les bris de l'alliance comme par exemple *"l'expression directe d'un sentiment négatif"*, *"la complaisance"*, *"les manoeuvres d'évitement"* ou *"la non-réponse à une intervention"*. Selon le même article, cette cassure de l'alliance est faite majoritairement de façon « involontaire » par le soignant.

Ainsi, l'alliance thérapeutique est un concept incontournable dans un accompagnement clinique de qualité.

3. Dispositif méthodologique du recueil de données

Après avoir effectué mes recherches documentaires, j'ai trouvé intéressant d'aller interroger des professionnels de santé afin d'enrichir mon travail de recherche.

Pour préparer mes entretiens, j'ai d'abord réfléchi au type d'entretien: libre, semi-directif ou directif. J'ai trouvé attrayant de réaliser des entretiens semi-directifs car ce sont des questions ouvertes.

Mes recherches m'ont permis de concevoir mon cadre conceptuel. De ce fait, mes questions et mes objectifs trouvés dans mon guide d'entretien découlent donc de celui-ci. Mes objectifs m'ont aidé à mettre en forme mon guide et à cadrer mes entretiens.

J'ai donc identifié huit objectifs dans mon cadre théorique comme suit:

- Identifier le rôle d'un infirmier en santé mentale,
- Identifier si l'expérience professionnelle est un atout pour le métier d'infirmier en santé mentale,
- Comprendre le concept de la relation soignant-soigné,
- Identifier si les relations peuvent évoluer avec la chronicité des patients,
- Comprendre d'où vient la stigmatisation dans le milieu de la psychiatrie,
- Déterminer le rôle des transmissions ainsi que ses limites,
- Déterminer où se trouve la barrière entre ce qui est à transmettre et ce qui n'est pas à transmettre,
- Identifier la présence d'anecdotes lors des transmissions.

Lorsque j'ai repéré ces objectifs cités précédemment, j'ai pu élaborer mon guide d'entretien avec dix questions. J'ai trouvé pertinent d'avoir mené des entretiens semi-directifs car l'ouverture des questions permet aux Infirmiers Diplômés d'État interrogés de répondre librement. De plus, cela amène la discussion et me laisse la liberté de rajouter des interrogations pour avoir des précisions sur les réponses quand je le souhaite.

Ensuite, j'ai dû choisir les professionnels avec qui j'allais mener mes entretiens. Par rapport à ma question de départ, il m'a paru adéquat de choisir des infirmiers exerçant en santé mentale. De plus, j'ai trouvé intéressant d'opter pour un jeune infirmier et un infirmier ayant plus d'expérience afin de pouvoir comparer les deux entretiens. Cette comparaison me permettra d'avoir des points de vue différents en fonction de la durée d'exercice et d'ainsi faire ressortir l'impact de l'ancienneté sur mon sujet.

Pour le premier entretien, je me suis dirigée vers l'IFSI afin de me transmettre les coordonnées d'une infirmière ayant été diplômée il y a moins de cinq ans. J'ai donc pris contact avec cette infirmière, en lui faisant part de ma volonté de réaliser un entretien avec elle dans le cadre de mon mémoire et nous avons convenu d'un rendez-vous dans son service. L'entretien s'est déroulé dans une petite salle à l'écart à l'issue des transmissions.

Pour le second entretien, l'IFSI m'avait donné les coordonnées d'une infirmière exerçant depuis de nombreuses années. Je l'ai alors contactée mais je n'ai pas eu de réponse de sa part. J'ai donc contacté une connaissance de ma famille qui exerce en santé mentale depuis une vingtaine d'années. Elle m'a répondu favorablement et nous avons convenu d'un entretien chez mes parents. Nous étions dans une pièce isolée afin d'être dans les meilleures conditions pour réaliser l'entretien.

J'ai réalisé mes deux entretiens à deux semaines d'intervalle et j'ai demandé le consentement des deux infirmières pour enregistrer nos échanges à l'aide d'un téléphone portable pour faciliter la retranscription.

Pour finir, j'ai trouvé très enrichissant le fait de mener mes deux entretiens. Les deux infirmières étaient dévouées et prenaient mes questions à cœur dans l'idée de m'aider au maximum pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Durant ces entretiens, j'ai pu recueillir plusieurs points de vue, parfois similaires ou au contraire bien différents. Cela va me permettre d'enrichir mon mémoire et de me questionner face à ma future profession.

La principale difficulté a été sur mon rôle pour mener l'entretien car je n'ai pas osé intervenir trop souvent de peur d'influencer les soignants dans leurs réponses. Alors que je pense, que j'aurais pu demander plus de précisions sur leurs réponses sans forcément en influencer les réponses. Mon autre difficulté a été de rebondir lors du premier entretien où je me suis sentie plus anxieuse que lors du second entretien. J'avais en effet plus de mal à faire le lien entre mes questions.

4. Analyse descriptive

Afin de conserver l'anonymat des professionnelles, je nommerai IDE A, l'infirmière jeune diplômée, et IDE B l'infirmière ayant plus d'expérience dans le métier.

4.1 Le rôle infirmier en santé mentale

Dans un premier temps, j'ai souhaité identifier le rôle de l'infirmier en santé mentale. Les deux infirmières sont d'accord pour dire que la capacité relationnelle et l'observation font partie du rôle de l'infirmier en psychiatrie. L'IDE A raconte que "le relationnel est important en psychiatrie", l'IDE B le détaille en y ajoutant l'importance de la communication et le fait de "savoir capter le verbale et le non verbale" des patients. Ensuite, pour ce qui est de l'observation, elles soulignent toutes les deux que "l'observation est une très grande partie de notre métier", puis l'IDE A précise les dires en disant que l'observation doit être faite dans "le sens large" c'est à dire étudier "les comportements et l'évolution d'un patient". L'IDE B explique aussi qu'un infirmier en santé mentale doit faire preuve d'écoute et de patience envers les patients. Dans un second temps, elles mettent toutes les deux à l'honneur le travail en pluridisciplinarité en soulignant le fait d'avoir "le sens du travail en équipe" en disant qu'elles travaillent régulièrement en collaboration avec les aides-soignants et les psychiatres par exemple. De plus, d'après l'IDE B cette collaboration est primordiale. Selon les deux infirmières, le rôle d'un infirmier en santé mentale est de créer une relation d'aide avec le patient en mettant en avant les qualités relationnelles, l'observation, l'écoute et la patience. De plus, conformément à leurs dires, le travail en pluridisciplinarité fait également partie du rôle de l'infirmier que cela soit pour la bonne continuité des soins que lors des transmissions.

4.2 Les transmissions et leurs limites en santé mentale

Ensuite, j'ai voulu comprendre le rôle des transmissions en santé mentale ainsi que l'influence qu'elles peuvent avoir sur les soignants. Les infirmières ont donc toutes les deux commencé par le rôle de celle-ci. L'IDE A a souligné la discussion autour du comportement du patient "souvent on parle beaucoup du comportement" et son "évolution". Pour l'évolution, l'IDE A me l'a illustré en parlant des patients qui rentrent pour dépression "tu dis s'il va bien", "s'il est plus souriant qu'à son entrée". On

voit donc le comportement et l'évolution dans cet exemple. Les deux professionnelles de santé communiquent ensuite sur une approche globale lors des transmissions. L'IDE B affirme "on va avoir une vision hyper globale de la situation pour avoir une bonne évaluation de la personne en fonction de sa symptomatologie". Cela prouve ce qui a été dit précédemment. En effet, l'évaluation globale de la personne va permettre d'apprécier l'évolution du patient ainsi que son comportement afin de maximiser les transmissions. Elles ont en effet mis en avant l'importance des transmissions; "c'est important qu'on se dise tout pour la bonne continuité des soins". L'IDE B ajoute "tout le monde peut apporter et créer un gros panel d'une évolution globale". De plus, d'après l'IDE A si l'approche n'est pas globale et qu'on ne transmet pas correctement, il peut y avoir des ratés "des fois y'a des trucs qui se loupe" ce qui peut être embêtant pour la prise en soins des patients.

Ensuite, concernant l'influence des transmissions sur les soignants, les deux infirmières évoquent différemment. L'IDE B trouve que les transmissions peuvent influencer les soignants "ça influe et influence au départ". Elle explique cela en disant que les transmissions se font "suite au temps que les collègues ont passé". Elle justifie qu'elle peut se mettre en alerte si un soignant lui transmet "Mr hyper compliqué et revendicateur" par exemple. Alors que l'IDE A affirme "je pense pas que quand on ne connaît pas un patient, les transmissions nous influencent", puis elle finit par dire à ce sujet "c'est du cas par cas" et donc propre à chaque soignant.

Pour autant les deux soignantes se rejoignent sur la prise de recul lors des transmissions, l'IDE A l'exprime "je pense qu'on fait tous nos propres opinions" et l'IDE B précise le fait qu'elle va "réévaluer la situation" et que "c'était une situation à ce moment là". Elle parle également du fait "qu'il ne faut pas prendre les transmissions pour acquis" et elle le détaille en parlant des étudiants qui n'ont pas forcément ce recul. Dans les transmissions, il faut donc prendre du recul suite à ce qui a été dit afin de ne pas être influencé. En effet, quand nous faisons les transmissions, nous avons plein d'informations à trier afin de transmettre ce qui est nécessaire à la bonne continuité des soins.

4.3 Comprendre ce qui est à transmettre ou non. Où se trouve la barrière?

J'ai donc voulu comprendre où était la barrière entre ce qui était à transmettre ou non lorsqu'un patient vient se confier auprès des infirmiers. D'après les deux infirmières, il faut tout dire. L'IDE A l'exprime en disant "moi je pars du principe qu'il faut tout dire", l'IDE B spécifie le fait que pour elle "tout est important à transmettre" pour la bonne continuité des soins. Cependant l'IDE B m'explique dans la suite de l'entretien qu'elle ne va "pas tout transmettre à tout le monde". En effet, elle va

préciser certaines choses au médecin ou au psychiatre dans l'intérêt qu'ils puissent orienter leurs entretiens. Elle exprime aussi le fait qu'elle ne va "pas transmettre de la même façon que le patient" et va tenter d'inclure le patient au maximum en "essayant de l'emmener pour que ce soit la personne qui en parle au médecin". De plus, elle va transmettre de manière synthétique "pas dans les détails mot pour mot" mais suffisamment pour que ses collègues "puissent voir des informations pour aborder le patient d'une certaine façon" en fonction de ce qu'il lui aura livré.

L'IDE A évoque aussi certaines conséquences de ne pas tout transmettre en disant que "si tu dis pas tout, le patient va faire une fixette sur toi, il va dire les chose qu'à toi". Elle va même plus loin en parlant de clivage, "ça peut faire du clivage" car en effet selon elle, le patient peut dire "je préfère elle" par exemple. Les deux infirmières sont donc en accord sur le fait qu'il faut tout transmettre. Cependant l'IDE B fait une nuance en disant qu'elle va avoir tendance à plus préciser certaines informations au médecin. La barrière entre ce qu'il faut transmettre ou non est donc fine et propre à chaque soignant. Les transmissions peuvent donc vite devenir de l'abus de transmissions envers les patients.

4.4 La présence du qu'en-dira-t-on lors des transmissions en santé mentale

Subséquent, j'ai voulu comprendre si lors des transmissions, il pouvait en ressortir des formes "d'anecdotes" sur les patients. Les deux professionnelles de santé m'ont répondu que oui et m'ont exposé la fréquence "Ca oui, ça arrive très souvent" ou encore "c'est pas tout le temps". Ensuite, elles me communiquent différents bénéfices pour l'équipe soignante comme la cohésion d'équipe ou le relâchement. L'IDE A explique la cohésion d'équipe en disant "on a une très bonne équipe, on n'est pas gêné les uns envers les autres" et ajoute "on sait qu'on peut tout se dire, personne ne va critiquer". Elle traduit donc la cohésion d'équipe et la bonne entente comme étant un bénéfice pour se relâcher car ensuite elle explique que ces anecdotes leurs permettent de lâcher prise. L'IDE B évoque le "qu'en-dira-t-on" comme étant une manière de "couper" et l'IDE A le précise en disant "ça nous permet aussi de décompresser et même de nous souder". Le relâchement serait donc également un bénéfice pour la cohésion d'équipe et serait alors une manière de maintenir cette cohésion. Par la suite, les deux soignantes mettent en avant la bienveillance lorsqu'elles transmettent les potins, l'IDE B le justifie en disant "c'est jamais dans le but de les nuire". De plus, l'IDE B me communique aussi le public qui est le plus visé par ses propos et d'après elle "c'est surtout avec les patients chroniques" donc les patients qui reviennent régulièrement et qui sont connus du service et de l'ensemble des soignants. L'IDE B termine par me parler du fait que "dans les soins généraux c'est pareil, quand les infirmières disent "Ah il sonne pour rien", elle va même plus loin et met alors le

qu'en-dira-t-on comme étant un concept universel "même en dehors de l'hôpital on peut le retrouver". Elle continue en prenant exemple sur les chefs de chantier ou des peintres "si on appelle notre chef de chantier toutes les cinq minutes il va en parler à ses collègues pour rigoler car cela va le lasser". Le qu'en-dira-t-on existe donc dans les services et accentue la cohésion d'équipe et le public le plus touché par ce concept sont les patients chroniques.

4.5 L'évolution des relations en lien avec la chronicité des patients

A posteriori, j'ai voulu comprendre si les relations pouvaient évoluer avec la chronicité de certains patients. Les deux professionnelles de santé m'ont parlé de l'impact de la chronicité des patients, le non impact de cette chronicité et de certaines ressources pour éviter qu'il y ait un impact.

Tout d'abord, les deux infirmières se rejoignent sur un sentiment de lassitude lié au fait de la chronicité de certains patients. L'IDE A l'exprime en disant « on les connaît tellement, on sait tellement comment ils sont qu'on peut être stigmatisant ». Quant à l'IDE B, elle dit que « le chronique qui revient c'est épuisant » et ajoute que parfois, il peut y avoir « un manque de motivation ». Elle explique ce manque de motivation en racontant que « tous les projets ont été épuisés ». Les deux soignantes sont également en accord sur les transmissions réalisées sur ces patients qui, selon elles, ne « sont pas de grandes transmissions ». L'IDE B explique cela en disant « qu'il y a une autre relation qui s'instaure par rapport à quelqu'un qu'on ne connaît pas où il y a tout à découvrir et que c'est un peu plus motivant ». Il y a donc une différenciation qui se crée avec les autres patients car toujours selon elle « les attentes sont différentes » et « le lien est différent aussi ».

Cependant, les deux soignantes communiquent également sur la singularité du patient lorsqu'elles disent « c'est du cas par cas » ou encore "après c'est pas tout le temps comme ça". Ces dires montrent que les impacts cités précédemment ne sont pas quotidiens. L'IDE B ajoute « qu'il faut les prendre en soins comme tout le monde ». Cela met en avant leurs postures soignantes et leurs consciences professionnelles. Ensuite, l'IDE B se questionne et se remet en question face au retour des patients dans le service en se disant que si le patient revient « c'est que ça a merdé, qu'est-ce qu'on a loupé ? »,. Elle détaille son questionnement en se demandant « comment l'accompagner au mieux ». Les deux soignantes terminent en mettant en avant des solutions pour éviter cette stigmatisation vis-à-vis de ces patients. L'IDE A parle du fait de changer de service régulièrement et l'IDE B ajoute le fait que lorsque dans l'équipe il y a des nouveaux soignants, cela permet de mettre en place « une nouvelle dynamique et un nouveau souffle ». Les relations évoluent donc avec la chronicité des patients malgré le fait que les soignants prennent en soins ces patients comme les autres. La relation est donc un concept important dans l'exercice infirmier qui peut évoluer en fonction de différents éléments.

Dans ces moments-là, les deux infirmières ont parlé de la posture professionnelle comme étant un concept primordial.

4.6 La relation soignant-soigné

Après avoir parlé de l'évolution des relations due à la chronicité des patients, j'ai voulu comprendre le concept de la relation soignant soigné. Les deux infirmières m'ont tout d'abord décrites les composantes importantes du concept selon elles. L'IDE A met en avant la confiance en disant « faut leur montrer qu'ils peuvent avoir confiance en nous pour se livrer » et ajoute le fait que la confiance est importante par exemple pour le consentement ou l'acceptation des soins : « Il faut la confiance du patient dans les soins surtout pour les patients qui viennent sous contraintes ». L'IDE B, quant à elle, définit la relation soignant soigné comme un lien : « je pense que c'est un lien qui doit se créer et qui est propre à chacun ». Ensuite, elle vient singulariser le lien en disant « le lien qu'on va créer avec un patient va être différent au vu de tout le panel de l'équipe ». Toujours selon elle, c'est un lien horizontal « sans niveau de supériorité ». L'IDE B parle de l'importance de l'équipe dans ce lien car d'après elle c'est « l'équipe qui va créer une harmonie dans la relation quand il y a des déséquilibres ». Elle ajoute que l'équipe va être un « fil conducteur » dans la relation soignant-soigné. Les deux soignantes évoquent des limites à cette relation. D'après l'IDE A, la relation n'est pas influencée mais les familles sont à prendre en compte et la relation avec « certaines familles peut être compliquée » et donc brouiller la relation soignant-soigné. Pour l'IDE B, la relation est instable, « rien n'est figé », la relation peut donc évoluer et être influencée en fonction de nos émotions et celles du patient : « nous sommes soignants mais avant tout humains, nos composantes personnelles et émotionnelles peuvent influencer la relation ». Cette relation peut donc être déséquilibrée. L'IDE A parle aussi de la bienveillance dans la relation. De plus, les deux soignantes évoquent aussi l'accompagnement que cela soit « dans la maladie » ou « vers l'extérieur » comme faisant partie intégrante de la relation soignant-soigné. La relation soignant-soigné est donc unique en fonction de chaque soignant et de chaque patient. Elle varie en fonction de différentes choses, comme les émotions, les composantes personnelles et les représentations de chacun.

4.7 La stigmatisation dans le milieu de la psychiatrie

Par la suite, les deux soignantes ont évoqué la stigmatisation en santé mentale. Les deux témoignages des infirmières prouvent que la stigmatisation existe dans le milieu de la santé mentale en disant que "oui, c'est stigmatisé" pour l'IDE A et l'IDE B confirme en y ajoutant : "il y a toujours des préjugés et des stéréotypes". Elles mettent toutes les deux en avant les représentations sociales en parlant "d'une évolution très minime". L'IDE B dit également "les choses essayent de bouger mais ça va à deux à l'heure". Cela montre que ce milieu est encore stigmatisé et que l'évolution est faible. Selon l'IDE B les médias et l'actualité accentuent les représentations sociales car, selon elle, "parler d'un service de psychiatrie qui va bien ne sert pas à grand chose" pour eux. Elle accentue ses dires en disant "les reportages ... ils font des trucs chocs". Ensuite, les deux infirmières parlent de la méconnaissance du milieu. L'IDE A l'explique que quand elle parle de son métier à son entourage, ils ne comprennent rien. Elle dit aussi : "pour eux je donne des traitements pour que les patients dorment et c'est tout". Le métier d'infirmier en santé mentale est alors également méconnu de la population. Elle exprime aussi le fait que "les gens ont une image qui n'est pas la réalité". En effet, toujours selon ses paroles, "la chambre d'isolement pour eux est encore matelassée". Elle ajoute aussi que "c'est l'inconnu" et "les gens ne connaissent pas les pathologies". Les deux soignantes s'accordent aussi sur la peur liée à ce milieu. Selon l'IDE B, "les gens sont effrayés dès qu'on évoque le mot psychiatrie" et l'IDE A le verbalise en parlant "de l'appréhension des comportements des patients". Elle ajoute même "la psychiatrie intrigue beaucoup".

Hormis les représentations sociales, l'IDE A évoque aussi des représentations liées aux patients comme les stigmates qui, selon elle, sont "sûrement dûs à leurs faciès". Elle complète la stigmatisation des patients en parlant des traitements et leurs effets indésirables qui "n'arrangent pas la stigmatisation du patient". Cependant, elle termine en racontant que parfois on ne remarque pas que le patient est atteint de troubles psychiatriques : "chez certains patients, ça se voit pas sur leur visage" ou encore en disant : "qu'on peut les voir dans la rue sans s'en douter". J'ai voulu également interroger les infirmières sur la stigmatisation des soignants envers les patients en santé mentale. Elles m'ont toutes les deux dit que cela devait exister mais qu'elles n'avaient pas d'exemple.

4.8 L'expérience professionnelle comme atout afin d'exercer en santé mentale

Enfin, j'ai interrogé les deux infirmières sur l'expérience professionnelle afin de déterminer si cela était un atout pour exercer en santé mentale. Elles sont toutes les deux unanimes sur le fait que l'expérience est un atout afin de se sentir plus à l'aise. En effet, l'IDE B dit que "c'est l'expérience qui va faire qu'on va être plus à l'aise" et l'IDE A le confirme en disant qu'avec le temps "tu sais plus comment réagir et appréhender les choses". Elles mettent également en avant le sentiment de confiance. L'IDE A l'exprime en disant qu'elle a pris beaucoup plus confiance avec l'expérience que cela soit "en elle, dans son travail ou même envers les patients". L'IDE B exprime que l'expérience peut permettre "de se mettre plus en confiance et de prendre en compte que le patient et sa situation"; ainsi elle ajoute que "le protocole est connu" donc selon elle, on va moins se focaliser "sur son positionnement" par exemple lorsqu'un patient est en chambre d'isolement. Elle met donc en avant les connaissances. L'IDE A en parle aussi quand elle dit que "forcément on connaît plus les traitements" ou "ce qu'on a à faire". De plus, l'IDE A émet aussi le fait qu'elle a pris en assurance "au fur et à mesure".

L'IDE B a aussi répondu à ma question en énonçant les difficultés de l'inexpérience. En effet, selon elle, il peut y avoir "de possibles appréhensions des personnes isolées" ou "des préjugés par rapport à la chambre d'isolement". De plus, elle complète ses paroles en disant que les jeunes infirmiers peuvent "se mettre une pression".

Ensuite, l'IDE B décrit l'expérience comme étant un atout dans tous les domaines et pas seulement en psychiatrie. Elle universalise cela en disant : "dans tous les domaines on se fait sa pratique à force d'expérience". Pour terminer l'IDE A a parlé du fait qu'on en apprend tous les jours, ses dires sont valables pour n'importe quel profil d'infirmiers. L'IDE B dit également "que le soignant débutant a autant de compétences et d'atouts dans l'approche du patient". Selon elles, il y a donc aussi des atouts communs entre les deux profils d'infirmiers.

Les deux infirmières mettent donc en avant l'expérience professionnelle comme étant un atout dans la pratique infirmière en santé mentale. Cependant, l'IDE B exprime le fait que l'expérience est un atout qui n'est pas lié à la psychiatrie et les deux infirmières verbalisent le fait qu'il peut y avoir des points communs entre les deux profils.

5. La discussion

Dans cette dernière partie je vais confronter mon cadre conceptuel avec les dires des soignants. Ensuite, je vais y ajouter ma réflexion personnelle et pour finir je vais faire évoluer ma question de départ : ***En quoi la relation soignant-soigné en santé mentale peut-elle être altérée quand le patient a été stigmatisé suite à ses anciennes hospitalisations ?***

5.1 Analyse interprétative

Pour commencer, je vais comparer les apports théoriques exposés lors de mon cadre conceptuel avec les dires des soignants lors de mes deux entretiens. Tout d'abord certains thèmes abordés dans mon cadre théorique sont en lien avec les dires des soignants. En revanche, j'ai exposé certains thèmes dans mes apports théoriques qui me semblaient importants en lien avec ma question de départ que les soignants n'ont pas abordé lors des entretiens et inversement.

Dans un premier temps, la capacité relationnelle, l'organisation et le travail en collaboration sont les notions mises en avant par les infirmiers sur leurs rôles en tant qu'infirmiers. Ces thèmes sont communs à ceux évoqués dans mon cadre théorique. En effet, selon Paul Bernard le rôle de l'infirmier en santé mentale repose sur "l'observation du comportement du malade"; il ajoute "les explications que l'infirmier doit faire au malade" comme par exemple sur ses traitements ou sa pathologie. Il parle également "des transmissions faites au médecin". Je rejoins les deux infirmiers et Paul Bernard sur ces dires. Selon moi, il est important d'observer les patients afin de pouvoir bien transmettre aux collègues pour la continuité des soins. De plus, je trouve que la capacité relationnelle est la notion primordiale du métier d'infirmier que cela soit envers les patients, afin de construire une relation soignant-soigné de qualité, ou envers les autres soignants.

De plus, dans mes entretiens j'ai voulu comprendre si l'expérience professionnelle était un atout pour exercer en santé mentale. Les deux soignantes m'ont parlé d'assurance, de confiance et du fait de se sentir plus à l'aise. Au vu des réponses, je pense que cela aide dans la création de la relation d'aide et la relation soignant-soigné. En effet, si on gagne en confiance et en assurance, selon moi, il est plus simple de créer des relations soignant-soigné durables.

Dans un second temps, la relation soignant-soigné constitue une part majeure de l'exercice des soins infirmiers selon moi. Dans mon cadre théorique, la relation est décrite comme étant "un lien existant

entre personnes” d’après le Larousse. L’IDE B me décrit essentiellement la relation soignant soigné comme “un lien” unique et propre à chacun. A. Manoukian et A. Massebeuf analysent cette relation qu’elle “varie en fonction de différents facteurs”. L’IDE B en parle aussi quand elle dit que les composantes personnelles et émotionnelles peuvent influencer la relation. Elle le précise en disant que “rien n’est figé”. L’accompagnement a été émis par l’IDE A et dans mon cadre conceptuel, cette notion est notifiée dans l’objectif de la relation soignant soigné qui est “d’aider et de soutenir le soigné”.

Ensuite, en lien avec cette relation je trouvais la notion de confiance importante à décrire dans mon cadre théorique et les deux infirmières l’ont bien souligné lors des entretiens en parlant de “relation de confiance”, “créer de la confiance l’un envers l’autre”. L’IDE A le détaille en expliquant l’importance de cette relation de confiance pour la réalisation des soins ou pour que les patients puissent se livrer. D. Phaniel l’affirme lorsqu’il dit que “la confiance s’instaure lors des soins et du processus relationnel”. Je pense qu’on voit donc l’importance du rôle de l’infirmier en santé mentale avec le relationnel et cela rejoint les dires de l’IDE A et des deux infirmières de manière générale. A. Santin, quant à lui, parle de la réciprocité de la relation de confiance, ce que confirme l’IDE A “créer de la confiance l’un envers l’autre, que cela soit lui envers nous ou nous envers lui”. En effet, je trouve que dans la relation soignant-soigné, il est important d’avoir une relation de confiance stable et de créer une relation sans lien de supériorité.

Cependant, dans mon cadre conceptuel, je n’ai pas communiqué sur les limites de la relation. Les deux infirmières m’en ont parlé dans les entretiens et j’ai trouvé cela intéressant. L’IDE B m’a parlé du fait que le lien pouvait se déséquilibrer à certains moments comme lors de la mise en place de la chambre d’isolement d’un patient; elle ajoute alors l’importance de l’équipe qui va alors selon elle “créer un fil conducteur” ou encore permettre l’harmonie de la relation. Je trouve les dires de l’IDE B fondamentale pour comprendre certaines limites de cette relation.

Ensuite, j’ai voulu comprendre si la relation soignant-soigné pouvait évoluer ou être influencée avec la chronicité de certains patients. Les deux infirmières interrogées m’ont parlé de la forme de lassitude qu’elles ressentaient envers les patients qui reviennent régulièrement dans les services en parlant “d’un essoufflement” ou “d’un manque de motivation”. L’IDE B m’a également parlé de la différenciation avec les autres patients en disant que “les attentes sont différentes” ou “le patient chronique fait qu’il y a une autre relation qui s’instaure”. Elle l’explique en disant que c’est moins motivant pour elle. Je pense alors que la relation est différente et qu’elle évolue en fonction des soignants. Les deux infirmières affirment que pour autant “il faut les prendre en soins comme tout le monde”. Je pense que d’une manière inconsciente la prise en soins peut être différente. Cependant, je suis d’accord avec elles quand elles expliquent qu’il faut les prendre en soins comme tout le

monde. En effet, je pense que cette forme de lassitude ne doit pas être ressentie par les patients. Elles ne m'ont pas parlé de posture professionnelle mais je pense que ce concept joue énormément ainsi que la conscience professionnelle dans ce genre de cas. Elles terminent par parler des transmissions en disant "que ce sont pas de grandes transmissions". Je trouve ceci dommage car cela peut desservir les patients chroniques dans leurs prise en soins.

Dans un troisième temps, je vais aborder les transmissions. D'après moi, elles ont une mission considérable dans la continuité des soins que cela soit d'une équipe à l'autre, entre les différents professionnels de santé ou même pour les proches et l'entourage du patient. En effet, je pense qu'il y a toute une problématique entre ce qu'il faut transmettre ou non, sur comment transmettre ainsi que sur la nature de ce qu'on doit transmettre et à qui. En effet, les deux infirmières ont évoqué l'importance des transmissions "pour la bonne continuité des soins" ou "pour pas qu'il y ait des informations qui se loupent". Elles ont également parlé de l'approche globale des transmissions en santé mentale que cela soit porté sur le comportement du patient ou autre. D'après l'article "le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie", les transmissions ont un impact sur les infirmiers en lien avec la pathologie et la problématique du patient. Les soignantes confirment ces dires en disant qu'il faut "réévaluer la situation" et "faire ses propres opinions". Les transmissions ne sont donc pas à prendre pour acquis. L'IDE B exprime aussi le fait que les transmissions peuvent l'influencer sur le patient au début, elle "peut donc se mettre en alerte". L'IDE A quant à elle ne partage pas cet avis. Je pense qu'il faut réussir à prendre du recul afin de se faire nos propres opinions, cependant chaque soignant réalise des transmissions de manière différente. Je pense également qu'il faut réussir à transmettre des éléments essentiels pour que l'équipe puisse comprendre la situation du patient. Dans mon cadre conceptuel, j'ai parlé du fait que les soignants se posent des questions sur quels éléments transmettre et quelles notions garder pour soi en lien avec "les souffrances et l'histoire de vie personnelle et familiale du patient".

Les soignantes m'ont alors parlé de la barrière entre ce qui est à transmettre ou non. Elles ont mis en avant le fait de tout dire à l'équipe soignante. L'IDE B exprime le fait qu'elle va "communiquer plus de détails au médecin" afin qu'ils puissent orienter leurs entretiens. Elle précise aussi qu'elle ne va pas tout transmettre mot pour mot et qu'elle va en parler de manière synthétique. Lors de mon cadre conceptuel j'ai parlé du concept du secret professionnel auquel les soignants doivent se tenir. Je trouve que les transmissions sont en lien avec le secret professionnel. En effet, selon l'article *Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie* : "le secret professionnel a plusieurs destinataires"; de plus, "il s'impose à tout infirmier ou étudiant". Le secret professionnel a donc sa place lors des transmissions. Les informations peuvent avoir des destinataires différents et pour le préserver, je pense qu'il faut donc savoir quoi transmettre et à qui. À mon sens, lors des

transmissions les soignants doivent tout se dire, cependant, je peux comprendre l'IDE B qui ne transmet pas tout à tout le monde car en effet chaque type de soignant a ses compétences et il faut savoir à qui transmettre quel contenu afin de conserver le secret professionnel. De plus, je pense que les infirmiers n'ont pas forcément besoin de connaître tous les détails pour prendre en soin un patient. Les psychiatres ont, quant à eux, sûrement besoin de plus de précisions afin d'orienter leurs entretiens. L'IDE A a communiqué sur les conséquences de ne pas tout transmettre. Je les trouve intéressantes car il est vrai que si on ne s'accorde pas tous sur la façon dont on transmet, il est possible que les patients face du "clivage" ou "des fixettes sur des soignants" qui décident de tout garder pour eux.

Dans un quatrième temps, j'ai voulu comprendre d'où venait la stigmatisation en psychiatrie. Dans mes apports théoriques la stigmatisation est définie comme étant "un processus dynamique qui discrédite un individu aux yeux des autres". J'ai identifié plusieurs catégories de stigmates comme "les stigmates corporels" ou ceux "tenant à la personnalité", l'IDE A a parlé des représentations liées au patient en disant que la stigmatisation est sûrement due "à leurs faciès", "aux neuroleptiques et leurs effets indésirables". Elle parle donc de stigmates et précise leurs sens. L'IDE A m'a également parlé des représentations sociales avec la méconnaissance du milieu et fait alors sens avec mon cadre conceptuel lorsque je parle de la stigmatisation en santé mentale. En effet, O. Hody décrit de multiples facteurs comme étant la cause de cette stigmatisation et parle alors de "la peur" ou de la "non connaissance". Toujours selon mon cadre théorique, je parle ensuite de P. Touzet qui expose la stigmatisation des maladies mentales comme le résultat "de nos représentations sociales". Il ajoute que les médias "diabolisent" ces pathologies mentales. L'IDE B m'a également parlé de cette médiatisation qui n'apprécie pas le regard porté sur la psychiatrie. Je pense donc que c'est un milieu où la stigmatisation est encore présente. Cette stigmatisation est selon moi essentiellement due à différentes raisons comme la méconnaissance des pathologies et du milieu et la peur de ce milieu. Je pense également que les médias alimentent cette peur et cette méconnaissance en décrivant dans leurs articles ou leurs reportages la psychiatrie comme étant un milieu violent et dangereux, ce qui n'est toujours, selon moi, pas la réalité des choses. La population continue alors d'alimenter leurs craintes envers ce milieu. Je pense que la stigmatisation de la santé mentale essaye d'évoluer mais c'est plutôt lent. En effet, à mon sens, les gens ont des idées ancrées par rapport à des films ou des reportages avec une vision de la psychiatrie comme étant le monde de la folie. Cependant, selon moi, ce n'est pas le cas. Il y a toutes sortes de pathologies en santé mentale et pas seulement des crises en phase aiguë. Je pense également que la sectorisation peut faire défaut. En effet, une personne atteinte de troubles du comportement alimentaire ou en dépression peut se retrouver avec des

personnes en phase aiguë d'un trouble bipolaire ou schizophrène. Je pense que cela peut les effrayer et donc accentuer la stigmatisation à leur retour au domicile en parlant avec leur famille par exemple.

Dans ce cinquième temps, je vais parler de la stigmatisation des soignants en santé mentale. Dans mes apports théoriques j'avais identifié qu'il était possible de retrouver de la stigmatisation de la part des soignants envers des patients ayant des troubles de la personnalité par exemple. Les deux soignantes m'ont dit qu'il était sûrement possible de retrouver de la stigmatisation de la part des soignants mais qu'elles n'en avaient jamais vu. Je me dis que ma question était peut-être trop intrusive ou les soignants n'ont tout simplement pas rebondi dessus car ils ne voyaient pas d'exemple. A mon sens, je pense que cela peut arriver à certains soignants d'être stigmatisants envers certains patients. Je pense que cela n'est pas réalisé de manière consciente; cela pourrait être expliqué comme une forme de lassitude de la part du soignant. Le soignant peut, en effet, ce jour être fatigué ou énervé et devenir stigmatisant avec un patient sans le vouloir. De plus, je pense que la posture soignante est également importante dans ce genre de situation pour se reprendre et savoir mettre de côté les émotions parasites et faire la part des choses avec le travail. Je pense donc comme les soignants, que cela a dû arriver mais cela reste du cas par cas et propre à chaque soignant.

Ensuite, dans mon cadre conceptuel j'ai mis en évidence cette stigmatisation en parlant des abus d'informations lors des transmissions orales. Les deux soignantes ont parlé de formes d'anecdotes réalisées sur les patients. Selon elles, cela permet une cohésion d'équipe et un relâchement dans le travail "ça nous permet de décompresser et de nous souder". Elles m'ont toutes les deux communiqué que c'était bienveillant et que cela restait dans le service et ainsi que le secret professionnel était conservé. L'IDE B m'a également parlé de l'universalité de ces anecdotes en disant que ces pratiques étaient également présentes dans les soins généraux et même en dehors de l'hôpital. Dans mon cadre conceptuel, j'avais également mis en évidence que ce commérage avait "un rôle prédominant dans la création de lien social" et que cela était formateur de dynamique de groupe. Je pense, en effet, que ces ragots et commérages sont formateurs de cohésion d'équipe ou même d'intégration à un groupe social. Je me suis également rendue compte que cela se trouvait partout et pas seulement à l'hôpital. On pouvait le retrouver dans la vie de tous les jours et qu'il faisait partie de l'être humain de manière plus générale. Pour ce qui est des soignants, je suis en accord sur le fait que cela leurs permettent de décompresser ou de se relâcher. Cependant, je pense que cela ne doit vraiment pas être cité car cela pourrait intensifier le mal-être des patients vis-à-vis de leurs pathologies.

5.2 Mon positionnement professionnel

Je pense, personnellement, que mes recherches dans mon cadre théorique et mes entretiens m'ont permis d'enrichir mes connaissances. En effet, mes recherches m'ont permis d'identifier et de comprendre certaines notions et mes entretiens ont complété mes recherches. D'avoir confrontés les dires des soignants avec mes recherches m'ont aidé à mettre en évidence certaines notions comme la relation soignant-soigné et ses limites, l'évolution de la relation avec la chronicité des patients, les transmissions et ses limites et le bénéfice pour les soignants de l'abus d'informations lors des transmissions. Cela m'a également permis de retirer certaines croyances que j'avais envers la relation par exemple. J'ai pu comprendre que les relations sont des liens instables et qu'il peut y avoir des déséquilibres liés à différents facteurs comme les émotions du patient ou celles du soignant. Ainsi, les déséquilibres qu'il peut y avoir dans les relations ne sont pas à prendre pour soi car les facteurs peuvent s'appliquer au soignant comme au patient. J'ai également pu percevoir que c'est l'équipe dans ses moments là qui crée de l'harmonie dans les relations.

J'ai également compris que l'expérience professionnelle était un atout dans l'exercice infirmier mais pas seulement. En effet, à l'aide des entretiens, j'ai pu assimiler que cette expérience est un atout dans la vie en général et dans l'ensemble des métiers. Ce n'est donc pas forcément en lien avec le milieu hospitalier mais plutôt un atout universel.

De plus, la rédaction de ce mémoire m'a fait réaliser la méconnaissance d'autrui sur le milieu de la santé mentale. En effet, j'ai pris conscience que les personnes qui ne connaissent pas la psychiatrie, de près comme de loin, ont des a priori sur la santé mentale dus à différentes causes comme la médiatisation ou d'anciennes convictions liées à la psychiatrie. C'est quelque chose qui m'a étonné car je pensais que l'évolution du regard d'autrui sur la psychiatrie avait bien plus avancé que cela.

En lien avec ma situation de départ, mon cadre conceptuel ainsi que mes entretiens m'ont fait comprendre la prise de recul lors des transmissions. En effet, lors de ma situation de départ, je pense que les transmissions des soignants étaient bienveillantes et je n'aurais pas dû les prendre comme acquises. Je pense que j'aurais dû réévaluer la situation du patient et prendre du recul sur ce qui m'a été transmis tout en restant en alerte sur ce qui m'a été dit. Et j'aurai sûrement dû me faire ma propre opinion afin de pouvoir créer cette relation avec le patient. Cette réflexion a pu mûrir grâce à une meilleure confiance en moi au fil de mes différents stages et un gain en maturité lors de ces trois années de formation. En effet, ma situation de départ s'est déroulée lors de mon premier stage de première année.

J'ai pu aussi me rendre compte que les anecdotes ou le quand-dira-t-on qu'on entend dans les services ne sont pas que délétères pour les patients. J'avais tendance à mal percevoir ce genre de transmissions et penser au patient. Cependant, par mes entretiens et mes recherches, j'ai aperçu un autre côté à cela comme le bénéfice des soignants. En effet, cela permet de décompresser et de relâcher la pression, ses anecdotes permettent aussi de souder les équipes et de mener une cohésion tant que cela reste bienveillant. Par rapport au quand-dira-t-on, mon point de vue a également évolué car j'ai assimilé le fait que cela n'arrive pas seulement en santé mentale mais également en soins généraux. Pour aller plus loin, je peux même dire que ces ragots ne se cantonnent pas seulement dans le milieu hospitalier ou au travail mais cela se retrouve également dans toutes les relations. Cela fait donc partie de l'être humain. En effet, les patients peuvent également se dire la même chose des soignants.

Enfin, je rejoins totalement les infirmières sur la lassitude qu'elles peuvent ressentir avec la chronicité de certains patients dans les services de soin et donc comprendre le qu'en-dira-t-on lors des transmissions orales.

5.3 Mon cheminement vers la question de recherche définitive

Cette discussion me semble mettre en évidence le quand-dira-t-on lors des transmissions orales ou les ragots comme étant un concept que l'on peut retrouver dans tous les domaines. Nous pouvons donc universaliser ce concept.

De plus, les deux soignantes ont régulièrement comparé les soins généraux à la santé mentale durant les entretiens lorsque nous parlions du quand-dira-t-on ou de la chronicité des patients.

Nous pourrions donc réajuster la question de départ en question finale de recherche, comme suit, afin d'approfondir plus encore cet aspect de la problématique de base: **“En quoi la connaissance de la chronicité des patients dans les services de soin peut influencer la posture professionnelle lors des transmissions orales?”**

Conclusion

Ce travail de fin d'étude, réalisé tout au long de ma troisième année de formation, est la première démarche de recherche que je réalise. Au début, devant le travail qu'il y avait à mener, cela m'a semblé fastidieux. Cependant, petit à petit, l'ensemble des étapes réalisées ont contribué à la construction de mon identité professionnelle et ainsi de consolider les valeurs que je porte.

A l'aide de ce mémoire, j'ai pu conduire un travail de recherches et d'analyses à partir de questionnements personnels venant d'une situation d'appel vécu en stage. Ensuite, la rédaction de mon cadre conceptuel, faisant parti de la première phase exploratoire, m'a permis de découvrir et approfondir de nouvelles connaissances en lien avec le rôle de l'infirmier en santé mentale, la relation soignant-soigné, le rôle des transmissions en psychiatrie et la stigmatisation du milieu. Ces notions sont des valeurs primordiales dans la profession infirmière et seront forcément utiles dans mon futur exercice professionnel.

D'autre part, les entretiens réalisés avec deux soignantes ont pu préciser mes recherches ainsi que de développer mon ouverture d'esprit avec des points de vue différents que les miens. Mes entretiens m'ont également permis de répondre à certaines de mes questions et ainsi faire évoluer ma vision sur ma problématique. Ce sont des échanges très enrichissants tant pour ce travail de recherche que pour la future professionnelle que je suis. En effet, ils m'ont fait mieux saisir les enjeux des transmissions sur la relation soignant-soigné.

De plus, ils m'ont également fait comprendre la stigmatisation et les préjugés que les soignants peuvent avoir envers des patients chroniques. Je comprends donc l'importance des transmissions et leurs impacts, notamment sur la prise de recul des soignants par rapport à ce qui peut être dit afin de créer une relation soignant-soigné de qualité avec le patient.

A travers ce travail de fin d'étude, j'ai appris que la chronicité des patients n'est pas évidente à gérer pour les soignants et, qu'inconsciemment ou malencontreusement, il arrive parfois de faire des différenciations avec les autres patients ou de ressentir une forme d'essoufflement face aux projets proposés aux patients.

En outre, ce travail m'a également permis d'assimiler que dans les transmissions, il peut y avoir des moments de relâchement prenant la forme de ragots ou de commérages et favorisant ainsi la cohésion d'équipe.

Pour conclure, je dirai que le travail effectué durant ce mémoire, riche de toutes ces données, me permet à présent d'appréhender ma prise de poste avec moins de questions et plus de sérénité dans mes relations soignant-soigné ainsi que dans les transmissions que je pourrai recevoir et transmettre. Il s'agira désormais pour moi de prendre du recul dans ce travail des transmissions afin de ne pas altérer par la suite mes relations avec les patients.

Bibliographie

Ouvrages :

Manoukian, A. et Massebeuf, A. (2008). La relation soignant-soigné. Rueil-Malmaison : Lamarre
Dictionnaire des concepts en sciences infirmières. Pages : 28, 421, 422, 423, 426.

Articles :

Leyreloup, A. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, 25, 121-128. Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-121.htm>

Perrin-Niquet, A. (2015). Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie. L'information psychiatrique.
Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-8-page-651.htm>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89, 33-42. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Santin, A. (2009). Espace éthique région Ile de France, La relation de soin: une relation de confiance? <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/la-relation-de-soin-une-question-de-confiance#:~:text=Donner%20sa%20confiance%20au%20soignant,demande%20de%20soins%2C%20la%20respecter.&text=Si%20la%20confiance%20est%20n%C3%A9cessaire,pas%20suffisante%20%C3%A0%20elle%20seule.>

Paillard, C. (2021). Le risque de la stigmatisation. *Perspective soignante* N°70, p. 71-72.

Henrion, C. (2021). Et si le commérage était indispensable aux relations sociales?. *Sciences et avenir*. https://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/et-si-le-commerage-etait-indispensable-aux-relations-sociales_155028

Perspectives Psy, Vol. 49, n°4, octobre-décembre 2010, p. 317-326 L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques.
https://www.perspectives-psy.org/articles/ppsy/abs/2010/04/PPSY_494_0317/PPSY_494_0317.html

Transmissions N°55 - Décembre 2016 - Le magazine de la direction des soins et des activités paramédicales. Page 4.

Baillargeon, P et Puskas, D. (2013). Alliance thérapeutique, L'alliance thérapeutique: conception, pratique. *Défis jeunesse*, p. 4-8.
http://www.unipsed.net/wp-content/uploads/2014/09/alliance_defi_06_13.pdf

Touzet, P. (2011). Stigmatisation et maladie mentale: le soignant, le politique et le journaliste. *Soins Psychiatrie*, p. 30-31.

Giordana, JY. (2011). Lutter contre la stigmatisation, un enjeu majeur en santé mentale. Soins Psychiatrie, p. 14-15.

Fayard, A et Fortin J. (2012). Stigmatisation: quel impact sur la santé?. La santé de l'homme, p. 8-10.

ROSS, CA. et GOLDNER, EM. (2009). Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.

Bichsel, N. (2017). La stigmatisation: un problème fréquent aux conséquences multiples. Revue Médicale Suisse.

<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2017/revue-medicale-suisse-551/la-stigmatisation-un-probleme-frequent-aux-consequences-multiples>

Favetta, V. et Feuillebois-Martinez, B. (2011). Prendre soin et formation infirmière. Recherche en soins infirmiers. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-4-page-60.htm>

Sites Web :

Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/psychiatrie>

Dictionnaire Larousse en ligne. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rerelations/67845>

OMS, Organisation Mondiale de la Santé. (2018). Santé mentale: Renforcer notre action. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux-a-propos-troubles-mentaux> (3 Décembre 2021).

Ordre National des Infirmiers. (Mars 2010). *Psychiatrie et santé mentale, enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières*, p. 20.

https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cnoi_psychiatrie_sante_mentale.pdf

Légifrance, Le service public de la diffusion du droit en ligne.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006190610/>

PSYCOM, Santé Mentale Info. (2010).

<https://www.psycom.org/wp-content/uploads/2020/10/Modalites-de-soins-psychiatriques-2017.pdf>

Em Premium en ligne. <https://www.em-premium.com/showarticlefile/842970/main.pdf>

La langue française en ligne.

<https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/stigmatisation>

Universalis en ligne. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/ragots-et-rumeurs-anthropologie/>

CAMH, Lutte contre la stigmatisation.

<https://www.camh.ca/fr/agent-du-changement/lutte-contre-la-stigmatisation>

Tableau des annexes

- I. Le guide d'entretien

- II. Tableaux d'analyse des entretiens

- III. Retranscription de l'entretien numéro 1

- IV. Retranscription de l'entretien numéro 2

Annexe I : LE GUIDE D'ENTRETIEN

Question de départ (à ne pas énoncer en début d'entretien) : "En quoi la relation soignant-soigné en santé mentale peut-elle être altérée quand le patient a été stigmatisé suite à ses anciennes hospitalisations".

Introduction:

Bonjour, je suis Leïla, je suis étudiante infirmière en 3ème année. J'effectue mon mémoire sur l'importance de la relation soignant-soigné et sur le rôle des transmissions en psychiatrie. Dans le cadre de mon travail de mémoire je dois retranscrire cet entretien, est-ce que vous m'autorisez à l'enregistrer ?

Avant de commencer l'entretien, j'aimerais que vous vous présentiez de manière succincte c'est-à-dire votre année de diplôme et vos expériences professionnelles principales ?

Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie ?

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi de travailler dans ce service ?

Quelles sont les spécificités du service?

Objectif : Identifier le rôle d'un infirmier en santé mentale
Qu'est ce qu'est pour vous être infirmier en santé mentale ? L'expérience professionnelle est-elle un atout pour appréhender l'exercice infirmier en psychiatrie ? ? <i>- En quoi ?</i>
Objectif : Comprendre le concept de la relation soignant-soigné
Comment définirez-vous la relation soignant-soigné en santé mentale ou autre service ? <i>Sur quoi repose-t-elle?</i> <i>Peut-elle être influencée?</i>
Objectif : Identifier si les relations peuvent évoluer avec la chronicité des patients

Les soignants peuvent-ils avoir des préjugés sur des patients “chroniques”, qui reviennent régulièrement dans les services?

Objectif : Comprendre d'où vient la stigmatisation dans le milieu de la psychiatrie

Pensez-vous qu'il y a eu une modification du regard porté sur l'autre sur la psychiatrie?

Pensez-vous que les patients sont stigmatisés? Pourquoi?

Avez-vous déjà eu des appréhensions sur le fait d'exercer en santé mentale?

Objectif : Déterminer le rôle des transmissions ainsi que ses limites

Est-ce que pour vous les transmissions ont un rôle spécial en psychiatrie?

Pensez-vous que certaines transmissions orales peuvent influencer certaines relations soignants-soignés malencontreusement?

Vous est-il déjà arrivé de recevoir des transmissions qui vous ont mis mal à l'aise ou qui vous ont bousculé sur un patient?

Objectif : Déterminer où se trouve la barrière entre ce qui est à transmettre et ce qui n'est pas à transmettre

Selon vous, dans ce que nous confie le patient, où est la barrière entre ce que nous devons garder pour nous et ce que nous devons transmettre pour la bonne continuité des soins?

Objectif : Identifier la présence d'anecdotes lors des transmissions

Lorsque vous faites les transmissions, ça vous arrive des fois de faire des sortes d'anecdotes sur des patients?

Conclusion.

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?
- Remerciements
- Nouvelle garantie de l'anonymat

Annexe 2 : TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS.

Tableau 1.

IDE B avec de l'expérience dans le milieu de la psychiatrie

IDE A avec moins d'expérience dans le milieu de la psychiatrie

Objectif : Identifier le rôle d'un infirmier en santé mentale

Qu'est ce qu'est pour vous être infirmier en santé mentale ?

Créer une relation d'aide				Travail en pluridisciplinarité
Capacité relationnel	Observation	Écoute	Patience	Travail en collaboration
<ul style="list-style-type: none"> - Le relationnel est important en psychiatrie. - Le relationnel est présent parce qu'on les voit beaucoup. - Très grande partie de notre métier avec le relationnel. - La communication aussi. - Et savoir capter le verbal et le non verbal. - Aimer le côté relationnel, aller vers les autres. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'observation est primordiale dans notre métier. - C'est une très grande partie de ce qu'on fait. - L'observation dans le sens large, les comportements ou alors l'évolution d'un patient. - L'observation est une grande partie de notre métier. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense que c'est l'écoute. - Beaucoup d'écoute envers les patients. - Il faut vraiment savoir écouter. 	<ul style="list-style-type: none"> - Et être patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Avoir le sens du travail en équipe. - Le travail en collaboration. - On travaille beaucoup avec les aides-soignants et assistantes sociales, on les voit tout le temps. - La collaboration est primordiale que cela soit avec les aides-soignants ou les psychiatres.
6	4	3	1	4
14				4

Tableau 2.

Objectif : Identifier si l'expérience professionnelle est un atout pour le métier d'infirmier en santé mentale

L'expérience professionnelle est-elle un atout pour appréhender l'exercice infirmier en psychiatrie ?

Les atouts de l'expérience dans le métier				Universelle à tous les métiers	Les difficultés de l'inexpérience dans le métier	Communs aux deux profils
Assurance	Confiance	Connaissances	Se sentir plus à l'aise			
<ul style="list-style-type: none"> - J'ai pris beaucoup plus d'assurance au fur et à mesure. - Après tu prends de l'assurance. 	<ul style="list-style-type: none"> - J'ai pris beaucoup plus de confiance en moi et dans mon travail. - J'ai pris beaucoup plus de confiance même envers les patients. - Ça permet de se mettre plus en confiance et de prendre en compte que le patient et sa situation. 	<ul style="list-style-type: none"> - Forcément tu connais beaucoup plus les traitements. - Tu sais ce que tu as à faire. - Le protocole est connu. 	<ul style="list-style-type: none"> - On va être plus à l'aise quoi. - C'est l'expérience qui va faire qu'on va être plus à l'aise. - On va pouvoir gérer certaines situations de façon fluide. - On fait les choses de façon plus naturelle. - Tu sais plus comment réagir et appréhender les choses. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je dirais que oui mais comme dans tout. - Ce n'est pas spécifique à la psychiatrie. - Dans tous les domaines, on se fait sa pratique à force d'expériences. 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent y'a des appréhensions quand des personnes sont isolées. - Y'a toutes les croyances qu'on a par rapport à la psychiatrie. - On peut avoir des préjugés par rapport à la chambre d'isolement. - Ça met vachement la pression. - On se pose plus de questions au début: sur son positionnement, comment je vais faire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour autant le soignant débutant, il a autant de compétences et d'atouts dans l'approche du patient. - Des idées restent présentes même plus tard parce que chaque personne est différente. - Même avec l'expérience c'est pas pour autant que nos sécurités s'en vont. - On en apprend tous les jours.
2	3	3	5	3	5	4
13				3	5	4

Tableau 3.

Objectif : Comprendre le concept de la relation soignant-soigné

Comment définirez-vous la relation soignant-soigné en santé mentale ou autre service ? *Sur quoi repose-t-elle? Peut-elle être influencée?*

Les composantes importantes de la relation soignant-soigné					Les limites de la relation soignant-soigné	
Confiance	Bienveillance	Accompagnement	Un lien	L'équipe	Instable	Entourage
<ul style="list-style-type: none"> - Je reste sur la confiance, on parle souvent de ça avec les médecins. - La confiance du patient dans les soins. - Faut leur montrer qu'ils peuvent avoir confiance en nous pour se livrer. - Créer de la confiance l'un envers l'autre, que cela soit lui envers nous ou nous envers lui. - Y'a une relation de confiance. 	<ul style="list-style-type: none"> - La bienveillance forcément joue beaucoup aussi. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'accompagnement aussi. - Fin on est vraiment là. - On fait beaucoup d'accompagnement sur l'extérieur. - Accompagnement dans la maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense que c'est un lien qui doit se créer qui est propre à chacun, à chaque soignant. - Le lien qu'on va créer avec un patient va être différent au vu de tout le panel de l'équipe. - C'est un lien qui doit se créer. - Surtout le lien qui est sans niveau de supériorité. - Le soignant apporte quelque chose au patient et inversement. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'équipe va créer une harmonie à la relation quand il y a des déséquilibres. - L'équipe peut créer une espèce de fil conducteur. 	<ul style="list-style-type: none"> - Rien n'est figé. - Le fil peut basculer. - Elle peut changer. - Nos composantes personnelles et émotionnelles peuvent influencer la relation et créer un déséquilibre. - Quand on met une personne en chambre d'isolement le lien peut se déséquilibrer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Y'a les familles à prendre en compte, y'a pas que les patients. - Ça peut être compliqué avec certaines familles.

<p>- Donc y'a une relation de confiance. - Quand y'a un déséquilibre qui se crée c'est le lien de confiance qui rétablit la relation.</p>						
7	1	4	5	2	5	2
19					7	

Tableau 4.

Objectif : Identifier si les relations peuvent évoluer avec la chronicité des patients

Les soignants peuvent-ils avoir des préjugés sur des patients “chroniques”, qui reviennent régulièrement dans les services?

Le non impact de la chronicité		Impact de la chronicité des patients			Les ressources
La singularité du patient	Se questionner	Les transmissions	La différenciation	Lassitude	
<p>- Il faut les prendre en soins comme tout le monde - C'est du cas par cas - Après c'est pas tout le temps comme ça.</p>	<p>- Tu te dis, s'il revient c'est que ça a merdé qu'est-ce qu'on a loupé ? - Comment on peut faire au mieux pour l'accompagner ?</p>	<p>- Pour les chroniques on n'a pas beaucoup de transmissions. - C'est pas des grandes transmissions qu'on fait sur eux. - Dans les transmissions, ça va être Mr untel est revenu et ça s'arrête là quoi.</p>	<p>- Les attentes sont différentes. - Le lien avec la personne est différent. - Le patient chronique fait qu'il ya une autre relation qui s'instaure par rapport à quelqu'un qu'on connaît pas ou il y a tout à découvrir ou c'est un peu plus motivant. - Donc là les attentes sont différentes.</p>	<p>- Le chronique qui revient c'est épuisant. - On est à bout de souffle. - Y'a un essoufflement. - Un manque de motivation du coup. - Il y a un moment où on a épuisé tous les projets. - On les connaît tellement, on sait tellement comment ils sont qu'on peut être stigmatisant.</p>	<p>- Après dans l'équipe des nouvelles têtes c'est chouettes, ça permet de mettre une nouvelle dynamique et du coup un nouveau souffle. - Je pense que c'est bien aussi de changer d'unité pour éviter ça.</p>
3	2	3	4	6	2
5		13			2

Tableau 5.

Objectif : Comprendre d'où vient la stigmatisation dans le milieu de la psychiatrie

Pensez-vous qu'il y a eu une modification du regard porté sur l'autre sur la psychiatrie?

Pensez-vous que les patients sont stigmatisés? Pourquoi?

Avez-vous déjà eu des appréhensions sur le fait d'exercer en santé mentale?

Les représentations sociales						Les représentations liées au patient		
L'évolution	La stigmatisation	La médiatisation	La méconnaissance du milieu	Cela intrigue	La peur	Les stigmates	Les traitements	Invisible
<ul style="list-style-type: none"> - Une évolution peut-être. - Y'a encore un gros travail à faire sur ça. - Une évolution minime. - Très très minime. - J'ai l'impression que les 	<ul style="list-style-type: none"> - Mais oui, c'est stigmatisé. - Il y a toujours des préjugés et des stéréotypes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les médias et l'actualité ne nous aident pas du tout. - Parler d'un service de psychiatrie qui va bien ne sert pas à grand chose. - Les reportages qui prennent, ils 	<ul style="list-style-type: none"> - Quand je parle de mon métier à mon entourage, ils ne comprennent rien. - Pour eux, je donne des traitements pour que les patients dorment et c'est tout. - La chambre d'isolement est encore matelassée pour eux. - Les gens ont une image qui n'est pas 	<ul style="list-style-type: none"> - La psychiatrie intrigue beaucoup. 	<ul style="list-style-type: none"> - La psychiatrie fait peur. - On voit bien qu'ils sont effrayés dès qu'on évoque le mot psychiatrie. - L'appréhension des comportements des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ça se voit beaucoup plus avec la psychose. - Sûrement du à leurs faciès. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les neuroleptiques ça n'arrange pas. - Avec les neuroleptiques et ses effets indésirables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certains patients ça se voit pas du tout sur leurs visages. - Y'en a, vous les voyez dans la rue, vous vous doutez même pas qu'ils sont psy.

<p>choses essayent de bouger mais ça va à deux à l'heure. - Mais oui, l'évolution est très très minime .</p>		<p>font des trucs chocs.</p>	<p>la réalité. - Tu sais c'est un milieu que les gens connaissent pas et pour qui c'est l'inconnu. - Les gens ne connaissent pas les pathologies et doivent se faire des idées. - La méconnaissance.</p>					
6	2	3	7	1	3	2	2	2
22						6		

Tableau 6.

Objectif : Déterminer le rôle des transmissions ainsi que ses limites

Est-ce-que pour vous les transmissions ont un rôle spécial en psychiatrie?

Pensez-vous que certaines transmissions orales peuvent influencer certaines relations soignants-soignés malencontreusement?

Le rôle des transmissions			Les limites des transmissions		Influence des transmissions sur les soignants		
Approche globale	Le comportement du patient	L'importance des transmissions	Inconvénients	Prendre du recul sur les transmissions	Influent les soignants	Propre à chaque soignant	N'influencent pas les soignants
<ul style="list-style-type: none"> - C'est très global. - En psychiatrie, on prend la personne dans sa globalité. - On va avoir une vision hyper globale de la situation pour avoir une bonne évaluation de la personne en fonction de sa symptomatologie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Souvent on parle beaucoup du comportement. - Si y'a un patient qui vient pour dépression tu dis s'il va bien. - Tu dis s'il est souriant qu'à son entrée. - Tu vois surtout l'évolution. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est important qu'on se dise les choses parce que des fois y'a des trucs qui se loupent. - Donc c'est important qu'on se dise tout pour la bonne continuité des soins. - Tout le monde peut apporter et créer un gros panel d'une évaluation globale. 	<ul style="list-style-type: none"> - Parfois ça traîne en longueur. - Ca a pas forcément d'intérêt non plus. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense qu'on fait tous nos propres opinions. - Je vais quand même réévaluer la situation. - C'était une situation à ce moment-là. - L'expérience permet d'avoir un autre regard. - L'étudiant n'a pas forcément ce recul. - Chaque jour est différent. - Il ne faut pas 	<ul style="list-style-type: none"> - On a les transmissions suite au temps que les collègues ont passé. - Moi c'est sûr que ça joue. - Mr untel hyper compliqué, revendicateur, je me mets en alerte. - Ça influe et influence au tout départ. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est du cas par cas. - Chaque soignant va prendre les transmissions de manière différente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je pense pas que quand on connaît pas un patient les transmissions ca nous influence. - Je ne pense pas que ça nous influence.

				prendre les transmissions pour acquis.			
3	4	3	2	7	4	2	2
10			9		8		

Tableau 7.

Objectif : Déterminer où se trouve la barrière entre ce qui est à transmettre et ce qui n'est pas à transmettre

Selon vous dans ce que nous confie le patient, ou est la barrière entre ce que nous devons garder pour nous et ce que nous devons transmettre pour la bonne continuité des soins?

Dire			Ne pas dire	
Il faut tout dire	Dire au médecin	Intérêt de dire	Pas tout dire	Conséquences de ne pas dire
<ul style="list-style-type: none"> - Moi je pars du principe qu'il faut tout dire. - On ne peut pas cacher des choses sur les patients, ce n'est pas des amis. - Ouais c'est important de tout dire. - Pour moi c'est important de tout dire. - Pour moi tout est important à transmettre. - Les informations qui sont importantes je vais transmettre pour la bonne continuité des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> - Préciser plus au médecin. - Je dirais peut-être un peu plus au psychiatre. - On leur demande s'ils veulent en parler au médecin. - On va essayer de l'emmener pour que ce soit la personne qui en parle au médecin, l'inclure dans le processus. 	<ul style="list-style-type: none"> - La bonne continuité des soins. - Orienter les entretiens. - Qu'ils puissent avoir ces informations pour aborder le patient d'une certaine façon. 	<ul style="list-style-type: none"> - Je ne vais pas tout transmettre à tout le monde. - Je ne vais peut-être pas tout transmettre le reste à tout le monde. - Pas transmettre de la même façon que le patient. - Pas dans les détails mot pour mot. - En parler de manière synthétique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Si tu dis pas tout, le patient va faire une fixette sur toi, il va dire les choses qu'à toi. - Après il va dire je préfère elle. - Ça peut faire du clivage.
6	4	3	5	3
13			8	

Tableau 8.

Objectif : Identifier la présence d'anecdotes lors des transmissions

Lorsque vous faites les transmissions, ça vous arrive des fois de faire des sortes d'anecdotes sur des patients? *Qu'est ce que cela vous procure?*

La fréquence	Bénéfice pour l'équipe		Bienveillant	Public	Universelle
	Cohésion de l'équipe	Relâchement			
<ul style="list-style-type: none"> - Ça oui ça arrive très souvent. - Très souvent oui on peut dire. - C'est pas tout le temps 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce qui est bien c'est que l'équipe joue beaucoup. - Parce que là je m'entend bien avec tout le monde dans l'équipe. - On a une très bonne équipe, on est pas gêné les uns envers les autres. - On sait qu'on peut tout se dire. - Personne ne va critiquer. - On va en rigoler entre nous. - C'est entre nous bien sûr. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est du lâcher prise. - Permet aussi de décompresser et même de nous souder. - Ça nous permet de couper je pense. 	<ul style="list-style-type: none"> - Quand on le fait, c'est toujours bienveillant. - C'est jamais dans le but de les nuire. 	<ul style="list-style-type: none"> - C'est surtout avec les patients chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> - Même en dehors de l'hôpital on peut le retrouver. Si on appelle notre chef de chantier toutes les cinq minutes, il va en parler à ses collègues pour rigoler car cela va le lasser. - Dans les soins généraux c'est pareil, quand on dit qu'il sonne tout le temps pour rien.
2	7	3	2	1	2
2	10		2	1	2

Annexe 3 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN NUMÉRO 1 : IDE A

ENTRETIEN IDE A:

Étudiante: Donc moi c'est Leila, je suis étudiante en troisième année et mon mémoire porte sur le rôle des transmissions et la relation soignant-soigné en psychiatrie.

IDE: Ok.

Étudiante: Alors avant de commencer, est-ce que ça serait possible pour vous de vous présenter donc voilà votre année de diplôme, vos expériences professionnelles etc...

IDE: On peut se tutoyer si tu veux ça sera plus simple.

Étudiante: D'accord ça marche on fait comme ça nickel.

IDE: Ok, du coup moi c'est Laura, j'ai été diplômée en 2018, j'ai fait mon école à Guillaume Régnier.

Étudiante: Ah oui ok.

IDE: Et du coup j'ai commencé sur Guillaume Régnier en 2018, j'ai fait trois mois à l'UHSA.

Étudiante: Ah oui ok.

IDE: Ouais, où j'ai fait un mois et demi de jour et un mois et demi de nuit.

Étudiante: D'accord.

IDE: Et après, j'ai été sur le pôle G4, G6 en janvier 2019, j'ai fait un an et demi de nuit et depuis le déconfinement de l'année dernière je suis de jour.

Étudiante: Ok, et c'était un choix du coup de travailler en psychiatrie?

IDE: Oui tout à fait.

Étudiante: C'était un choix depuis le début?

IDE: Alors pas du tout depuis le début. Au tout départ, j'ai fait l'école parce que je voulais être puéricultrice et en fait j'ai eu un stage au centre de l'enfance à Chantepie et finalement j'ai pas du tout accroché fin avec les enfants c'était un peu compliqué. J'étais beaucoup plus dans la sympathie que dans l'empathie du coup je me voyais pas du tout faire ce métier au final et je sais que j'avais trop aimé mes stages en psychiatrie surtout par rapport au relationnel donc voilà.

Étudiante: Moi aussi je voulais être puéricultrice mais finalement pas du tout.

IDE: Je pense qu'on est beaucoup dans chaque promotion.

Étudiante: Oui oui. Du coup je vais enchaîner avec ma première question alors qu'est ce que pour toi être infirmier en santé mentale? Dans le sens...est ce qu'il y a des différences avec les soins généraux?

IDE: Ouais, alors bah déjà premièrement je trouve que le relationnel est important en psychiatrie. Euh par exemple en soins généraux, ils sont tous dans leurs chambres donc forcément on les voit beaucoup moins.

Étudiante: Ouais.

IDE: Là en psychiatrie ils se baladent tous dans l'unité. Le relationnel est présent parce qu'on les voit beaucoup plus souvent qu'en soins généraux malgré le fait que maintenant on a beaucoup de paperasse à faire et beaucoup moins de temps avec eux. Ca déjà je trouve que c'est déjà très important.

Étudiante: D'accord.

IDE: L'observation je trouve que c'est primordial dans notre métier, fin je trouve que c'est une très bonne partie de ce qu'on fait.

Étudiante: L'observation?

IDE: L'observation dans le sens large, les comportements ou alors l'évolution d'un patient. Je trouve que l'observation c'est une très grande partie de notre métier avec le relationnel forcément.

Étudiante: Ok.

IDE: Et puis voilà le travail en collaboration, c'est vrai qu'ici on travaille beaucoup entre nous fin avec les aides-soignants, les assistantes sociales, les psychologues. Après ça dépend du service mais nous je sais que tous les matins on fait un tour avec les aides-soignants, les assistantes sociales on les voit tout le temps.

Étudiante: Est-ce que pour toi l'expérience professionnelle est un atout pour appréhender l'exercice infirmier en psychiatrie?

IDE: Bah forcément on en apprend tous les jours, ça c'est sûr.

Étudiante: mm

IDE: Euh... Moi quand j'ai commencé c'était particulier parce que j'ai commencé à l'UHSA, euh, alors que de base l'UHSA était un endroit où les contractuelles n'allaient pas. Quand ça a ouvert c'était pas pour les contractuelles quoi. Donc du coup j'ai appris beaucoup là-bas vu que je ne connaissais pas le milieu pénitencier. Et oui je pense que c'est un atout d'avoir de l'expérience.

Étudiante: Dans quelles situations avoir de l'expérience peut-être un atout selon toi ? Tu as des exemples?

IDE: Fin, moi personnellement je trouve que j'ai pris beaucoup plus d'assurance au fur et à mesure, fin là tu vois ça va faire presque quatre ans que je travaille et je trouve... fin quand je vois par rapport à quand j'ai commencé j'ai pris beaucoup plus confiance en moi dans mon travail. Forcément tu connais beaucoup plus les traitements, ce que tu as à faire et tu apprends au fur et à mesure et c'est très important.

Et un exemple euh ...

Étudiante: Après c'est une forme d'exemple que tu as donné, parce que finalement.

IDE: Et je trouve que ouais j'ai pris beaucoup plus de confiance même tu vois envers les patients euh qui peuvent être sthéniques où tu vois au début c'est impressionnant quand tu commences tout juste puis après tu prends de l'assurance, tu sais plus comment réagir, appréhender les choses donc ouais.

Étudiante: Complètement, après du coup, suite à tout ce que tu viens de dire, comment tu définirais la relation soignant-soigné en santé mentale? Sur quoi est-ce qu'elle repose selon toi?

IDE: Je reste toujours sur la confiance, on parle souvent de ça avec les médecins. C'est vrai que la confiance du patient dans les soins tu sais ceux qui sont en soins sous contraintes ont moins de liberté et c'est sûr que des fois c'est compliqué pour eux, faut leurs montrer qu'ils peuvent aussi avoir confiance en nous pour se livrer. Il faut aussi créer de la confiance l'un envers l'autre que ça soit lui envers nous ou nous envers lui. La bienveillance forcément ça joue beaucoup aussi, l'accompagnement fin on est vraiment là, fin je sais que nous on fait beaucoup d'accompagnement sur l'extérieur.

Étudiante: Est ce que tu penses que cette relation peut-être influencée? Par quoi?

IDE: Après c'est sûr que y'a la famille aussi à prendre en compte y'a pas que le patient. Euh après avec certaines familles après ça dépend c'est du cas par cas. Des familles tu en as aussi qui sont autant pathologiques que les patients donc ça peut être compliqué avec certaines familles.

Étudiante: Ok ok ça marche, est-ce que pour toi les transmissions ont un rôle spécial en psychiatrie?

IDE: Je dirais qu'en soins généraux tu parles beaucoup plus du somatique bon après quand les personnes vont pas bien tu le dis aussi mais nous voilà on parle vraiment enfin c'est très global. Souvent on parle beaucoup du comportement forcément euh si y'a un patient qui vient là pour dépression tu dis s'il va bien, s'il est plus souriant qu'à son entrée enfin tu vois surtout l'évolution. Euh et puis c'est important qu'on se dise les choses parce que des fois y'a des trucs qui se loupent quand s'est pas dit.

Étudiante: Comment ça?

IDE: Tu vois par exemple, euh, là maintenant on est pris d'une nouvelle mission c'est de signer les notifications pour les juges des libertés.

Étudiante: Oui.

IDE: Là maintenant c'est nous qui faisons ça, alors qu'avant c'était les cadres. Donc des fois quand c'est pas fait, c'est pas dit tu vois y'a des informations qui se perdent. Donc oui c'est important qu'on se dise tout pour la bonne continuité des soins.

Étudiante: Les histoires de vies liées aux pathologies psychiatriques des patients peuvent des fois être complexes et amener à de la confidentialité. Selon toi dans ce que peut te confier un patient en discutant avec lui qu'est-ce que tu vas garder pour toi et qu'est ce que tu vas transmettre à l'équipe?

IDE: Moi je pars du principe qu'il faut tout dire, euh ça m'est déjà arrivée que y'aient des patients qui me disent oh je te dis un truc mais tu le dis pas mais voilà moi je leur dit qu'on est une équipe euh dans tous les cas la prise en charge est la même que ça soit moi ou quelqu'un d'autre euh on peut pas se cacher des choses sur des patients fin c'est pas notre amis quoi.

Mais ouais c'est important de tout dire je trouve parce que sinon le patient après il va faire une fixette sur toi, il va dire les choses qu'à toi et après il va dire je préfère elle, fin après euh à j'ai oublier le mot...

Étudiante: Euh...

IDE: Ah si après ça peut faire du clivage donc non pour moi c'est important de tout dire.

Étudiante: Mmm ok, est-ce que tu penses que certaines transmissions orales peuvent influencer certaines relations soignant-soigné malencontreusement?

IDE: Comment ça?

Étudiante: Comme par exemple, je sais pas, un patient vient d'arriver tu l'as jamais vu et du coup y'a une transmission qui est faite sur lui

IDE: Ouais après c'est pareil c'est du cas par cas, chaque soignant va prendre les transmissions de manière différente. Non après je pense pas que quand on connaît pas un patient les transmissions ça nous influence. Euh par contre je sais qu'après entre nous tu vois on parle beaucoup aussi des patients tu sais on prend du bon temps en salle de pause tu sais comment ça peut-être quoi. C'est vrai qu' après on est humain aussi, on peut pas s'entendre avec tout le monde forcément hein. Euh moi je sais que la y'a une patiente qui nous prend particulièrement le chou bon on lui montre pas forcément mais entre nous...on en peut plus quoi. Euh mais non je ne pense pas que ça influence après je pense qu'on fait tous nos propres opinions.

Étudiante: Ok, toujours sur les transmissions, est-ce qu'il t'est déjà arrivé de recevoir des transmissions qui t'ont mises mal à l'aise?

IDE: Euh, je sais pas trop, j'ai pas trop d'exemple par rapport à ça, c'est un peu gêné ou personnellement quoi?

Étudiante: Oui c'est ça. Ca t'est peut-être jamais arrivé après.

IDE: Là tout de suite, comme ça je vois pas, désolée.

Étudiante: Non non, c'est pas grave, ça dépend de chaque personne après.

IDE: Oui après ça a dû sûrement arriver à des collègues, oui sûrement même. La tout de suite je vois pas vraiment.

Étudiante: Sinon est-ce que tu penses qu'il y a eu une modification du regard extérieur sur la psychiatrie? Fin, comment dire, la psychiatrie peut être un peu stigmatisée de l'extérieur...

IDE: Complètement.

Étudiante: Est-ce que tu penses que le regard porté sur la psychiatrie a eu une modification ou une évolution?

IDE: Une évolution peut-être, mais après moi je sais que quand je parle de mon métier à mon entourage ils comprennent rien, fin pour eux je donne des traitements pour que les patients dorment.

Étudiante: Ouais je vois.

IDE: Et c'est tout quoi. La chambre d'isolement c'est encore matelassé avec des... fin tu vois ça c'est trop la vision des gens alors que et après moi la première quand je connaissais pas le milieu de la psychiatrie. Je pense que la psychiatrie intrigue beaucoup les gens c'est pour ça que j'aime bien expliquer mon métier parce que ça intrigue trop les gens aussi mais oui c'est stigmatisé fin... ils ont une image de la psychiatrie fin je leurs ai dit plein de fois mais y'en a plein que vous voyez dans la rue vous vous doutez même pas qu'ils sont psy. Ouais c'est vrai que les gens ont une image de la psy qui est pas du tout la réalité.

Étudiante: Oui oui.

IDE: Je pense qu'il y a encore un gros travail à faire sur ça.

Étudiante: Est-ce que tu penses du coup que les patients sont stigmatisés et pourquoi? Après on en a un peu parlé du coup.

IDE: Je pense que oui à l'extérieur, après certains patients ça se voit pas du tout sur leur visage mais y'en a d'autres où ça se voit beaucoup plus avec la psychose, les neuroleptiques forcément ça n'arrange pas. Après je pense que certaines personnes qui les croisent doivent les dévisager un peu. Après pourquoi ?

Étudiante: Tu as un peu répondu je pense.

IDE: Oui oui, sûrement du à leurs faciès avec les neuroleptiques et ses effets-indésirables. Dans la rue y'a aussi plein de SDF qui sont atteints de pathologies psy. Les gens ont tendance à s'écarter un peu, ils se disent olala c'est quoi ça, tu sais comme c'est un milieu que les gens connaissent pas du tout et pour qui c'est l'inconnu. Ils se disent peut-être qu'ils ne sont pas comme eux.

Étudiante: Qu'est ce qui peut effrayer alors en psychiatrie?

IDE: Bah c'est ça je pense que les gens en fait ne connaissent pas du tout les pathologies et doivent se faire des idées. Fin tu vois quand je dis à mon entourage que des patients entendent des voix ou quoi, ils trouvent ça bizarre.

Étudiante: mmm

IDE: Oui mais c'est leurs pathologies, ils sont malades quoi. Donc oui c'est compliqué pour les personnes après tu vois y'en a qui sont en psychiatrie qui n'ont rien à faire ici aussi.

Étudiante: Et est-ce que certains soignants, sans s'en rendre compte, peuvent stigmatiser des patients?

IDE: Franchement je ne pense pas.

Étudiante: C'est pas grave. Est-ce que tu as eu des appréhensions sur le fait d'exercer en santé mentale? On en a un peu parlé tout à l'heure.

IDE: Oui comme je disais, au tout début parce que c'est vrai que vu que j'ai commencé à l'UHSA je ne connaissais pas du tout, après oui j'appréhendais forcément les comportements des patients, euh j'étais beaucoup moins à l'aise que maintenant. Je sais aussi que j'allais moins vers les patients toute seule fin surtout à l'UHSA.

Dans les trucs que j'appréhende par contre c'est que j'avais eu un TS par pendaison une nuit du coup maintenant les patients qui sont super anxieux ou qui ont des idées suicidaires ça ne m'enchant pas.

Étudiante: Tu fais comment quand tu les rencontres du coup ?

IDE: Je vais les voir cent fois par jour ou je délègue vu qu'on est toujours en équipe, c'est pas ce que je préfère du coup.

Étudiante: Toujours un peu dans le même thème, est-ce que tu penses que les soignants peuvent avoir des préjugés sur les patients chroniques qui reviennent régulièrement dans le service ?

IDE: Oui je pense, après c'est du cas par cas comme d'habitude mais oui oui, nous on a plein de patients qu'on connaît très bien parce qu'ils reviennent très très souvent.

Le fait c'est que du coup on les connaît tellement, on sait tellement comment ils sont que c'est vrai qu'on peut être stigmatisant ... certaines fois. Et je pense que c'est bien aussi de changer d'unité de temps en temps justement pour éviter ça.

Étudiante: Et même dans les transmissions il y arrive d'avoir une forme de lassitude?

IDE: Pour les chroniques, autant te dire qu'on a pas beaucoup de transmissions à dire à part ah ca va aujourd'hui, présent dans les parties communes. C'est sur que c'est pas des grandes transmissions qu'on fait sur eux à part quand ils ont des séjours en foyers ou trucs comme ca.

Étudiante: Toujours sur les transmissions, mais quand vous les faites, ça vous arrive des fois de faire des sortes d'anecdotes sur des patients?

IDE: Bah ca oui ca arrive très souvent. Très souvent oui on peut dire sur un patient au tiens ça me rappelle un truc... Oui, après ce qui est bien aussi c'est que l'équipe joue beaucoup aussi.

Étudiante: Mmm

IDE: Parce que je sais là que je m'entends avec tout le monde dans l'équipe, on a une très bonne équipe, on est pas gêné les uns envers les autres, on sait qu'on peut tout dire quoi.

Étudiante: Ça vous procure quoi quand vous faites ça ?

IDE: C'est du lâcher prise, entre nous je sais qu'on peut se dire les choses, personne n'ira critiquer. En plus, quand on le fait si tu veux c'est toujours bienveillant. On va en rigoler entre nous quoi ça nous permet aussi de décompresser et même je pense de nous souder.

Étudiante: Oui, je vois. C'est bon j'ai fini. Avant de finir l'entretien, est-ce que tu veux ajouter quelque chose ?

IDE: Non je pense que je t'ai dit tout ce que je pensais et comment je voyais les choses.

Étudiante: D'accord, en tout cas merci d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir consacré un peu de ton temps.

IDE: Pas de soucis je suis passée par là y a pas longtemps donc c'était avec plaisir.

Annexe 4 : RETRANSCRIPTION ENTRETIEN NUMÉRO 1 : IDE B

ENTRETIEN IDE B:

Étudiante: Alors, je viens d'activer l'enregistrement. Du coup, je m'appelle Leila et je suis en dernière année à l'IFSI de Rennes. Je vais avoir quelques questions à te poser dans le cadre de mon mémoire. La première question c'est un peu les présentations donc depuis quand tu exerces ?

IDE: Alors moi je suis diplômée de 2012, j'ai juste fait l'été de mon diplôme en maison de retraite et après dès novembre 2012 j'ai débuté en psychiatrie.

Étudiante: C'était un choix?

IDE: Je savais qu'à un moment je voulais bien y passer parce que ça m'avait plus mes stages en psychiatrie après ça a été une opportunité de commencer tout de suite, au départ je pensais pas que ça viendrait tout de suite. Depuis, je n'ai plus jamais quitté la psychiatrie.

Étudiante: Tu as peut-être fait des services différents?

IDE: J'ai fait des services d'admission mais que adultes, par contre j'ai travaillé que chez les adultes. Après j'ai fait un peu d'hôpital de jour mais de façon plus ponctuelle et là en dernier l'addictologie et du coup la maintenant le numéro national de la prévention du suicide.

Étudiante: Alors, ma première question va être qu'est ce que pour toi être infirmière en santé mentale?

IDE: Je pense que c'est de l'écoute, beaucoup d'écoute envers les patients. L'observation est une grande partie de notre métier et je pense que la communication aussi. Il faut aimer le côté relationnel, aller vers les autres et savoir capter le verbal et le non verbal.

Étudiante: Ok

IDE: Il faut vraiment savoir écouter et aussi être patient parce que des fois ça va dans tous les sens. La collaboration est primordiale que cela soit avec les aides-soignants ou les psychiatres et donc avoir le sens du travail en équipe.

Étudiante: Ok, euh est-ce que pour toi l'expérience professionnelle est un atout pour appréhender l'exercice infirmier en psychiatrie?

IDE: Euh... je dirais que oui, mais comme dans tout, pas spécifique à la psychiatrie. Dans tous les domaines de toute façon on se fait sa pratique à force de l'expérience.

Étudiante: Est-ce que tu aurais un exemple?

IDE: Ouais, parce qu'en fait on va dire que..., on va être plus à l'aise quoi, c'est l'expérience qui va faire qu'on va être plus à l'aise, que certaines situations on va pouvoir plus gérer de façon fluide.

Étudiante: Mmm

IDE: Pour autant le soignant qui arrive en étant débutant il a autant de compétences et d'atouts en tout cas dans l'approche du patient mais ça peut être des fois euh... un exemple d'un patient je réfléchis à un truc concret.

Étudiante: Mmm ou dans des situations globales aussi.

IDE: Bah par exemple, après moi je parle de la psychiatrie du coup, mais par exemple souvent y'a des appréhensions quand des personnes sont isolées.

Étudiante: Oui

IDE: Et quand on débute, on va se faire, y'a plein, y'a tout, toutes les croyances qu'on a par rapport à la psychiatrie et du coup c'est vrai qu'à force d'expérience on se rend compte que chaque situation est différente. En chambre d'isolement au départ on a plein de préjugés, ça va se passer comme ça, comment je vais faire, comment je vais me positionner. Même à force d'expérience fin ses idées là restent parce que chaque patient est différent, même avec l'expérience c'est pas pour autant que nos sécurités s'en vont quoi.

Étudiante: Il faut donc rester prudent?

IDE: Totalement, mais du coup ça permet quand même de se mettre plus en confiance. Mais on va dire que le protocole est connu et ça du coup on a pu l'enlever pour prendre en compte que le patient et sa situation.

Étudiante: Mmm, ouais.

IDE: Fin je trouve que c'est ça qui change vu qu'au début on a pas mal de chose à apprendre du coup ça met vachement la pression et quand on a plus ça avec l'expérience, on a plus à savoir qu'il faut pas oublier de fermer la porte, que le plateau a bien été récupéré, qu'il y a pas d'objet coupant dans la chambre. Je pense qu'on fait les choses de façon plus naturelle.

Étudiante: Oui je vois, pour la troisième question, comment définirais-tu la relation soignant-soigné en santé mentale ?

IDE: Bah la relation moi je pense que c'est un lien qui doit se créer mais qui est propre à chacun, à chaque soignant quoi. C'est à dire que le lien qu'on va créer avec un patient défini va être différent au vu de tout le panel de l'équipe.

Étudiante: Mmm

IDE: Suivant plein de choses, donc c'est un lien qui doit se créer... bah y'a une relation de confiance. D'autant plus en psychiatrie parce que souvent y'a le fait que les gens peuvent revenir souvent et le fait de la maladie mentale qui est beaucoup plus éprouvante et demande beaucoup plus d'engagement de la part du patient pour pouvoir se livrer et être accompagné au mieux dans sa maladie quoi.

Étudiante: Ouais, si si.

IDE: Donc y'a la relation de confiance, ouais euh... surtout le lien qui est sans niveau de supériorité. C'est à dire que le soignant apporte quelque chose au patient mais en retour le soignant... mais des fois ça peut arriver qu'il y ait mais dans la durée de la relation on essaye de l'équilibrer. Ça peut être le cas par exemple quand les gens sont tellement mal qu'on les met en chambre d'isolement, forcément

y a un déséquilibre qui se crée et du coup c'est à nous de rétablir ça par le lien de confiance qu'on instaure. Je trouve sans vouloir critiquer les soins généraux que ça change de ces services là ou ça peut être plus basé même si la relation doit être là mais elle est pas primordiale et du coup des fois on en oublie qu'on soigne pas que le somatique. Par exemple pour une fracture, on va soigner la jambe mais en fait la fracture, y'a aussi le côté relationnel où la douleur peut-être moindre.

Étudiante: Est-ce que tu penses que cette relation peut être influencée ?

IDE: Influencée, euh... forcément elle peut changer parce qu'on reste humain malgré le fait d'être soignant. Du coup chaque jour est différent, nos composantes personnelles, émotionnelles aussi. Du coup y'a des fois où ça peut créer un déséquilibre par rapport à une relation qu'on avait créé. Le patient c'est pareil, du coup l'équipe fait que ça va créer une harmonie quoi.

Étudiante: Ouais, puis une relation n'est jamais linéaire.

IDE: Ah bah oui, totalement, c'est l'équipe qui peut créer un espèce de fil conducteur. C'est sur qu'on est toujours sur le fil, qui peut basculer, rien n'est figé.

Étudiante: Est-ce que pour toi les transmissions en santé mentale ont un rôle différent?

IDE: Oui, alors c'est sûr que c'est fait d'une façon différente. Je sais que c'est fait différemment mais pourtant je trouve que ça ne devrait pas l'être.

Étudiante: Comment ça?

IDE: C'est-à-dire qu'on devrait pouvoir en soins généraux aborder la personne sous ses rapports pour avoir une transmission globale. Mais c'est pas possible parce que y'a tellement de gens, faut aller droit au but. Les transmissions sont complètement différentes, en psychiatrie on prend vraiment la personne dans sa globalité.

Étudiante: Mmmm

IDE: Après ça peut avoir des inconvénients, peut-être que parfois ça traîne en longueur et ça n'a pas forcément d'intérêt non plus. Après pour revenir dans les soins généraux, je viens de penser à un truc.

Étudiante: Vas-y

IDE: C'est vrai qu'en chirurgie par exemple, les séjours sont plus courts qu'en psychiatrie, entre guillemets on n'est pas trop là pour creuser quoi.

Étudiante: Oui.

IDE: Et que du coup c'est un peu révélateur des transmissions, c'est à dire qu'on va rapidement, tac-tac-tac, si on commence à creuser, il a pas de logement, sa vie est pourrie, il faudrait qu'il voit quelqu'un parce que là il va mal et bah l'hospitalisation va durer. On veut surtout éviter ça parce que sinon tout le monde va rester et on ne s'en sort pas.

Étudiante: Ouais.

IDE: En psychiatrie nous on a une vision hyper globale de la situation parce que pour pouvoir déjà avoir une bonne évaluation de la personne en fonction de la symptomatologie tout ça, du coup pour nous les transmissions c'est important parce que ça nous permet de se poser après un temps qu'on a passé avec les patients et que tout le monde puisse apporter et ça crée un gros panel d'une évaluation qui serait globale.

Étudiante: D'accord, toujours, sur les transmissions est-ce que tu penses que les transmissions peuvent influencer certaines relations soignant-soigné?

IDE: Forcément, quand on arrive en service, on a la situation suite aux transmissions de nos collègues donc suite au temps que nos collègues ont passé. Forcément, ça va, on va se dire euh. Moi c'est sur que ça joue, la personne qui va dire Monsieur intel hyper compliqué, revendicateur, forcément là je me mets en alerte. Je me dis ok, pour autant je ne vais pas faire de cette situation, je me dis ok c'était une situation à ce moment là. Maintenant je vais quand même réévaluer la situation, pour se dire est-ce qu'on est toujours dans ce truc là ou est-ce que c'est passé.

Étudiante: Mmm, d'accord.

IDE: Surtout que là on change d'équipe, donc la relation est différente et du coup ça évolue quoi. Mais oui forcément ça influe et ça influence et on a au tout départ euuh une vision, alors c'est sûr que pour les étudiants comme toi au début ça peut être différent.

Étudiante: C'est-à-dire ?

IDE: Bah c'est ça aussi qui fait l'expérience, ça nous permet d'avoir un autre regard, de pouvoir évoluer dans notre cheminement par rapport à ce qui a pu être dit aux transmissions et dire bah moi je pense pas tout à fait comme ça et peut être qu'à ce moment là quand le collègue en parle c'était comme ça, moi là il a évolué et là maintenant je vais pouvoir transmettre différemment.

Étudiante: Ouais.

IDE: L'étudiant il a pas forcément ce recul, il va se fier aux transmissions et les prendre comme acquis quoi. Là on m'a dit ça alors il est tout le temps comme ça alors que chaque jour est différent. En fait, il ne faut pas prendre les transmissions pour acquis.

Étudiante: Oui je vois.

IDE: Après souvent avec les étudiants ça se passe bien parce que y'a pas d'enjeux et du coup la relation est différente même si on les a mis en alerte avant sur certains points.

Étudiante: Je vais te poser une autre question, par rapport à la relation de confiance, euh, Selon toi dans ce que te confie un patient, ou est la barrière entre ce que tu vas garder pour toi et ce que nous devons transmettre pour la bonne continuité des soins?

IDE: Euh

Étudiante: Euh, souvent en santé mentale il peut y avoir des histoires de vies compliquées, ou des pathologies compliquées, qui peuvent inviter à la confiance et qu'est-ce que tu vas garder pour toi ou non? Est-ce que tu en fais une différence?

IDE: Alors oui, pour moi tout est important à transmettre et par contre je ne vais peut-être pas tout transmettre à tout le monde. Les informations qui sont importantes et qui permettent oui la bonne

continuité des soins, là je vais les transmettre après je ne vais peut-être pas transmettre le reste à tout le monde et préciser plus au médecin mais pas de le retransmettre de la même façon que le patient.

Étudiante: D'accord, mais c'est-à-dire de la même façon que le patient?

IDE: Il va me parler d'une situation très intime qu'il a vécu avec beaucoup d'émotions, je vais en parler mais de manière synthétique. Tout en le mettant pas de côté parce que de toute façon il faut que dans l'abord ceux qui arrivent après ils puissent avoir ces informations là pour aborder le patient d'une certaine façon et de ne pas y aller de manière frontale sans savoir ce qui s'est passé. Sachant que le fait que le patient m'est livré ça aura un impact sur la suite de la relation.

Étudiante: Ouais, comment ça a un impact ? Avec toi?

IDE: Non pas forcément avec moi, mais moi je vais quitter le service, du coup va y avoir une autre équipe, donc forcément lui il m'aura livré ce qu'il m'a livré. Peut-être que lui dans son état d'esprit il va être différent, plus fatigué, il va peut-être se sentir vidé et dormir toute l'après-midi. Si on transmet pas au collègue qu'on a eu une discussion intense, ils ne vont pas comprendre pourquoi il va dormir toute l'après-midi. Mais peut-être pas dans les détails précis, mot pour mot.

Étudiante: D'accord.

IDE: Par contre, au psychiatre je dirais peut-être un peu plus pour qu'il puisse orienter leurs entretiens. Ce qui peut arriver aussi c'est que des fois quand y'a des situations comme ça où les gens nous transmettent des choses hyper importantes pour eux qu'on leurs demande s'il veut qu'on en parle au médecin parce que là on voit que c'est difficile pour vous. Quand on fait ça, on va essayer de l'emmener pour que ça soit la personne qui en parle au médecin, ou est-ce que vous voulez que j'en parle pour que ça soit plus facile pour vous quoi.

Étudiante: Après je me demande si jamais le patient demande d'en parler à personne et de garder pour toi tu fais comment?

IDE: Oui, d'accord dans ce sens là. Alors là ça dépend de ce qu'il m'aura livré, par exemple, ça nous arrive même au téléphone quand des gens évoquent des idées suicidaires, un scénario... et qui nous

disent par contre vous en parlez à personne. Bah là du coup on rentre dans une évaluation des bénéfices risques.

Étudiante: Ok.

IDE: Est-ce que l'urgence est-elle que du coup on fait un contrat avec le patient, en disant ok, je respecte ce que vous me dites mais par contre qu'est-ce-que vous mettez en place après.

Étudiante: Oui ok.

IDE: Et en même temps, s'il ne veut rien du tout, on peut lui dire... bah écoutez, vous m'avez livré ça, je peux pas garder ça pour moi dans tous les cas, vous m'avez appelé, vous m'avez sollicité c'est que vous avez besoin d'aide. Du coup là, vous êtes en danger et mon métier fait que je dois faire quelque chose pour vous protéger. Il y a donc pas mal de négociation avec le patient, il faut détourner.

Étudiante: Ouais ouais.

IDE: Et je peux pas garder ça pour moi c'est impossible, je peux pas rentrer chez moi avec ça. Et en disant, moi je le dis carrément au patient, en disant moi je peux pas faire comme ça, je peux pas faire avec ça alors comment on fait? Ça l'inclut du coup dans le processus et ça change forcément son regard.

Étudiante: Oui oui.

IDE: Parce que de toute façon on doit garder le lien. Parce que si on commence à le dire alors que le patient veut pas, là c'est fermeture totale et on n'a plus accès à rien du tout. Et y'a tout à recréer. Il faut vraiment faire la balance et pas aller dans la frontale parce que ça ne marchera pas, donc c'est toujours une histoire d'équilibre. Alors après y'a des fois ça marche ou pas.

Étudiante: Du coup, toujours dans les transmissions, est-ce que ça t'est déjà arrivé de recevoir des transmissions qui t'ont mises mal à l'aise ou qui t'on bousculées sur un patient?

IDE: Euh euh euh..., bah je pense que oui. Je cherche des situations.

Étudiante: Ouais après...,

IDE: Oui, des fois ça peut arriver, par exemple, on a l'impression d'avoir créé une relation de confiance avec le patient et on se dit que là c'est bon le lien s'est fait et finalement on apprend... Par exemple, en addictologie on apprend des choses sur ses consommations et on apprend dans les transmissions que tout est faux. Comme je ne bois plus, et finalement dans la nuit il a bu dans la chambre quoi.

Étudiante: Ouais.

IDE: Donc forcément là ça impacte le soignant, après chacun réagit différemment mais on se dit mince en fait, je pensais que la relation était créée, que y'avait une relation de confiance et là je me rend compte en fait que non pas du tout.

Étudiante: Ça peut-être du à quoi?

IDE: Je me dis que les gens essaient tellement de se convaincre d'aller mieux que du coup ils te livrent ça et c'est pas pour autant que derrière ils t'ont menti. C'est en tout cas ce vers quoi ils veulent aller. Et puis y'a des stimuli partout, après je parle de l'addicto mais la télé, une visite, un appel.

Étudiante: Ouais, ça vient de partout.

IDE: Mais c'est vrai que pour le soignant ça peut un peu déstabiliser. Mais faut se dire que c'est pas nous, fin faut pas que ça nous atteigne nous.

Étudiante: On parle des patients qui sont au centre de notre métier. Est-ce que pour toi y'a eu une modification ou une évolution sur le regard qu'autrui peut avoir sur la psychiatrie?

IDE: Alors si y'a eu une évolution, ça serait une évolution minime, très très minime.

Étudiante: C'est vrai?

IDE: Fin moi c'est le regard que j'ai mais j'ai l'impression que les choses essaient de bouger mais ça va à deux à l'heure quoi. Pour moi, il y a toujours des préjugés et des stéréotypes.

Étudiante: Comment tu expliques ça ?

IDE: La méconnaissance, fin là on voit bien, rien que là où je travaille avec le suicide on voit bien que les gens sont effrayés d'en parler parce que c'est rattaché à la psychiatrie, parce qu'ils ont l'impression d'être fou. Parce que la psychiatrie ça fait peur et du coup ils ont pas du tout envie d'être comme ça. Le numéro c'est super qu'ils aient fait ça parce que ça leur permet de se livrer sans qu'il y ait de contact visuel et du coup ça leur fait du bien.

Étudiante: Ouais.

IDE: Mais on voit bien qu'ils sont effrayés dès qu'on évoque le mot psychiatrie pour des gens qui sont pas du tout dans le système. Mais oui oui, l'évolution est très très minime.

Étudiante: Selon toi, qu'est ce qui peut faire que la psychiatrie effraye?

IDE: Bah parce que des fois des gens se retrouvent dans des situations ou côtoient des gens qui sont à des kilomètres de leurs problématiques à eux.

Étudiante: Oui.

IDE: Vu qu'on travaille par sectorisation du coup ça crée des trucs incroyables. Alors à la fois ça peut bien se passer et ceux qui étaient un peu sur le fil et qui avaient pas besoin d'hospitalisation se rendent compte en cinq minutes que non non ils veulent surtout pas y être. Les médias et l'actualité des fois ne nous aident pas du tout.

Étudiante: Oui c'est vrai.

IDE: C'est à dire que les sujets d'actualité, parler d'un service de psychiatrie qui va bien ne sert pas à grand chose. Les reportages qui prennent, ils font des trucs chocs, ils font des regroupés de six mois de tournage et alors qu'en fait pendant peut-être trois mois tout s'est bien passé et y'a eu une situation dans une journée.

Étudiante: Oui c'est ça, on en a déjà un peu parlé plus tout à l'heure mais est-ce que tu as eu des appréhensions sur le fait d'exercer en santé mentale ?

IDE: Euh, pas vraiment parce qu'en fait moi ma mère était infirmière diplômée de psychiatrie donc moi j'ai toujours été baignée et tu vois mon père travaille à la prison donc en gros j'ai toujours été baignée dans le milieu là ou ils en parlaient à la maison. Moi je trouvais pas ça effrayant mais plutôt intrigant et envie de découvrir.

Étudiante: Oui c'était naturel pour toi du coup.

IDE: Oui c'est ça.

Étudiante: On arrive à la dernière question, est-ce-que pour toi les soignants peuvent avoir des préjugés sur des patients chroniques qui reviennent régulièrement dans les services?

IDE: Oui, oui, oui.

Étudiante: Fin des préjugés, euh mon mot est entre guillemets.

IDE: Les attentes sont différentes.

Étudiante: Mmm

IDE: Et forcément à la fois le lien avec la personne est différent et d'un côté y'a aussi ce truc là où tu te dis bah s'il revient c'est que merde qu'est ce qu'on a loupé quoi.

Étudiante: Mmmm je vois.

IDE: Et comment on peut faire au mieux pour l'accompagner? Mais le fait que le patient soit chronique fait que y'a une autre relation qui s'instaure par rapport à quelqu'un qu'on connaît pas où y'a tout à découvrir où c'est l'inconnu et c'est un peu plus motivant.

Étudiante: Y'a une perte de motivation ? ou une forme de lassitude qui se crée?

IDE: Oui, fin, y'a des patients qui reviennent tous les trois jours quoi, ils sortent, ils reviennent, ils sortent, ils reviennent. Donc là les attentes sont différentes.

Étudiante: Quelles sont les attentes alors, qu'est-ce qui diffère?

IDE: Bah c'est-à-dire que je ne sais pas comment expliquer... Bah quand y'a un patient qui arrive qu'on connaît pas, y'a quelque chose d'assez motivant dans le sens il faut... Bah on fait pas mal d'entretiens, il faut apprendre à le connaître, c'est nouveau. C'est aussi le challenge aussi un peu de se dire euh on va tout donner là pour que ce patient surtout ne revienne pas.

Étudiante: Mmmm

IDE: Dans le chronique qui revient, bah c'est épuisant en fait. Y'a un moment on a épuisé tous les projets, on est à bout de souffle quoi. Ce qui fait des fois que la relation des fois bah on sait même pas. Dans les transmissions ca va être bah Mr untel est revenu et puis c'est tout quoi ça s'arrête là quoi.

Étudiante: Ah ouais?

IDE: C'est genre il est revenu mais tout le monde sait pourquoi il est revenu, fin des fois y'a même pas trop de motifs voilà, pas de logement il est revenu et des fois y'a un peu un essoufflement.

Étudiante: Ouais je comprends.

IDE: Et un manque de motivation du coup. Après c'est pas tout le temps comme ça. Après dans l'équipe d'avoir des nouvelles têtes c'est chouette pour les patients chroniques pour mettre une nouvelle dynamique et du coup un nouveau souffle. Après faut pas non plus que le patient le ressente et il faut le prendre en soins comme tout le monde en fait.

Étudiante: Toujours sur les transmissions, mais quand vous les faites ça vous arrive des fois de faire des sortes d'anecdotes sur des patients?

IDE: Oui ça arrive comme je dis un peu avant, c'est surtout avec les patients chroniques. C'est jamais dans le but de les nuire mais nous ça nous permet de couper je pense. Ou quand y'a cette forme d'essoufflement ça nous permet d'y aller en étant plus motivé.

Étudiante: D'accord.

IDE: Après c'est pas tout le temps et entre nous bien sûr. Mais je pense que dans les soins généraux c'est pareil, c'est un peu comme quand on dit à il sonne tout le temps pour rien. Finalement même en

dehors de l'hôpital on peut le retrouver, si on appelle notre chef de chantier pour la construction de notre maison toutes les cinq minutes à la fin il va peut-être dire quelque chose à ses collègues pour rigoler car cela va le lasser.

Étudiante: Oui je vois. Je n'ai plus de question, merci beaucoup d'avoir répondu. Je ne sais pas si euh tu as quelque chose à rajouter ?

IDE: Non, non, pas de soucis, n'hésite pas à me rappeler si besoin.

Étudiante: D'accord merci.

NOM : MAUGUEN

PRÉNOM : Leïla

TITRE DU MÉMOIRE : Le rôle des transmissions

ABSTRACT :

This end of study research work is about the relationship between the patient and the caregiver in mental health .The alteration of this relationship, the stigmatization of some patients due to previous hospitalizations, the role of transmission of informations. Indeed if the nurse receives informations on a patient who has previously been aggressive in the department, can this influence the relationship between the patient and the caregiver and become stigmatizing? Based on experience during my internship, I was able to define the starting question: "how can the relationship between the patient and care provider be altered when the patient has been stigmatized in his previous hospitalization?" This theoretical framework highlights several things such as the role of the nurse in mental health stigma and the caregiver-patient relationship.Two interviews were also conducted with nurses working in mental healthcare with different professional experience. These interviews allowed me to highlight several things: the unstable link that is the patient - caregiver relationship, the evolution of the relationships due to the patient chronic condition, the stigmatization of psychiatry, the importance of transmission of informations, the perception and interpretation of these informations and the posture of the caregiver during the transmission. This interviews allowed me to compare the theoretical aspect of the work and the thinking of caregivers, and there fore to add my point of view.

RÉSUMÉ :

Ce travail de recherche de fin d'étude porte sur la relation soignant-soigné en santé mentale, l'altération de cette relation, la stigmatisation de certains patients suite à leurs anciennes hospitalisations ainsi que le rôle des transmissions. En effet, si l'infirmier reçoit des transmissions sur un patient ayant déjà eu des antécédents agressifs dans le service, peut-il influencer sa relation soignant-soigné et devenir stigmatisant? En partant d'une situation de ce type vécue en stage, j'ai alors pu définir cette question de départ: "En quoi la relation soignant-soigné en santé mentale peut-elle être altérée quand le patient à été stigmatisé suite à ses anciennes hospitalisations?". Le cadre théorique de ce travail met en évidence plusieurs notions comme le rôle de l'infirmier en santé mentale, la stigmatisation et la relation soignant-soigné. Deux entretiens ont également été réalisés avec des infirmiers travaillant en santé mentale avec une expérience professionnelle différente. Ces entretiens auront permis de mettre en évidence plusieurs choses : le lien instable qu'est la relation soignant-soigné, l'évolution des relations en lien avec la chronicité des patients, la présence de la stigmatisation en psychiatrie, l'importance des transmissions, la présence du qu'en dira t-on lors des transmissions et la posture professionnelle des soignants lors des transmissions. Ces entretiens m'ont donc permis de confronter la partie théorique avec la pensée des soignants, et par conséquent, d'y ajouter mon point de vue.

KEY WORD : Relationship between the patient and the caregiver, Psychiatry, Stigmatization, Former hospitalizations, Transmissions

MOTS CLÉS : Relation soignant soigné, Psychiatrie, Stigmatisation, Anciennes hospitalisations, Transmissions

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS :

Adresse : Pôle de Formation des Professionnels de Santé. CHU Pontchaillou. 2 Rue Henri Le Guillou 35000 Rennes.

TRAVAIL ÉCRIT DE FIN D'ÉTUDES- Année de formation : 2019-2022.

