

Membre de l'université Paris Lumières

Géraldine HOSTEIN

La place du patient dans la professionnalisation des infirmiers en psychiatrie et santé mentale

Thèse présentée et soutenue publiquement le 05/12/2022
en vue de l'obtention du doctorat de Sciences de l'éducation
de l'Université Paris Nanterre
sous la direction de M. Olivier Las Vergnas (Université Paris Nanterre)

Annexes

Jury * :

Membre du jury	Monsieur Philippe CARRE	Professeur émérite des Universités en Sciences de l'Education, Université Paris-Nanterre
Membre du jury	Monsieur Olivier COTTENCIN	Professeur des Universités en Psychiatrie et Addictologie, Université de Lille
Directeur	Monsieur Olivier LAS VERGNAS	Professeur des Universités en Sciences de l'Education, Université Paris-Nanterre
Membre du jury	Monsieur Julien DE MIRIBEL	Maître de conférences en Sciences de l'Education, Université de Lille
Rapporteur	Monsieur Jean-Manuel MORVILLERS	Cadre supérieur de santé FPH, GHU Paris-Psychiatrie et Neurosciences et Laboratoire Education et Promotion de la Santé Université Sorbonne-Paris-Nord
Rapporteuse	Madame Elisabeth NOEL HUREAUX	Maître de conférences en Sciences de l'Education, Université Paris XIII (HDR Retraitée)
Rapporteur	Monsieur Bernard PACHOUD	Professeur des Universités en psychopathologie, Université Paris-Diderot

Sommaire

1. Descriptions des formations de consolidation des savoirs proposées par neuf organismes de formation et cinq établissements de santé	3
2. Littérature « grise » utilisée pour l'analyse du tutorat des infirmiers nouveaux en psychiatrie	4
3. Exemple d'entretien	7
4. Répartition des verbatims d'apprentissages transformateurs déclarés par les 23 infirmiers en psychiatrie interviewés, en fonction de leur nature	19
5. Mise en relation des caractéristiques sociodémographiques des 23 infirmiers en psychiatrie interviewés avec les différents types d'apprentissages transformateurs déclarés	37
6. Questionnaire.....	40
7. Répartition des répondants au questionnaire, par établissement d'origine.....	48
8. Corrélations entre l'apprentissage dans une interaction formelle et les facteurs endogènes.....	49

1. Descriptions des formations de consolidation des savoirs proposées par neuf organismes de formation et cinq établissements de santé

FORMATIONS DE CONSOLIDATION DES SAVOIRS PROPOSEES PAR 9 ORGANISMES DE FORMATION ET 5 ETABLISSEMENTS DE SANTE			
	OF ¹ et CH ²	INTITULE DE LA FORMATION	DUREE
1	GRIEPS	<i>Certificat : Spécialiste en soins psychiatriques</i>	12 j (dont 3 en e-learning)
2	FORMAVENIR PERFORMANCE	<i>Consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en psychiatrie</i>	8 j
3	CNEH	<i>Consolidation des savoirs et des pratiques pour les infirmiers nouvellement affectés en psychiatrie</i>	15 j
4	INFIPP	<i>Parcours d'intégration et adaptation à l'emploi des infirmiers en psychiatrie</i>	11 j
5	INFOR SANTE	<i>Consolidation des savoirs en psychiatrie</i>	15 j
6	AFAR	<i>CPFFP - Spécialisation et consolidation des savoirs en soins psychiatriques pour infirmiers (circulaire du 25 juin 2004)</i>	15 j
7	AGFOR SANTE	<i>Consolidation des savoirs en psychiatrie (adaptation à l'emploi)</i>	8 j
8	INSTITUT BERGERET J.	<i>Consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie</i>	12 j
9	ANAXIS	<i>Etre infirmier en psychiatrie : consolidation et intégration des savoirs pour l'exercice infirmier en psychiatrie</i>	15 j
10	LE GH Paul Guiraud en partenariat avec l'Ecole Montsouris - UPEC	<i>Certificat d'Université Soins en Santé Mentale + Formation Omega</i>	16 j + 4 j Formation à la prévention de la violence
11	LE GHU Paris Neurosciences	<i>Parcours recommandés pour les infirmiers et aides-soignants nouvellement recrutés en psychiatrie</i>	11 j + 4 j Formation à la prévention de la violence
12	EPSM Lille Métropole	<i>Dispositif de professionnalisation et tutorat (DPT) (nous ne prenons pas en compte ici le tutorat inclus dans le dispositif)</i>	16 j + 4 j FPV 19 j dans les 5 ans suivant l'intégration
13	CH Saint Cyr au Mont d'Or	<i>Consolidation des savoirs en psychiatrie</i>	30 j + 5 j FPV dans les 2 ans suivant l'intégration
14	APHM (Marseille)	<i>Consolidation des savoirs infirmiers en psychiatrie</i>	8 j

¹ Organisme de formation

² Centre Hospitalier

2. Littérature « grise » utilisée pour l'analyse du tutorat des infirmiers nouveaux en psychiatrie

Le rapport d'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 constate l'existence de dispositifs additionnels de professionnalisation au sein des établissements, sous la forme de formations et/ou de tutorats (Haut Conseil de Santé Publique, 2016, pp. 104-105) et il en décrit succinctement quelques-uns. Afin d'étayer ce constat, nous avons collecté différents documents qui nous ont permis de nous faire une idée plus claire des dispositifs proposés par les établissements psychiatriques de différentes régions de France. Nous avons recueilli et analysé tout d'abord, des informations concernant les dispositifs de tutorat de 22 établissements à partir de sources variées rédigées entre 2015 et 2020. Ces sources sont de six sortes : des présentations de dispositifs réalisées par des établissements dans le cadre de rencontres publiques, des livrets d'accueil et d'intégration du personnel soignant, un document de définition du tutorat issu d'un groupe de travail, les actes d'une journée dédiée au tutorat, une thèse de doctorat et des articles. Notons par ailleurs que ces sources concernent majoritairement la région Auvergne-Rhône-Alpes.

LITTÉRATURE « GRISE » SUR LE TUTORAT D'INFIRMIERS NOUVEAUX EN PSYCHIATRIE				
	Présentation du document	Auteur(s)	Date	Etablissements concernés
1	<i>Quel tutorat d'intégration en psychiatrie ?</i> Document de définition du tutorat des IDE nouveaux en psychiatrie s'appuyant sur une enquête auprès de 28 établissements sur la mise en place du tutorat.	Le CRMC ³ : M. Nicolas, directeur des soins au CRMC et un groupe de travail : directeurs des soins et cadres de santé de la région Auvergne Rhône-Alpes	Juillet 2016	16 établissements de la région Auvergne Rhône-Alpes
2	<i>Les dix ans du tutorat en psychiatrie : quels bilans et perspectives en Auvergne Rhône Alpes pour demain ?</i> Actes de la 4 ^{ème} journée régionale du tutorat en psychiatrie	- CH de Saint Cyr au Mont d'Or - CRMC - ARS Auvergne Rhône-Alpes	15 décembre 2016	Etablissements ayant une activité psychiatrique de la région Auvergne Rhône-Alpes
3	<i>Transmettre son savoir en psychiatrie par le tutorat avec des seniors pairs</i> - Présentation d'un dispositif tutoral à destination	J.-P. Lanquetin, ISP au CHS de Saint Cyr au Mont d'Or et chercheur au GRSI ⁴	6 novembre 2015	CHS de Saint Cyr au Mont d'Or

³ Centre Ressources Métiers et Compétences (CRMC) : « Le Centre ressource des métiers et compétences (CRMC) en Psychiatrie a ouvert le 14 janvier 2016 à Voiron (Isère). Il s'agit du premier centre en France de ce type, dont la mission est d'initier et d'animer un réseau régional des professionnels de la psychiatrie, associant les professionnels institutionnels du secteur médico-social et les professionnels libéraux. » <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/lars-auvergne-rhone-alpes-cree-le-premier-centre-ressource-des-metiers-et-competences-en> Consulté le 26 mars 2020

⁴ Groupe de Recherche en Soins Infirmiers (GRSI) : Le Groupe de Recherche en Soins Infirmiers (GRSI) a été créé en 2006 par un groupe d'infirmiers issus des trois établissements de santé mentale du Rhône. Il est composé de M. Jean-Paul Lanquetin, infirmier de secteur psychiatrique, praticien chercheur et de M. Loïc Rohr, infirmier diplômé d'état, chercheur. Le GRSI est sous la direction de la direction des soins de l'établissement de Saint-Cyr au Mont d'Or. Il participe en tant qu'expert à des groupes de

	des infirmiers nouveaux en psychiatrie - Journée de recherche du Groupe Hospitalier Paul Guiraud			
4	<i>Réactivation du dispositif tutorat : Enjeux et perspectives pour le CHUSE</i> - Présentation d'un dispositif tutoral à destination des infirmiers nouveaux en psychiatrie à l'occasion de la 5 ^{ème} journée régionale du tutorat en psychiatrie	Un représentant du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne	Décembre 2018	CHU de Saint-Etienne
5	<i>Bilan du tutorat d'intégration en région Auvergne-Rhône-Alpes</i> - Présentation du bilan régional du tutorat à destination des infirmiers nouveaux en psychiatrie à l'occasion de la 5 ^{ème} journée régionale du tutorat en psychiatrie	Dr Sylvie Ynesta, Référente régionale psychiatrie et santé mentale – ARS Auvergne Rhône-Alpes	Décembre 2018	Etablissements ayant une activité psychiatrique de la région Auvergne Rhône-Alpes
6	<i>Le tutorat infirmier à l'EPSM</i> - Livret d'accueil du personnel (p.36)	S.Barbier et B.Stiquel Joubert - Référents tutorat	2020	EPSM 74
7	<i>Dispositif de Professionnalisation et Tutorat pour les jeunes infirmiers exerçant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale</i> - Présentation d'un dispositif tutoral et de professionnalisation à destination des infirmiers nouveaux en psychiatrie à l'occasion de la 5 ^{ème} journée régionale du tutorat	Mme Bourgeois, Directrice des soins ; S. Di Silvestre, cadre supérieure de santé ; C. Velut, Infirmière	Décembre 2018	EPSM Lille Métropole
8	<i>L'expérience infirmière en psychiatrie et santé mentale</i> Thèse de doctorat en Sciences de l'éducation	J. De Miribel	2017	EPSM Lille Métropole
9	<i>Expérience et professionnalisation des infirmiers en psychiatrie : des ficelles au métier</i> Ouvrage	J. De Miribel	2020	EPSM Lille Métropole
10	<i>Tutorat : Dispositif d'adaptation à la fonction</i> - Présentation d'un dispositif tutoral à destination des infirmiers nouveaux en psychiatrie	GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences (Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray Vacluse) ⁵	28 mai 2018	GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences
11	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cursus d'intégration des infirmier(es)</i> • <i>Guide des parcours d'intégration et de professionnalisation des IDE nouveaux en psychiatrie</i> 	Groupe Hospitalier Paul Guiraud	<ul style="list-style-type: none"> • 2011 • 2016 	Groupe Hospitalier Paul Guiraud

travaux à la Haute Autorité de Santé, à des conférences autres (exemple du moindre recours à l'isolement et à la contention), à des jurys de P.H.R.I.P., au sous-COPIL en Psychiatrie (Comité de Pilotage) au ministère, à des Comités Scientifiques, à la coordination nationale de recherche en psychiatrie, forme à la Recherche en Soins Infirmiers auprès des IFSI, IFCS, D.U., Master - <https://www.rrspy.fr/rsi/index.php/grsi/presentationgrsi> - Consulté le 24 mars 2021

⁵ Le GHT Paris Psychiatrie et Neurosciences est devenu le GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences depuis le 1er janvier 2019. Il regroupe les hôpitaux Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray Vacluse. Cependant, nous nous appuyons sur des documents de 2018, de « l'époque » du GHT. <https://www.ghu-paris.fr/fr/presentation-de-letablissement> - Dernière consultation le 21 juillet 2021.

12	<i>Comment transmettre les savoirs en psychiatrie ?</i> Article (p.32-35)	F. Henry, Directeur des soins, CHSM de Nice, Revue Santé Mentale, Spécial Formation	Août 2018	CHSM de Nice
13	Atelier 1. Les liens dans les pratiques professionnelles. <i>Pratiques en santé mentale</i> , 63e année (1), 35-38. Article	Coordination ILE-DE-FRANCE, Président Bernard Martin, Animateur Clément Bonnet, Rapporteur Annick Perrin-Niquet, Intervenants Jean-Jacques Rehel, Vincent Harde, Nathalie Le Drogou, Valérie Pfalzgraf, Caroline Blaize	2017	ASM 13

3. Exemple d'entretien

Evelyne, infirmière en psychiatrie – Diplômée en 1986, titulaire d'un DEI - Environ 7 ans d'expérience en psychiatrie (4 ans en intra et 3 ans en CMP) et 25 ans d'expérience en MCO

Donc, je suis Evelyne, infirmière en CMP, donc c'est le CMP Meudon Chaville qui dépend du pôle Clamart, qui dépend du Groupe Hospitalier Paul Guiraud, dont la, dont la maison mère si je puis dire est à Villejuif. Euh, je travaille au CMP ici depuis septembre 2015 et je suis rentrée à Paul Guiraud donc en secteur de psychiatrie, à l'hôpital Paul Guiraud Clamart en septembre 2011. Donc là, ça a été mes premiers contacts professionnels en psychiatrie. En tant qu'infirmière diplômée j'avais déjà fait des stages durant ma formation initiale qui date des années 83-86. Voilà. Et entre 86 et 2011, j'ai travaillé euh donc en en MCO comme en dit, d'abord dans le Nord, d'abord à l'hôpital de Roubaix de l'été 86 au moment de mon diplôme jusqu'en décembre 88, ensuite janvier 89, je me suis engagée dans l'armée, dans le service de santé des armées et j'ai été affectée à Percy-Clamart et donc j'ai fait 22, combien d'années, donc de début 89 à mai 2011, ça a été le service de santé des armées. Par la suite, donc j'ai fait un choix, donc une réorientation professionnelle, j'ai pris ma retraite militaire, je me suis dit, je m'arrête ou non, je n'avais que 45 ans donc un peu juste pour m'arrêter donc j'ai réfléchi, je ne voulais plus être dans des services nécessairement de pointe, mais en tout cas avec l'expérience que j'avais je me suis dit que je pourrais tenter la psychiatrie, sur le plan relationnel donc voilà, ça a été un gros changement dans ma vie professionnelle ; J'ai commencé 9 mois en service euh fermé puis ouvert à Villejuif en attendant la nouvelle installation de l'hôpital de Clamart qui a ouvert fin mai 2012 donc entre 2011 et 2015, j'étais d'abord en service fermé puis en service ouvert. Voilà, et en fait c'est par des choix familiaux que j'ai souhaité intégrer un CMP pour ne plus avoir nécessairement le rythme lié au fonctionnement des services, les week-ends, un sur deux, les matins, les alternances matin et après-midi, donc là en CMP, c'est quand même beaucoup plus confortable, entre guillemets, on travaille en jours ouvrables, on a nos week-ends, nos jours fériés, donc c'est le bonheur. Donc voilà, j'ai tâté à de nombreux services différents, dans l'armée, j'ai pas détaillé, je sais pas si c'est important ou pas et puis donc oui j'ai été infirmière et j'ai aussi fait fonction de surveillante et j'ai également, la direction de Percy me proposait d'intégrer la cellule qualité donc des missions transversales et on m'a nommé gestionnaire des risques liés aux soins. Voilà.

Le chercheur : Surveillante ?

On peut faire fonction de cadre sans être cadre de santé. Là je sais qu'à Paul Guiraud, il y a quelques personnes qui font fonction de cadre. Là notre cadre pour le CMP entre autres, elle a plusieurs services en charge elle fait fonction mais elle, elle s'inscrit dans un parcours de formation pour devenir cadre, donc on les met en responsabilité pour ...

Le chercheur : Donc quand vous dites surveillante, c'est cadre...

Oui c'est cadre.

Le chercheur : c'est l'ancienne terminologie.

Tout à fait.

Le chercheur : Vous avez dit à un moment donné que la psychiatrie...

C'était pas une chose à laquelle j'aurais pensé nécessairement en début de carrière. J'avais fait des stages, deux stages pendant ma formation initiale que j'avais plutôt mal vécus, dans des services fermés, des cas vraiment pas marrants, je n'avais pas les clés des services, donc on fermait derrière moi, je regrettais de pas avoir des yeux derrière les oreilles vous voyez ? Ça ça a été un choc, je n'ai pas apprécié. Donc pour moi non, quand il s'est agi de trouver un poste, c'était certainement pas en psychiatrie. Mais bon, après avoir baroudé quelques années, je me suis dit pourquoi pas et j'avoue que l'entrée en psychiatrie pour moi ça a été pas une bonne baffe, mais on voit des choses très étonnante en termes de violence verbale, de comportements, il a fallu que je comprenne. Radicalement différent de ce que j'avais pu faire.

Le chercheur : Et du coup, par rapport à ce que vous aviez vécu dans les années 80 ?

C'était entre 83 et 86, j'étais toute jeune, j'avais entre 18 et 20 ans. Quand on ne connaît pas la psychiatrie, quand on ne vous la présente pas nécessairement, tous les éléments que ça comporte, ça peut paraître oui, c'est d'une grosse brutalité

Le chercheur : Est-ce qu'il y a des situations en psy où vous vous êtes dit que vous avez appris auprès du des patients ?

Appris, au niveau de la spécialité, par rapport...

Le chercheur : Tout type d'apprentissage en fait.

C'est très vaste.

Le chercheur : des situations marquantes...

Des situations marquantes, c'est vrai qu'on en rencontre des temps de crise de certains patients, déjà ce qui, déjà par rapport à nous, ce qu'elles nous renvoient à nous soignants c'est que, il faut pas envenimer les situations, il faut garder un self control pour essayer d'apaiser ces moments difficiles, ça veut pas dire que ça va apaiser nécessairement mais ça évitera de renforcer ce bouillonnement, ouais des moments de crise on a eu parfois des moments agités exaspérés qui hurlaient. Quand on est en service fermé en psychiatrie, on a souvent tendance à appeler les renforts ce qui fait qu'on arrive à peut-être 10 personnes en même temps autour d'une personne qui ne va pas bien, et moi, je me disais, si ça devait m'arriver, je serais paniquée de voir ce monde-là, donc déjà, on a tendance à arriver comme des cowboys et je me souviens d'avoir fait le constat de me dire, comment il faudrait faire, pour essayer de leur faire pas avaler la pilule, mais leur dire qu'on est là pour leur bien, mais comme ils se débattent, on est obligé d'avoir le contrôle d'une certaine manière et il faut essayer de l'apaiser et ça passe parfois par des gestes assez il faut contrôler, envelopper parfois violemment la personne, il faut vite aller lui préparer l'injection qu'on va lui faire à l'arrache parce qu'on arrive pas à la contenir donc ça oui, ça j'ai le souvenir que plusieurs fois ça m'avait interpellé, alors je sais pas s'il y a de bonnes solutions, de bonnes formes de faire quand on est, c'est aussi une forme d'urgence, autant que possible essayer d'amener la parole comme élément atténuateur mais je suis pas sûre

que la personne en crise nous entende aussi. Donc ouais, c'est un exemple de situations, d'autres euh...

Je pense qu'une fois j'avais dû être frappée mais sans gravité de la même façon on se demande comment réagir de façon adaptée pour faire comprendre que c'est pas, que ce qui a été fait n'est pas adapté non plus.

Le chercheur : C'est quoi cette situation ?

J'ai le souvenir d'un coup, frappé au visage, au niveau des lunettes mais il y a pas eu d'impact, donc bon, on essaie de raisonner. Enfin, en tout cas, ce genre de situation ça fait appel à pas mal d'humilité parce qu'on a tendance à apporter des...des commentaires au patient ou autre mais par rapport à notre ressenti à nous, à notre vécu à nous, rien ne prouve que ce qu'il vont entendre que ça colle pour eux, qu'ils puissent se l'approprier, j'ai souvent tendance à dire que notre réalité en tant soignant c'est pas nécessairement celle de la personne qu'on en face de soi, toute la difficulté est de ne pas imposer, il faut essayer d'amener la personne à, en face de soi, à faire des constats par elle-même, à essayer de raisonner, encore c'est peut-être un mot qui est un peu fort.

Le chercheur : Faire des constats ?

Ben par rapport à une situation, j'ai fait une bêtise, j'ai frappé quelqu'un. Est-ce que déjà la personne se rend compte de la portée de l'acte ? Et en quoi, ça peut être blessant physiquement ou moralement. Cet exemple ou un autre. Et puis, vraiment en tant que soignant, on réagit dans l'instant, plus j'avance et plus je me dis il faut essayer de ne pas apporter des solutions toutes faites par rapport à soi-même, il faut essayer de s'adapter à la situation à la personne qu'on a en face de soi, à l'environnement, voir si les solutions qu'on peut proposer sont acceptables par la personne, est-ce qu'elle pourra s'approprier ce qu'on lui propose, je sais pas si je réponds bien...on a toujours envie d'apporter un bénéfice à la personne, mais par définition la personne qu'on a en face de soi, elle a peut-être pas la même façon de voir que soi, que nous-même, elle a peut-être pas le même sens de l'initiative, le même la même envie de déclencher des solutions, donc nous on essaie de trouver des petits biais pour essayer de l'amener vers une solution. Là je sors d'une visite à domicile d'une personne qui manifestement n'arrive pas à entretenir son logement, son quotidien d'assurer son hygiène corporelle, l'entretien de ses vêtements, pour quelqu'un qui aurait un jugement correct, il suffirait de faire des recommandations et elle se l'approprierait et mettrait en œuvre, on s'aperçoit qu'on redit et qu'on reredit, les choses sont figées, n'avancent pas, donc oui, il faut répéter les choses, être d'une grande patience, parfois on y arrive pas, c'est parfois déroutant et fatigant, jusqu'où on peut aller pour soutenir, et garder ce lien, cette confiance, beaucoup d'humilité dans notre travail, je crois qu'il faut, il faut pas nécessairement vouloir déplacer des montagnes, il faut, il faut agir par petits morceaux, les uns après les autres.

Le chercheur : Vous parliez de la patiente que vous avez vu aujourd'hui, c'est quelqu'un que vous suivez depuis longtemps ?

C'est quelqu'un que j'ai en charge avec un autre collègue ou une autre collègue plutôt depuis mon arrivée donc ça fait deux ans et demi où les choses sont globalement assez figées, elle a jamais été réhospitalisée depuis que je l'ai en charge mais on voit que son quotidien évolue peu, donc on s'était appropriées avec ma collègue et en accord son médecin psychiatre référent d'essayer de, après les recommandations qui n'ont abouti à rien de faire bouger les choses avec

elle, donc là on est dans une phase de grand ménage chez elle, donc là on fait peut être plus que notre travail d'infirmière mais donc ça fait trois quatre VAD qu'on fait chez elle, donc VAD, visite à domicile où on l'a je vais pas dire que, qu'on fait pour elle donc si on attendait que ce soit elle qui fasse toute seule, ça n'avancerait pas, donc là on s'est approprié le boulot, donc elle le fait avec nous, on vide les armoires, on lui montre, on garde, on garde pas, ça aussi ça me semble d'une grande violence quelque part, de forcer un peu la personne, mais qui est partante quelque part à chaque fois on lui dit, vous en êtes d'accord, pas de souci, mais c'est un peu rude, pour nous aussi.

Le chercheur : Et elle, sa pathologie ?

C'est une schizophrénie, bien ancrée, oui oui, et au début de sa maladie, je sais pas comment elle est rentrée, elle avait une vie active cette dame, je crois qu'elle était dans l'enseignement et donc il y a peut-être quinze ans de ça, elle avait dû arrêter de travailler.

Le chercheur : Donc c'était un état latent ?

Les débuts de sa maladie, j'ai pas trop creusé, son histoire. En tout cas, là elle doit être en invalidité, j suppose et don elle euh, elle a cessé toute activité professionnelle, ce qui nous navre quand on voit qu'avant, qu'il y a eu un avant actif et que là, elle ronronne un petit peu chez elle. Elle accepte d'aller un peu en CATTP donc faire des activités deux fois par semaine, ce qui est déjà bien, là elle me le confirmait encore qu'hormis ces deux activités là, elle reste chez elle, elle sort un peu pour s'acheter sa nourriture mais sinon elle a pas beaucoup de liens avec d'autres personnes, hormis sa sœur qu'elle a de temps en temps au téléphone, sans plus. Donc, vraiment charge à nous de l'aider pour améliorer son quotidien, je pense qu'à l'époque où elle devait être bien en crise, maintenant elle est globalement stabilisée, mais il reste des empreintes de violence dans son, dans son, dans son logement, sa porte d'entrée est en mauvais état, sa serrure il manque les poignées, enfin des petits détails qui traduisent des moments de forte tension qui devaient la concerner elle, elle s'est appropriée le logement tel qu'il est maintenant mais maintenant qu'on a fait le ménage, qu'elle a pris un peu de recul, qu'elle est apaisée, qu'elle est plus dans le contact, on arrive à faire avancer les choses. Là, on a le projet de faire retaper cette porte d'entrée, de remettre la sonnette, de remettre en état ses armoires dans son séjour, changer de canapé qui est dans un état de délabrement fantastique. Voilà.

Le chercheur : Et qu'avez-vous appris à son contact ?

Que les choses avancent très lentement. Malgré l'investissement, malgré les sollicitations qu'il y a des délais de réaction, qui sont extrêmement longs, qui ne viennent pas nécessairement d'elle, puisqu'en deux ans et demi on voit que les choses ont extrêmement peu progressé, on s'approprie les choses mais je crois que déjà il faut gagner la confiance et montrer qu'on est pas là en termes de mauvais éléments, il faut pas non plus qu'on soit des persécuteurs, donc on peut pas faire avancer les choses comme ça en claquant des doigts. Si ça nous concernait vous moi ou quelqu'un d'autre, on s'aurait en quinze jours un mois, les choses seront rentrées dans l'ordre, on aura vite embrayé pour faire avancer le schmilblick. Déjà, là on a pas mal d'interlocuteurs donc il faut se passer des infos, cette dame était sous curatelle simple maintenant elle est sous curatelle renforcée, donc on est obligé maintenant de composer avec un curateur pour les décisions qui concernent les achats, les investissements, voilà, il y a le fait aussi qu'on est en binômes, donc ma collègue n'a pas nécessairement ou la même patience ou la même réactivité que moi ou la même façon d'appréhender les situations donc il faut aller dans le même sens

mais à la même vitesse aussi, donc c'est au détriment de l'une ou au détriment de l'autre, en tout cas faut pas que l'une ait l'ascendant sur l'autre, faut aller de concert, voilà c'est des situations qu'on doit gérer à plusieurs au mieux des intérêts de la patiente.

Le chercheur : Et cette patiente par exemple, est-ce qu'elle vous apprend des choses concernant sa maladie ?

Est-ce que j'apprends ? Encore ce matin, elle me disait des choses que je ne savais pas. En fait les personnes en psychiatrie se dévoilent mais vraiment de place en place, là encore des petits éléments que vous découvrez progressivement. Euh. C'est la première fois qu'elle a exposé le fait qu'elle se disait déprimée, moi je l'ai retrouvée un peu repliée sur elle-même mais c'est la première fois qu'elle exprimait la chose comme ça, bon elle est sous antidépresseurs donc évidemment, quelque part, il y a un terrain dépressif qu'on peut estimer mais là, elle l'a affiché, donc je me dis flûte voilà, c'est quelque chose qu'elle me dépose aujourd'hui, qu'elle avait jamais encore évoqué avant, donc qu'est-ce qui fait que...est-ce que c'est parce que j'ai pas pris le temps de la questionner mais bon c'est pas toujours facile non plus de faire du rentre-dedans, dites-moi ce qui va pas actuellement, est-ce qu'ils ont bien envie de me dire, après comment entrer dans le fil de l'histoire sans heurter, sans forcer là encore. Bon voilà. Comme ça on pourra retravailler dessus, elle me dit aussi qu'elle fait des cauchemars la nuit, on n'en avait pas trop parlé jusque-là aussi donc voilà. Et elle nous, je pense qu'il y a une forme de pudeur de la part du patient qui fait qu'ils ne disent pas ce que nous on peut trouver pertinent comme information, mais on peut pas non plus chercher et essayer de récupérer des trucs, sans savoir où aller, dans quel sens, dans quel sens prendre l'information, si c'est valable pour elle, c'est valable pour les autres. Dans notre activité, on reçoit les patients pour des piluliers pour des injections, donc globalement on les reçoit entre un quart d'heure et une demi-heure, on sonde le quotidien, en se disant il y aura peut-être un début d'information intéressante, quelque chose de palpable dans ce qu'ils rapportent, c'est pas toujours le cas, en général, il y en a qui sont « lisses » entre guillemets, qui nous délivrent pas grand-chose, oui ça va bien, oui il fait beau, ils veulent pas se livrer et je trouve que là pour nous c'est difficile de rentrer dans leur intérieur intime, de toute façon ils nous diront que ce qu'ils auront envie de nous dire mais les VAD, en l'occurrence là avec la dame, on a discuté en allant laver à la laverie automatique, c'était pas chez elle, c'était pas derrière un bureau pour son pilulier. On sort de chez elle, on fait un truc qu'on fait pas tous les jours, enfin c'est peut-être le hasard aussi. S'il doit y avoir une leçon de ça, il faut pas avoir, il faut pas s'attendre lors d'un entretien formel à récupérer en trois minutes, les éléments qui peuvent nous nous sembler pertinents, on peut les avoir au bout d'un paquet de rencontres. Là encore il faut être humble et prendre les choses au jour le jour.

Le chercheur : Les personnes qui viennent vous voir au CMP, viennent de leur plein gré ?

Oui ou non, selon qu'elles viennent dans un programme de soins. Là encore il pourrait y avoir une accroche différente.

Le chercheur : Est-ce que vous voyez une différence du coup ? Est-ce que les patients se dévoilent plus quand ils viennent d'eux-mêmes ?

Pas forcément, je sais pas si on peut déduire une généralité par rapport à ça. Il est clair que s'ils viennent contraints, ils nous délivreront pas grand-chose mais après ceux qui viennent de façon spontanée, volontaire plutôt, c'est pas pour autant, je pense que c'est plus lié à leur clinique, et leurs inhibitions propres que ..

Le chercheur : Est-ce que vous avez des patients qui partagent avec vous une réflexion sur leur maladie ?

Oui, il peut y avoir des éclairs de lucidité, je sais pas si on peut dire ça comme ça. Des moments dans le parcours de leur maladie, qui ont peut-être plus la visibilité de ce qui se passe et qui peuvent dire éventuellement, ben qu'est-ce que j'ai, quelle est ma maladie bon je pense qu'ils le demandent plus facilement auprès des médecins mais parfois sur certains aspects cliniques, on peut leur dire, là vous voyez c'est peut-être une manifestation de ce que vous avez ou c'est peut-être en lien, c'est pas fréquent mais ça peut arriver. Ouais ouais. Alors y a un truc aussi, ça me renvoie à une autre patiente qu'on a ; Nous-mêmes soignants, on a une relation pour les gens qu'on voit assez fréquemment, nous, au niveau du CMP on gère quelques, on a six patients qui sont en appartements communautaires et ça me renvoie à l'aspect de normalité des personnes en psychiatrie, notamment une dame, qui est aussi schizophrène et qui parfois, elle a un certain fond délirant mais qui apparaît plus ou moins selon les moments et bon quand on va chez eux, on leur pose des questions sur leur vie eux, mais ils nous renvoient la pareille, ils ont envie de savoir nous, donc on est amenés parfois à délivrer un petit peu, à donner quelques aspects de notre vie perso, donc ben moi je leur dis, moi je suis maman de deux enfants, voilà je précise et donc la dame en question, elle a une fille mais dans son délire, elle peut en avoir deux voir seize mais on est sûr qu'elle en a une déjà et par rapport justement à ce rapport de comparaison de leur vie et de la mienne par exemple, elle me demande des nouvelles de mes enfants et donc moi je l'interprète mais je me trompe peut-être, qu'il y a cette envie de comparaison pour pouvoir montrer, moi aussi j'ai une vie de famille, en tout cas, j'ai été mère, et elle dit, comme vous, j'aimerais être mariée, comme vous, elle fait le rapprochement et parfois, ça met mal à l'aise parce que nous en tant que soignants, on se dit jusqu'où faut pas trahir, mais en tout cas confier des éléments de notre propre vie, qu'est-ce qu'ils peuvent en faire eux ? Je pense qu'il n'y a pas de danger particulier à donner quelques bribes d'infos. Voilà, je pense qu'en tout cas, eux, ils ont peut-être pas la vie qu'ils auraient peut-être un jour rêver d'avoir et le fait de discuter avec des personnes plus ou moins dans la normalité, ça permet d'avoir une vision différente de leur vie, d'avoir une ouverture, je sais pas si on peut dire comme ça mais en tout cas de voir ce qui se passe ailleurs.

Le chercheur : Et peut être d'appartenir à un groupe..

De se rapprocher, on reste humain avec une histoire. Ça aussi en tout cas, ça pose question de notre positionnement à l'égard de ces personnes, on est là pour les aider, mais à quel point on peut leur, est-ce que ma normalité est intéressante pour eux, enfin ma normalité entre guillemets, qu'est-ce que je peux leur apporter, en général les patients de psychiatrie, il y en a peu qui s'intéressent à ce qu'on est nous soignants, certains posent la question mais d'autres sont pas du tout là-dedans, connaissant leurs problèmes, leur vécu et leurs difficultés du moment et...

Après, je pense qu'il faut savoir lâcher un peu de lest quand même et puis s'ouvrir, ne pas se positionner seulement en tant que soignant qui apporte juste des traitements, des... Je sais pas si c'est une bonne de relayer ce qu'est une vie autre... Enfin en tout cas, je ne m'interdis pas de le faire.

Le chercheur : Pour vous c'est quoi votre rôle en tant que soignante auprès des patients ?

Ahah. Notre rôle... je dirais que c'est peut-être avant tout de l'accueil, les gens viennent vers nous avant de faire un geste de soin comme je vous avais dit ça peut être la préparation d'un pilulier, une injection, un entretien de soutien ou autre c'est vraiment de montrer que la porte est ouverte et que à tout moment on peut accueillir le patient et ce qu'il a à nous dire, donc accueillir ça veut dire écouter leur parole donc leur difficulté du moment, leur souffrance, en fonction de ce qu'ils nous disent peut-être essayer de les guider, je prétends pas non plus avoir de solutions miracle, c'est donc récupérer une information, voir déjà si on peut traiter rapidement pour une amélioration sinon, le CMP permet, on a la chance de travailler en équipe pluridisciplinaire avec des visions très différentes d'aborder une même question. En tout cas, si moi je n'arrive pas à dégager une solution immédiate, j'écoute, je soutiens, je rassure, je relaye auprès de l'équipe, voir dans quel sens il faut essayer d'amener le patient et la résolution de son problème et après on essaie de trouver le positionnement le plus adéquat. Notre rôle en tant qu'infirmier ben c'est faire des soins sur prescription ou non, si c'est sur prescription c'est s'assurer que ben par exemple pour les personnes qui viennent pour un pilulier qui doivent prendre leur traitement chez eux, c'est s'assurer que la prise médicamenteuse est régulière, prescrit mais peut-être pas réalisé donc ça c'est à nous de le détecter. On est dans la boucle de la prise en charge. On est là aussi pour détecter des changements dans la, qui peuvent accompagner un déséquilibre dans la maladie, donc l'entretien permet de ou pas selon ce qui nous est dit s'il y a quelque chose qui nous titille, on peut le relayer et en discuter ensemble euh...voilà, on est dans la réalisation d'actes mais on est aussi dans l'alerte permanente pour détecter des trucs qui peuvent clocher.

Le chercheur : D'accord.

Là encore hier, on a un patient qui est, je l'ai pas vu je l'ai appelé, c'est un patient qui est schizophrène aussi, qui vit seul au domicile, il doit avoir une soixantaine d'années, qui était très replié sur lui-même et qui avait des injections et à un moment donné il a pris, donc il est en soins libres donc euh, il a pas de contrainte particulière jusqu'à euh deux trois mois il venait assez régulièrement et à un moment donné il a commencé à prendre du recul, il ne vient pas systématiquement donc ça nous inquiète et maintenant quand quelque vient pas au rendez-vous pour nous c'est dérangeant toujours, comment on va pouvoir l'inciter à venir. Plusieurs fois on l'a appelé, il décroche il décroche pas, s'il décroche parfois il trouve un prétexte un peu fallacieux, oui mon rice-cooker est en panne, enfin je sais plus ce qu'il nous avait dit, donc ça ça le préoccupait beaucoup, il ne pouvait donc pas venir au CMP. Ils peuvent bénéficier aussi de l'intervention d'éducateurs de la SAMSA, c'est un service d'aide, d'accompagnement pour les adultes handicapés, donc c'est un soutien qui interviennent aussi pour voir comment ça se passe à la maison et venir l'accompagner éventuellement mais même eux ils ont des difficultés à le joindre par téléphone, parfois il ouvre pas la porte, voilà, on se retrouve parfois dans des situations, où on voudrait l'aider mais on peut pas non plus aller chercher, donc hier il aurait dû venir accompagné à 14h, il est pas venu j'ai appelé il m'a dit les éducateurs sont pas arrivés, je crois qu'il est pas venu, donc jusqu'où aller ? C'est le questionnement, **jusqu'où aller pour l'amener au soin mais pas non plus le forcer**, y a pas de contrainte donc on va pas non plus forcer la porte, il avait pris du recul aussi par rapport à son traitement pour voir ce que ça faisait, il testait le système, à priori y a pas de troubles du comportement pour autant, avérés.

Le chercheur : Il vous en avait parlé ?

Il en avait parlé oui. Enfin peut-être pas ouvertement, c'est l'infirmière du SAMSA qui sait qu'il y a de petites interruptions dans la continuité de la prise en charge, tout ça est vu avec le M SAMSA avec le médecin psychiatre référent qui le voit pas, enfin la semaine dernière, elle l'a vu puisqu'il a quand même été raccompagné par le SAMSA et la semaine dernière on a pu lui faire son injection et son pilulier mais ça reste quand même, enfin d'une fois sur l'autre on a aucune certitude quant à la venue de ce monsieur et bon, comme il n'y a pas de contrainte particulière on essaie de le ramener à la raison, c'est notre raison encore, pas la sienne et tant qu'il n'y a pas de plainte du voisinage, plainte de la voisine ou d'un voisin, on le laisse et on voit jusqu'où peut aller la dégradation entre guillemets de la situation, son domicile est visiblement en mauvais état, ça risque de déboucher un jour sur une hospitalisation mais pour le moment, il y a rien d'avéré rien de flagrant en termes de dérangement, donc voilà, on en parle de temps en temps en réunion, on navigue à vue, donc en tant que soignant on est toujours un peu désolé de voir qu'on arrive pas à maintenir ce lien, à l'ancrer dans une fréquence de passage...

C'est peut être plus pour les injections quoi que même parfois certains pour les injections la fréquence est variable, peut-être tous les quinze jours, tous les mois, et maintenant ça passe peut-être par tous les trois mois, c'est dans un sens qui arrange les patients mais quand c'est répétitif ou même parfois une fois par mois, les patients montrent ouvertement qu'ils en ont assez mais assez parce que c'est une contrainte, ça fait peut-être des mois des années que ça dure et ils aimeraient bien. Souvent dans leur questionnement, c'est est-ce que je vais devoir avoir ce traitement à vie ? On leur dit peut-être, ça risque d'être le cas. Alors souvent on botte en touche, on dit vous en discutez avec votre médecin prescripteur, de toute façon c'est le prescripteur qui a la décision au final du choix thérapeutique, on essaie de savoir pourquoi, mais comme toute maladie chronique dans un premier temps, il y a une accroche, une complice mais quand ça devient des années, on peut imaginer que ça devient pénible. C'est pas facile ça aussi. Ça a été expliqué comme tout traitement, quelque chose dont on peut pas se défaire, mais le raisonnement comme toujours, enfin pour toutes ces pathologies c'est je vais bien donc je n'ai plus besoin. C'est pas l'inverse, c'est je vais bien parce que je suis traité.

Le chercheur : Est-ce que vous voyez d'autres choses ?

On n'a pas de solution nécessairement pour tout. C'est vrai que ça, si on devait faire une conclusion, on a mal, on prend un doliprane c'est réglé, enfin c'est réglé, la douleur est apaisée, euh en asile psychiatrique, les symptômes peuvent être atténués par certaines prises en charge, qu'elle soit médicamenteuse ou thérapeutique psychothérapeutique mais l'effet n'est pas toujours immédiat donc c'est toujours un peu frustrant quand on est soignant. Ça revient aussi à l'humilité mais toutes ces actions que l'on peut mettre en œuvre ne sont pas nécessairement palpables en termes de résultats assez rapidement, une dépression c'est pas en claquant des doigts que ça va rentrer dans l'ordre, la schizophrénie ...c'est difficile après de renverser la vapeur mais.

Le chercheur : Est-ce que certains patients partagent avec vous des stratégies...pour aller mieux ?

Ah ben je pense qu'il y a des choses qu'ils apprécient, un peu de cannabis, ça bizarrement, c'est fabuleux. C'est souvent des facteurs déclenchant la consommation de drogues.

Le chercheur : Mais le cannabis avec le traitement ..

Je sais pas si c'est bénéfique c'est clair, mais on peut pas les détourner totalement. On a beau leur dire que c'est souhaitable d'arrêter, les messages ne sont pas toujours bien entendus, en termes d'éducation, en termes de qualité de vie. On s'aperçoit aussi, ça renvoie aussi à son propre fonctionnement. Les psychotiques souvent ont un rapport à l'hygiène très différent. Ils n'aiment pas se laver, le fait de sentir mauvais ne les perturbe pas, ils ne sentent pas qu'ils sentent mauvais, leur...

Le chercheur : Il y a un lien physiologique ?

Non, je pense que dès lors qu'on des problèmes d'ordre psychotique, on ne... enfin, je ne sais pas s'il y a un lien, mais ça relève de l'absence d'initiative on se, on est très clinophile on reste beaucoup au lit donc pourquoi se laver à quoi ça sert donc ça c'est plutôt de la clinique mais en tout cas, il ne se rendent pas compte qu'au regard des autres, c'est quelque chose qui peut heurter et aussi, ça renvoie aussi au rythme alimentaire. Avec le recul je me rends compte qu'il y a des patients qui ne mangent qu'une fois par jour. Est-ce qu'ils n'en ressentent pas le besoin, première hypothèse, ils n'ont pas assez d'argent, deuxième hypothèse, donc quand il s'agit de faire de l'éducation alimentaire, c'est vachement difficile, la priorité c'est le tabac, souvent les drogues onéreuses, les priorités sont tout à fait autres, donc là encore leur réalité est bien différente, donc oui, il faut pas avoir le désir de tout révolutionner comme ça, c'est un travail de fond, moi maintenant avec le recul c'est ce que je me dis et on pourrait être déçu si on avait la prétention de changer la vie de nos patients comme ça du tout au tout, en l'espace de quelques semaines et comme toutes les maladies chroniques, il peut y avoir des ascensions il peut y avoir des rechutes qui vous tombent dessus vous comprenez pas pourquoi .

Le chercheur : A l'inverse, est-ce qu'il y a des situations ou vous vous dites, j'apprends rien.

J'ai pas le sentiment que ça m'arrive. Effectivement, si on n'arrive à rien c'est déjà un message. Euh, il faut trouver une autre alternative, un autre biais pour une autre approche, euh. Ca dépend peut-être aussi des pathologies, là on a eu une patiente, je sais pas si mes collègues vous en ont parlé. Difficile hein...qui a eu le don de mettre à mal l'équipe, qu'elle soit médicale, psychologue et infirmière, une dame qui est venue pour des troubles de la personnalité après, je sais pas comment il faut appeler la chose, qui a eu le don, là sur peut-être deux ans, de nous raconter des scénarios personnels familiaux, professionnels et qui prenaient d'après notre ressenti, de plus en plus d'ampleur mais qui a mis à mal sa famille, elle a divorcée et n'a plus la garde de ses enfants, elle nous a démontré par a plus b qu'elle avait eu deux cancers qui au final n'étaient pas...et qui a un peu clivé l'équipe et là, elle a fait le choix de ne plus venir nous voir, donc c'est beaucoup de questionnement sur l'ensemble de notre fonctionnement, quel que soit notre rôle professionnel ou notre approche, on est cinq infirmiers différents avec une perception de la situation différente donc oui, je pense qu'il y a un constat d'échec mais qu'est-ce qu'on, constat d'échec parce qu'elle ne vient plus donc ça nous désole mais peut-être qu'elle se rend compte qu'après nous avoir laissé entendre des trucs aussi abracadabrants que...

Le chercheur : Elle vous a..

Ah elle nous a foutu à plat. On a plus de ressources donc là c'ets le troisième médecin, il y en a deux qui sont partis, c'est pas lié à elle, elle se retrouve avec un homme, avant c'était deux femmes, qui assez rapidement, s'est, pas opposé, mais rapidement a montré, je vous suis pas

trop, elle s'est rendue compte qu'elle avait peut-être plus, notre confiance c'est pas le terme, on aurait continué à la prendre en charge mais en tout cas, on trouvait plus trop de ressources thérapeutiques pour elle, elle a dû aller frapper à d'autres portes mais elle a inventé des scénarios fantastiques, donc oui là, on peut, c'est vraiment un cas exceptionnel, on s'est beaucoup interrogé, par quel biais la prendre, euh, parce que vous imaginez, vous entendez des choses dont on sait qu'elles ne sont pas vraies, vous lui faites comprendre bon ok mais si elle le dit c'est probablement qu'il y a une souffrance donc on ne peut pas ne pas l'entendre mais quelle réponse adaptée lui proposer, réellement très compliqué.

Sinon, ne rien apprendre, je pense qu'on ne peut pas dire ça. On peut avoir des échecs aussi pour des patients, en termes d'orientation dans leur projet de vie, je vois plutôt là, la même dame dont je vous parlais par rapport à la normalité qu'elle se confrontait un peu à nous soignant par rapport à sa vie à elle, elle habite un appartement communautaire qui est sur le point d'être démoli, donc il a fallu retrouver, c'est un appartement qui comprenait trois places, c'était un appartement que l'hôpital louait aux HLM et donc le HLM du 92 nous propose désormais deux appartements de deux places et non plus un seul, déjà sur un plan fonctionnel ça va nous compliquer la vie ça va doubler la structure et donc il s'est agi de leur proposer un réagencement, ils vivaient à trois et maintenant ce sera deux plus un, et bien cette dame, alors les deux appartements qu'on va avoir, premier et troisième étage, elle était dans un deuxième donc elle a eu l'habitude ces dernières années d'être au deuxième étage, elle avait été renvoyée d'un précédent appartement qui était au deuxième étage, elle s'est contruite l'idée qu'elle devait vivre dans un deuxième étage, elle est prête à retourner dans la rue plutôt que de vivre au premier ou au troisième. Mince alors, quelle solution trouver ?

Le chercheur : L'explication ?

C'est totalement délirant, c'est sa conviction propre donc, là elle a travaillé, aller à la rue c'est une solution, donc là elle est en train de voir avec sa curatrice pour aller peut-être vivre à l'hôtel, c'est pas une solution pérenne non plus, voilà, voilà donc là aussi comment essayer de l'amener à la raison, à la raison s'il peut y avoir entre guillemets euh, oui on apprend tous les jours, la réaction de l'autre nous fait toujours progresser puisque il faut déployer des stratégies euh, qu'on déploiera peut-être pas hein, on aura peut-être pas, c'est peut-être pas pour les beaux yeux de Madame que les HLM vont nous trouver un deuxième étage disponible immédiatement tout de suite, les baux viennent d'être signés, niet, donc on reste sur le fait que c'est une adulte, qui a besoin de soins mais qui, on ne peut pas aller à l'encontre de sa volonté, c'est très compliqué. Oui oui, on peut être en situation difficile par moment, tout n'est pas toujours lumineux et fluide.

Le chercheur : Et vous qui avait été infirmière en MCO...

Je trouve ça passionnant. Très différent, très différent. Le somatique, c'est beaucoup plus « calé » entre guillemets, pour un symptôme pour un truc, il y a des solutions préétablies des consensus pour chaque, si ça l'a fait pas si le résultat est pas bon, on réopère, on trouve d'autres médicaments si c'est une fin de vie, les choses sont dites, et puis on s'adapte autour de ça et on accompagne. Là, les scénarios ils sont multipliables à souhait donc, c'est étonnant, ça déstabilise.

Le chercheur : Est-ce que parfois vous vous dites j'ai appris telle chose avec tel patient et vous tentez avec un autre ?

Oui, on peut essayer, ça veut pas dire que ça va marcher c'est sûr. Oui, on a une boîte à outils qui s'implémente au fur et à mesure des cas qu'on rencontre, c'est vrai oui oui, certainement ça veut pas dire que pour X ça marchera pour Y, on peut éventuellement réemployer certaines astuces.

Le chercheur : Vous avez des jeunes diplômés ici ?

Actuellement non, on encadre des étudiantes en cours de formation.

Le chercheur : J'ai l'impression que les jeunes sont plutôt en intra..

Je crois que c'est des stratégies institutionnelles. Le CMP est réservé le plus souvent aux gens qui sont passés par la case hôpital. Je pense que l'extrahospitalier est réservé plutôt aux gens qui ont quelques années d'expérience. Est-ce que c'est la récompense, la cerise sur le gâteau après avoir bourlingué à droite à gauche peut-être. Ce qui peut justifier ça peut-être, c'est qu'on a bénéficié d'une grande autonomie dans notre organisation, on gère nos plannings les uns en fonction des autres déjà pour assurer une permanence sur le CMP et quand on est plusieurs on envisage des rendez-vous pour des visites à droite à gauche, c'est nous qui manageons notre temps, alors qu'à l'hôpital il y a des timing préétablis, le travail en équipe est, on travaille les uns avec les autres.

Le chercheur : Et sinon vous avez trouvé ça plus difficile de travailler en intra ou en extra ?

C'est plus rassurant parce qu'il y a une permanence médicale à tout moment, il y a toujours du monde, il y a les renforts, on sait qu'il y aura toujours quelqu'un. Là si vous vous retrouvez seule au domicile au moment où la personne commence à clasher ..ça devient très différent... Je pense que c'est bien d'avoir acquis un peu d'expérience des pathologies en intra de voir un peu les types de réaction. Je pense qu'il m'aurait manqué quelque chose si j'étais venue là d'emblée sans connaître le fonctionnement de l'hôpital on est toujours en lien puisque les CMP travaillent avec les services enfin du même secteur. Nous on va à tour de rôle aux réunions une fois par semaine dans le service dont on dépend, avec lequel on travaille, donc on assure le lien avec les gens qui sont toujours hospitalisés mais pour lesquels il y aura une sortie un jour pour lesquels on sera amenés un jour à prendre le relais, donc on n'est pas une structure satellisée et éloignée du fonctionnement de l'hôpital.

Le chercheur : Il vous aurait manqué quoi si vous n'étiez pas passé par l'intra ?

Le fait de connaître les pathologies, puisque je venais d'un autre parcours donc c'était me remettre quelques idées, des notions, ça c'était imparable.

Le chercheur : C'est le lieu idéal ?

Oui parce qu'on les voit en phase aigüe donc des manifestations fortes, et donc on essaie d'apaiser ça, je dis pas qu'on fait toujours bien en moment de crise mais il y a toute cette équipe médicale donc lors des staffs, il y a cette réflexion, on s'imprègne de tout ça et de nature, moi je le suis, j'aime bien changer, sur mon parcours professionnel, j'ai changé de secteur et de spécialité, donc il faut avoir envie de repartir, de reprendre les choses en main, d'acquérir de nouvelles connaissances et donc de se sentir en phase avec le service dans lequel on se réimplante, il y a ce temps d'adaptation et de remise à plat des connaissances pour être à l'aise

dans ce qu'on fait, mais je crois que chaque cas, c'est une image de la maladie que nous apporte le patient, c'est des colorations tellement différentes qu'on ne peut qu'apprendre jour après jour.

Le chercheur : Je vous remercie.

4. Répartition des verbatims d'apprentissages transformateurs déclarés par les 23 infirmiers en psychiatrie interviewés, en fonction de leur nature

APPRENTISSAGES TRANSFORMATEURS DECLARES PAR LES 23 INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE, REPARTIS PAR TYPES			
Noms des infirmiers et date d'obtention du diplôme	Renoncement à l'identité de soignant fantasmée/au pouvoir de soigner (ATR)	Apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient (ATI et ATID)	Apprentissage d'une relation intersubjective (ATCE)
Marie 2016	Pas d'ATR déclarés	<p>Apprendre la maîtrise de soi « On l'apprend sur le tas aussi. C'est-à-dire que c'est arrivé que parfois, pas forcément moi, mais les collègues, pendant une situation pas forcément de crise mais où le patient est juste énervé, il suffit qu'il ait dit un mot ça peut être quitte ou double soit le patient va dire « bon effectivement, je vais me calmer soit ça peut exploser et être pire, donc il faut vraiment choisir la tonalité, et les mots qu'on va employer car ça peut être mal interprété euh après ça peut aller très loin. »</p>	<p>Apprendre à se fier à la parole de patients « Un si-besoin en fait, c'est, les médecins prescrivent un traitement pour le patient, donc il y a un traitement de base à donner matin, midi et soir, obligatoirement, nous, on met toujours une petite solution de secours, au cas où, il y ait une agitation en plus, une anxiété qu'on puisse donner en plus de ce qu'il a déjà, c'est à la demande du patient et c'est à nous de voir s'il en a besoin ou pas et c'est vrai que j'aurais eu tendance je pense avant à vouloir tarder à donner le traitement si-besoin de parler, de comprendre plus, sauf là, je me rends compte qu'en fait, je donne plus facilement car si le patient le demande, c'est qu'il en a vraiment besoin. Et que je vais pouvoir lui parler pendant une heure ça changera rien. Donc ouais, je pense que je fais plus attention à ce côté-là de de de parler un minimum, mais de pas trop retarder soit l'administration du traitement ou soit la mise en chambre pour qu'il soit un peu plus apaisé. Je l'écoute plus, voilà. »</p> <p>Apprendre à faire confiance aux patients GH : Et est-ce que cette « découverte » avec ce patient a changé votre approche de ce patient ? Marie :</p>

			<p>Euh, ben du coup, on fait bien plus confiance au patient, on a moins d'appréhension à aller vers lui, car on sait que quand il va mal, il va nous prévenir, euh, c'est vrai que voilà, on a moins peur d'aller le voir s'il est dans son coin, si on voit qu'il cogite un p'tit peu et on ira plus facilement lui demander si ça va pas, plutôt qu'à un patient qu'on connaît absolument pas, donc c'est vrai qu'on va un peu plus facilement vers lui et puis après voilà, on peut commencer à faire autre chose, commencer des activités et tout ça, il y a moins d'appréhension en fait à aller, à instaurer une relation. »</p>
<p>Sandra 2016</p>	<p>Renoncer au fantasme de l'immédiateté « on apprend ... y en a qui vont nous apprendre la patience (...) GH : Vous avez dit j'apprends à m'adapter, j'apprends la patience, est-ce que vous pensez à des cas en particulier ? Sandra :Euh, principalement les patients qui communiquent peu et qui sont très ralentis il faut vraiment de patience, c'est des patients qui restent dans cet état parfois très longtemps malgré les traitements. »</p>	<p>Apprendre la maîtrise de soi « (...) y en a au contraire qui vont nous générer de la colère donc faut apprendre à gérer notre colère ou notre frustration parce que justement chez les patients mutiques par exemple on a la frustration de on essaie de communiquer on essaie de mettre en place des stratégies et ça fonctionne pas donc faut apprendre à vivre avec la frustration »</p>	<p>Pas d'ATCE déclarés</p>
<p>Justine 2014</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Pas d'ATI ou ATID déclarés</p>	<p>Apprendre à voir le patient comme une personne « Je me suis dit que oui, que le fait que le patient ressente ça aussi c'est encore plus terrible en fait, c'est encore plus terrible et que même sa maladie quelque part le sauve pas de ça et c'est là que je me suis dit qu'il fallait prendre tout en compte chez le patient, pas regarder le patient juste à travers sa pathologie (...) et ça c'est la première chose que j'ai appris, voilà. » « Ben tout ce que j'ai appris justement m'a permis de prendre le patient avant tout comme un être humain plutôt que d'abord avec un étiquette pathologie c'est ça. »</p> <p>Apprendre à ne pas « psychiatriser »</p>

			<p>GH : Est-ce que les patients vous apprennent des choses sur leur pathologie ? Justine : C'est pas forcément, y a pas de tableaux. Y a un tableau clinique, voilà y a des patients qui rentrent parfaitement dans le tableau clinique d'ailleurs les médecins nous le disent, lui c'est le tableau clinique parfait mais c'est pas pour ça que. /Alors c'est vrai qu'au début ça fait un peu paniquer, on se dit c'est bizarre, peut-être qu'il a une autre maladie en plus, mais non , c'est juste un être humain, seulement un être humain. (...)Ya beaucoup de tolérance aussi même vis-à-vis des symptômes, y en a qui nous interpellent beaucoup mais c'est bizarre, c'est pas normal en fait ça peut interpeler les médecins aussi, c'est pour ça qu'on fait une réunion clinique tous les lundis justement sur des patients qui nous interpellent un petit peu. Tous les médecins sont là, ils en parlent ensemble et on voit qu'en fait ben oui, c'est le patient qui est comme ça c'est tout, c'est peut-être un effet secondaire d'un traitement tout simplement. »</p> <p>Apprendre à respecter la sphère privée du patient</p> <p>« Et ben maintenant avec ce patient, ça va beaucoup mieux parce que <u>je sais respecter sa sphère tout simplement.</u> j'arrive à savoir, en montrant que je m'intéresse à lui et que je le connais finalement, il me laisse petit à petit plus de terrain et ça c'est, c'est très important aussi, on est là en tant que soignant mais ça nous dispense pas comment dire, de de de faire l'essentiel, de commencer par le début tout simplement quoi, c'est pas parce qu'on est soignant qu'on peut se sentir le droit, comme ça d'ouvrir les portes de la sphère privée de quelqu'un. Voilà. Ça aussi c'est quelque chose que j'ai appris et d'autant plus en psychiatrie, je pense. »</p>
--	--	--	---

			<p>Apprendre à se retenir de juger le patient GH : Et du coup concrètement comment ça impacte votre pratique d’infirmière aujourd’hui, au quotidien ? « voilà par exemple il y a quelques jours on a reçu une patiente qui est très hystérique quand elle vient ici hystérique dans le sens où elle, vous savez les patients hystériques exagèrent beaucoup leurs sentiments par exemple quand ils ont mal quelque part ils vous disent qu’ils sont à l’article de la mort (..)quand on fait un entretien avec elle, on en sort un peu irrité parce qu’on a l’impression que ça a servi à rien et voilà des choses qui sont énervantes mais voilà et et (...) mais c’est pas sa faute c’est juste qu’elle souffre en fait donc euh moi c’est ça, que j’essaye de me dire à chaque fois. Quand je me sens moi-même dériver, je me dis mais non il y a une maladie derrière, donc elle a pas demandé</p>
<p>Julie 2014</p>	<p>Renoncer au pouvoir de soigner « On a un syndrome quand on est infirmière, c’est le syndrome de la « superwoman » qui veut sauver tout le monde et guérir tout le monde. Il faut apprendre à faire le deuil de ça. Ben on rentre tous dans ce métier d’infirmière pour soigner, pour guérir les gens. On se rend compte au final qu’on peut pas les guérir et ça c’est frustrant. »</p> <p>« Apprendre à faire le deuil de cette envie d’aider tout le monde et de sauver tout le monde. C’est vraiment l’idée que ce soit eux qui fassent le travail... De toute façon ça peut venir que d’eux. Nous on peut rien y faire. On peut se démener comme on veut mais tant que il y a pas quelque chose qui se passe dans leur tête, ça ne marche pas. »</p>	<p>Apprendre une posture « C’est vrai que nous avec les patients, on apprend à être totalement honnêtes (...). Je parle de l’honnêteté au niveau, enfin faut qu’on soit sûrs de nos réponses. S’ils sentent qu’on n’est pas sûr à cent pour cent, ils vont sentir qu’il y a quelque chose et la relation de confiance c’est quelque chose de très important (...)</p> <p>Apprendre la maîtrise de soi « Et puis on se rend compte, si au fur et à mesure, ce qu’on apprend, c’est à gérer les situations et à plus faire les mêmes erreurs, parce qu’on a nous des réactions, qui dans certaines situations ne sont pas totalement adaptées et qui peuvent faire monter les patients. C’est-à-dire que dans une réaction de violence, on aura tendance à vouloir réagir par de la violence et en fait c’est à ce moment-là qu’il faut</p>	<p>Pas d’ATCE déclarés</p>

	<p>Renoncer au fantasme de l'immédiateté « GH : Quelles ont été jusqu'à ce jour, les situations professionnelles qui vous ont permis d'apprendre le plus ? AJ : Ben les situations où on est mis en difficulté, c'est toujours dans ces situations-là qu'on apprend le plus facilement des choses. On apprend beaucoup la patience, même si on est certes patient, pour faire ce genre de métier.»</p>	<p>que nous on se contrôle et nous on apaise les choses pour désamorcer la situation. Mais il y a des fois, on se fait insulter et on a envie de dire : « voilà quoi ! » et de réagir mais, c'est le moment où il faut justement réussir à ...Mais ça, on le voit au fur et à mesure. »</p> <p>Apprendre à mettre de la distance avec les patients « En fait c'est apprendre à avoir une distance avec les patients qui est assez compliqué parce que c'est des patients qui vont être qui vont qui sont dans cette recherche de complicité d'apaisement, de se raccrocher à quelque chose mais en même temps ont besoin d'être cadrés d'être remis dans le contexte là, de la maladie, qu'on est à l'hôpital qu'on est des soignants, on est pas leur maman et qui ils peuvent pas tout faire et c'est vrai que c'est quelque chose de difficile à aborder quand on est nouveaux infirmiers. Face à des patients qui nous attendrissent, dont on a l'impression qu'on peut les calmer juste en discutant etc. et au final on est surpris, ben non, ils sont pas capables de se rendre compte de ça à l'heure actuelle. »</p> <p>Apprendre à se méfier des patients « Moi je suis très douce dans ma prise en charge. J'suis très apaisante, j'essaie de, d'apporter ce côté-là, ce qui fait partie de ma personnalité aussi et j'suis notamment très, encore plus douce avec les mamies, les personnes âgées, sauf que c'est le personnes pour lesquelles, quand elles sont pas bien , il faut se méfier le plus, je me souviens notamment d'une patiente qui était bipolaire, donc qui est en phase maniaque (...) en phase</p>	
--	---	---	--

		<p>maniaque donc très virulente sauf que je me suis pas méfiée, je suis rentrée en isolement avec des collègues, bien sûr, que je me suis approchée d'elle pour lui prendre la main et en fait elle m'a tiré les cheveux et je me suis retrouvée bloquée, elle me griffait (...) »</p>	
<p>Emma 2012</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Apprendre la maîtrise de soi GH : Est-ce qu'il y a des choses que vous avez apprises avec certains patients que vous réutilisez avec d'autres ? Emma : « Euh oui je pense, ben par rapport à l'intolérance à la frustration par exemple certains patients, faut savoir comment leur parler, parce qu'après ça peut flamber tout de suite et ça part en crise et ça peut être compliqué de ne pas être violent envers lui et du coup quand on arrive on connaît pas trop et du coup on peut brusquer un patient alors que là on se rend pas compte de la dangerosité que ça peut avoir de la violence qu'il peut avoir envers nous et envers lui-même.»</p> <p>« j'ai appris aussi mes limites, parce qu'il faut beaucoup de patience, parce que le patient nous pousse à bout et des fois on a des tous jeunes adolescents, de tous jeunes mineurs qui ont des problèmes sociaux à l'extérieur et qui continuent ici et c'est pas évident, qui nous manquent de respect etc ».</p> <p>Apprendre à mettre de la distance avec le patient « Qu'est-ce que j'apprends, ben j'apprends déjà moi à garder mes distances avec le patient et ne pas se mettre à la place du patient, on a de l'empathie mais c'est pas se mettre à sa place. »</p> <p>« Notre vie en fait, on la laisse à la porte de</p>	<p>Pas d'ATCE déclarés</p>

		<p>l'hôpital mais parfois quand on voit des personnes comme ça, ça peut nous toucher, après on essaie d'avoir la distance etc. mais ça nous renvoie à notre propre vie parce qu'on se dit si nous on avait été hospitalisé, si nous on avait été à la place de cette personne-là, sans contact téléphonique avec notre famille ni visuel, ça aurait été compliqué quand même et je peux comprendre que cette personne souffre. »</p> <p>Apprendre à se protéger du patient « j'ai pris conscience de certaines choses. Alors déjà du fait que, faut pas être seul, faut toujours être avec quelqu'un, faut toujours avoir un PTI sur soi pour pouvoir le déclencher en cas de problème »</p>	
<p>Jeanne 2011</p>	<p>Renoncer au pouvoir de soigner « J'ai eu l'impression que là, à tel ou tel moment, euh, mon discours a eu un impact, ça y est peut-être qu'avec moi ça va changer et au final très vite, ils nous montrent que non, on n'est pas des sauveurs euh, personne ne peut rien de toute façon et c'est lui qui décide et bref voilà c'est pas évident. »</p> <p>« On apprend l'humilité vraiment parce que, ça parce que voilà, la psychiatrie à l'heure actuelle en France, on est vraiment euh. On n'a vraiment pas assez d'informations. On sait pas, on sait pas d'où ça vient, on sait pas comment l'arrêter. Il y a énormément d'explications évidemment telle molécule, tel neurotransmetteur etc. Ça, ces informations-là personnellement ça ne me parle pas vraiment même si j'ai conscience qu'il y a une part de pharmaco et une part ouais de</p>	<p>Apprendre une posture « J'ai appris aussi beaucoup beaucoup à me positionner et à m'affirmer parce que euh, savoir dire non au patient en psychiatrie c'est essentiel.»</p> <p>Apprendre à maîtriser le patient « Voilà, enfin après, on apprend à prendre du recul sur les choses, on apprend à calmer les, le jeu quand la violence commence à monter, apprendre à maîtriser tout ça, à apaiser les patients, c'est aussi très intéressant. Ça demande une grande... enfin, vraiment un contrôle de soi et c'est très intéressant aussi... »</p> <p>Apprendre la distance avec les patients « ça apprend aussi pour une infirmière à garder une distance thérapeutique... sauf que la distance avec les patients psy...sachant que c'est des patient qu'on garde au long cours euh, qui nous parlent de</p>	<p>Apprendre à ne pas abuser de son pouvoir « je garde quand même en tête, faut pas l'isolement punitif, c'est pas normal, on n'est pas là pour enfermer les gens parce qu'ils nous énervent, qu'ils ont fait une bêtise donc tout ça c'est aussi très intéressant la vision que l'on peut avoir de l'extérieur par rapport à la psychiatrie, les soins qu'on apporte, c'est vraiment intéressant de voir quand on est à l'intérieur et toujours garder à l'esprit pourquoi on fait les choses surtout ici, où on peut priver les gens de leur liberté donc, donc voilà. J'ai appris à ne pas faire d'abus de pouvoir. »</p>

	<p>physiopathologie, je pense qu'on sait pas vraiment et du coup l'humilité, ça vient du fait que ben quand on a l'impression d'aider quelqu'un et qu'on le voit revenir au final on s'dit non, je suis pas infallible, je suis pas en train de guérir les gens qui peuvent pas être guéris (...) »</p> <p>« Un patient qui nous fait apprendre l'humilité, ça peut être de façons différentes. Ca peut être un patient qui est mal et qui nous montre bien que quoiqu'on fasse ça ne marche pas. »</p> <p>Renoncer au fantasme de l'immédiateté « oui ça apprend ça la patience aussi, beaucoup beaucoup beaucoup la patience (...) »</p>	<p>leur vie euh, qui souvent reviennent et enfin du coup euh du coup, je sais plus ce que je disais... »</p>	
<p>Louise 2009</p>	<p>Apprendre à renoncer à guérir « GH :Finalement, ce que vous appreniez des patients, ce qu'ils...Louise : Alors, y a voilà. D'apprendre toujours sur les pathologies, on en découvre tous les jours, voilà, tous les jours ce sera nouveau mais ce sera la même pathologie, donc c'est super intéressant. Enfin moi j'adore, on arrive quand même à les aider, c'est de la psychiatrie, on les guérit pas. Mais bon, des fois c'est dur à admettre aussi. Je pense que. Moi je m'en suis rendue compte euh, euh le jour où je m'en suis rendue compte c'était il y a quelques années et pff ... on a de l'espoir quand même en tant qu'infirmier, et quand on passe quelques années dans le même</p>	<p>Apprendre à mettre une distance avec les patients « Non non non, faut pas, faut mettre une distance. On avait une patiente, un bon cas concret, qui a divisé l'équipe clairement, c'est un vrai vrai bordel au sein de l'équipe avec la cadre et tout car une collègue qui je sais pas trop où je me situais là-dedans dans la sympathie. (...) En écoutant son histoire, en la voyant, donc oui, j'ai appris mais plus à la fin oui du patient...faut pas... Etre en empathie mais pas dans la sympathie. C'est dur. Oui quand on est maman, et je me rappelle la généraliste, elle pleurait avec nous, on était toutes les deux, avec les larmes qui coulaient quand elle nous racontait l'histoire parce qu'on est mamans et que voilà et parce que ça nous touche aussi (...). »</p>	<p>Pas d'ATCE déclarés</p>

	service, au bout d'un moment, on se rend compte qu'ils reviennent et c'est dur. »		
Manon 2005	Pas d'ATR déclarés	Pas d'ATI ou ATID déclarés	Apprendre à suspendre ses projections sur le patient GH : Ce que vous avez appris dans cette situation, comment avez-vous réussi à le mettre en œuvre avec d'autres patients ? Ben en oubliant euh non, je vais pas dire ça, euh, en arrêtant de projeter sur eux, des désirs, des réflexes, qui seraient les miens. Alors je ne peux pas vous dire que j'y arrive tout le temps parce que faudrait être, je pense que tous les psychiatres, ou les soignants de psychiatrie à travers le monde rêveraient d'être capables de faire ça, mais en tout cas, en se rappelant à tout moment que c'est une autre façon de penser qui a sa valeur, que c'est une autre personne qui a sa vie entre ses mains, et qu'il y a des choses à entendre de ce qu'elle souhaite en faire de ce qu'elle souhaite pas en faire. »
Leïla 2004	Pas d'ATR déclarés	Pas d'ATI ou ATID déclarés	Apprendre à voir les patients comme des humains Alors, qu'est-ce qu'on peut apprendre des patients euh, ben déjà à la base, quand on est en formation et qu'on apprend tous les savoirs théoriques bon voilà c'est vrai qu'on passe par des stages, des trucs comme ça mais euh ça reste toujours du côté théorique, du côté du savoir théorique voilà et on arrive avec nos savoirs et on se dit voilà ???? des êtres humains avant tout et les patients c'est des êtres humains avant tout, comme nous, comme vous, comme moi, comme tout le monde et ben chacun a sa façon de fonctionner, chacun a sa façon de faire euh de penser, chacun a sa culture a son mode de pensée différent et en plus de ça, qui est atteinte d'une maladie mentale. Donc voilà, face à cette maladie mentale, on a un certain nombre de plans, donc on fait ça, on fait ça, on fait ça, enfin on essaye on a un diplôme donc ça on sait faire, maintenant comment on peut appliquer ce savoir-là aux patients, on peut dire ça

			comme ça. Et de là ça vient le ... dans l'apprent... le patient, quand j'apprends du patient, j'apprends à le connaître c'est dans ce sens là que je vous dis, et donc déjà, il faut qu'on apprenne à connaître le patient.
Jacques 2000	Pas d'ATR déclarés	Pas d'ATI ou ATID déclarés	Apprendre à suspendre ses préjugés GH Donc vous diriez qu'ils vous apprennent quoi, en résumé ? Jacques : (...) sur la capacité d'un être même quand il est malade à nous surprendre à toujours, avoir une réserve quelque part , on peut pas dire, un tel avec sa pathologie c'est fini, c'est pas vrai, c'est pas possible, (...) on l'accompagne mais ça s'arrête là et c'est foutu, c'est voilà et non, tout d'un coup on s'aperçoit que la personne est capable de sortir de cette case et d'aller ailleurs (...) »
Gabriel 1999	Apprendre à réduire ses attentes vis-à-vis des patients et prendre conscience de ses limites « (...) c'est ses limites qu'on apprend et parfois, on a très souvent, c'est les désirs des équipes sont importants et puis on est confrontés au réel et on se casse un petit peu les dents souvent après... souvent après on met la barre un peu moins haute. GH : Qu'est-ce que vous voulez dire, le désir de l'équipe ? Parce qu'on imagine que ce patient va ressortir, qu'il va retrouver une vie et puis et puis on est confronté au moment où il a une crise délirante, il est rehospitalisé rapidement et que on se rend compte que la structure hospitalière aussi a un enjeu énorme, au niveau du traitement, le fait que... c'est le seul cadre où ils peuvent vivre en fait euh donc, que ce qu'on pensait être possible, ben n'est pas du tout possible. (...) La psychiatrie, c'est une école	Apprendre la maîtrise de soi GH :Est-ce qu'il y a des situations avec le, les patients au cours desquelles vous vous êtes dit, j'ai appris ? Ben on apprend toujours des situations, situations de violence comment gérer le stress parce qu'ils ne raisonnent pas comme nous. » Apprendre à maîtriser le patient GH : Et, elle vous a appris quoi cette situation ? Gabriel : D'essayer de prévoir l'imprévisible en fait. Quand un patient ne veut pas euh, faut vraiment dans ces cas-là, dans ce type d'événements, on aurait dû le sédater beaucoup plus, même si c'était pas nécessaire, il était pas tant malade que ça, on aurait dû, pour nous aussi en tant que sécurité aussi, euh le sédater. GH : OK. Donc d'être encore plus sécuritaire. Gabriel : Sécuritaire pour lui et pour nous .. C'est vraiment...D'abord pour lui. Et puis pour les collègues également, parce qu'il y en a qui ont été	Pas d'ATCE déclarés

	<p>d'humilité hein. »</p> <p>Apprendre la patience et les limites de sa puissance</p> <p>« Et du coup, est-ce qu'on apprend quelque chose dans ces situations-là ? (...) La patience et qu'on n'est pas tout-puissant. »</p>	<p>intoxiqués, qui ont été hospitalisés. Voilà, donc euh. On a voulu dans cette situation être trop humain, entre guillemets, trop humain et ça a été contre nous. Donc, ce qu'on apprend c'est que parfois, on peut paraître dur mais, par expérience paraître dur même inhumain mais, c'est dans l'intérêt du patient et pour nous. GH : Dans quel sens, vous pensez que vous avez été trop humain ? BOLZ : C'est qu'on l'a pas assez sédaté, on a voulu faire avec lui, comment dire on a essayé de rentrer en confiance complète, pour son attitude n'était pas viable dans le service, sans non plus le sédaté c'était pas le but et ça s'est retourné contre nous et contre lui aussi. »</p>	
<p>Christel 1997</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Pas d'ATI ou ATID déclarés</p>	<p>Apprendre à suspendre ses préjugés</p> <p>GH : Et du coup, est-ce qu'on peut se dire que ça peut apprendre ... ? « En fait, on s'est dit, on se disait que pour cette patiente, ce serait compliqué que non, elle n'y parviendrait pas (Préjugé) et en fait, il faut pas avoir de préjugés (Apprentissage de la nécessité de suspendre ses préjugés) parce que la preuve que ben si c'est possible, qu'elle le fait, qu'elle s'y tient, qu'elle a perdu du poids, que, enfin vraiment tout va, alors qu'au final, enfin, on s'y attendait pas donc, (Préjugé démenti par la patiente), il faut avoir une plus large ouverture d'esprit et pas au final, (Apprentissage de la nécessité d'être plus ouvert) et parce que là c'était presque penser qu'elle serait en échec et non, de quel droit on peut penser ça au final ? (Auto-réflexion critique) »</p>
<p>Olivia 1997</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Pas d'ATI ou ATID déclarés</p>	<p>Apprentissage de la persévérance avec les patients, à ne pas renoncer</p> <p>il m'a appris oui qu'en fait, il m'a appris qu'il fallait jamais renoncer quoi. Tout était possible, il n'y avait rien d'impossible. Que c'est ...Qu'il fallait acquérir justement euh une certaine, avoir une certaine</p>

			<p>persévérance. Donc oui, pour moi on apprend des patients.</p> <p>Apprendre la justesse dans la relation c'est un peu pouvoir appliquer être au juste aussi quelque part, une espèce de justesse par rapport à l'autre, avoir cette bonne, avoir la réaction qu'il faut en fonction de l'autre de ce qu'on aura appris qui est l'autre, qui est l'autre. Et c'est.. Apprendre aussi c'est se connaître soi-même. Parce qu'en se connaissant soi-même, on devient accessible et on aura aussi envie aussi de connaître l'autre et ça nous permettra d'être le plus efficace, le plus efficient possible. Et ça c'est dans l'idéal parce qu'on a aussi une part d'égoïsme d'égoïsme, mais mais je pense que l'apprentissage en fait il est quotidien,</p>
<p>Yolande 1993</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Pas d'ATI ou ATID déclarés</p>	<p>Apprendre à voir la personne dans son entièreté « On apprend plein de choses, on apprend déjà l'histoire de la personne, quand les gens nous racontent leur histoire, ils ont un parcours de vie et voilà, oui les personnes âgées, ils racontent leur vie oui... ils ont fait ceci, ils ont fait cela, ils ont connu ceci, ils ont connu cela, ben voilà donc déjà l'histoire même de la personne euh, nous est racontée par le patient directement, ça nous donne aussi des façons de voir l'autre différemment en fait parce que les personnes ne sont pas des pathologies psychiatriques, ce sont des gens qui ont vécu, qui ont une vie et voilà et puis à un moment donné, il y a eu une émergence de la pathologie et une prise en charge plus ou moins tôt, avec les moyens qu'il y avait à l'époque, ça c'est une première chose qu'on apprend bien sûr après »</p> <p>Apprendre à comprendre le patient et à le respecter « on apprend à écouter derrière les mots, <u>derrière ce</u></p>

			<p>que dit l'autre, on apprend à regarder l'autre qu'est-ce qu'il est train de nous dire, qu'est-ce qu'il est en train de manifester euh , il nous dit une chose et tout nous laisse à penser que c'est le <u>contraire</u> dans la façon d'être dans les expressions tout ça donc oui on apprend beaucoup par rapport au travail, qu'est-ce qu'on fait...alors on n'est pas non plus dans un système où on apprend ce qu'il faut dire à la personne à ce moment-là, <u>ça on l'apprend jamais on est toujours</u> ...c'est le moment où la personne parle, bon voilà, euh on apprend à écouter, je sais pas trop comment expliquer ça...bien sûr on a besoin de tout le support théorique pour comprendre, ça c'est inévitable, on a besoin des connaissances, mais on a aussi besoin de prendre le temps, du recul, d'écouter, de regarder, de pas foncer de, tout ça mêlé à l'histoire de la personne alors c'est assez complexe et en même temps, ça demande beaucoup de bon sens euh, ça demande du temps, ça demande de la disponibilité euh respecter l'autre dans ce qu'il est dans ce qu'il a vécu,... »</p> <p>Apprendre à respecter la réalité du patient « Quand vous venez, je vous ouvre la porte mais bon...Les patients nous apprennent à respecter leur...J'allais dire les patients n'ont même pas à nous apprendre ça, c'est aussi le BA, BA de la profession d'infirmière, d'arriver à accepter l'autre comme il est, respecter son intérieur comme elle est, mais en psychiatrie c'est au-delà, les patients ils nous apprennent à respecter autre chose, une autre réalité, c'est très particulier, c'est vrai que c'est assez particulier.</p> <p>Apprendre à s'abstenir de modifier la pensée des patients</p>
--	--	--	--

			<p>« On apprend aussi à faire avec la réalité de l'autre, et à ne pas chercher à lui dire « mais non tout ça c'est pas vrai » parce que c'est sa réalité c'est pas la mienne et si si la personne me dit « on rentre chez moi », ben on rentre chez elle, c'est pas la peine de lui démontrer qu'on peut pas rentrer chez elle pour des raisons très cartésiennes. »</p> <p>Apprendre à écouter et comprendre le patient « (...) On apprend, on apprend tout ça, à entendre ce que dit l'autre dans cette façon de dire l'impossibilité de se déplacer alors que physiquement, ils vont aller se déplacer n'importe où sauf sur le CMP, on apprend à entendre ça. et à rechercher pourquoi cette impossibilité-là, qu'est-ce qui s'est passé dans l'échange qu'on avait toutes les deux, qu'est-ce qui s'est passé pour que tout à coup, elle veuille plus venir, elle venait voir son psychiatre mais elle voulait plus faire l'injection sur le CMP voilà. Après c'est des discussions qu'on a, on discute avec les collègues, chacun apporte son idée, sa réflexion voilà. (...)»</p>
Jean-Luc 1992	Pas d'apprentissages transformateurs déclarés		
Corinne 1990	Pas d'ATR déclarés	Pas d'ATI ou ATID déclarés	<p>Apprendre à comprendre les besoins des patients</p> <p>« (...) C'est vrai que il me faisait un peu peur et puis bon on a appris à le connaître et un jour, il a demandé à être hospitalisé et il est arrivé avec une valise et dans sa valise, il y avait des soldats de plomb et en fait ce que j'ai compris c'est que c'était lui qui avait plus peur que moi, en fait j'ai compris qu'il fallait vraiment passer par la réassurance pour le.. Un autre exemple, c'était une patiente qui euh pareil qui tenait des propos racistes qui étaient terribles terribles vraiment, même, elle est.., et un jour on avait fait une sortie CATTP et on</p>

			<p>était allé manger dans un restaurant, spécialité couscous etc. et en fait elle avait très peur d'être empoisonnée. Donc en fin de compte, c'est vraiment la peur de l'autre qui fait ressurgir l'agressivité. (...) mais pour dire que si vous comprenez un minimum ce qu'il y dans la tête du patient, si on prend le temps etc. il y a beaucoup beaucoup de cette violence qui peut être évitée. » Cath</p>
<p>Paula 1990</p>	<p>Pas d'ATR déclarés</p>	<p>Apprendre la maîtrise de soi - Développer la fibre psychiatrique « Ça aurait pu se terminer en chambre d'isolement, vous comprenez ce que je veux dire ? Mais parce que nous, on a été formatés, c'est ce qu'on appelle, développer la fibre psychiatrique et vous sentez, en psychiatrie, quand vous voyez un patient vous sentez comment dire, venir les choses, et vous savez très bien que si ya ... vous adoptez le comportement par rapport au patient, vous comprenez et vous savez, bon ça c'est parce que nous on a été formés, les mots et les gestes à dire et à ne pas faire, parce que sinon le patient il peut être très très mal, ça peut induire certaines choses chez lui et ça peut dégénérer très vite. (...) Faut savoir rester calme, faut savoir se maîtriser et face à l'agressivité que cette patiente vous renvoie, faut pas lui renvoyer quelque chose de gênant, quelque chose qui va faire en sorte qu'elle va clasher, et ça s'apprend au fil du temps (...). Après c'est abstrait mais on développe une fibre psychiatrique. C'est-à-dire qu'on sent, moi, maintenant, avec l'expérience, je sais quand un patient, euh je sens quand un patient va clasher où qu'il y a un passage à l'acte probable euh et je sais donc, je sais le comportement que je dois avoir et les mots que je ne dois pas dire et les</p>	<p>Apprendre à ne pas psychiatriser, à voir la personnalité du patient GH : Est-ce que vous pensez apprendre plus spécifiquement des patients ? Euh bah après j'veais dire, derrière les patients, ya une personnalité, faut jamais zappé la personnalité du patient, faut pas confondre pathologie avec sa personnalité. Ya des patients certes, ils sont psychotiques, mais ils ont une personnalité introvertie. Faut faire attention parce que la frontière elle est dangereuse. Il y a des patients, ils sont stabilisés euh c'est pas si vous voulez ils sont introvertis mais c'est leur personnalité, ils sont comme ça. C'est pas du à la pathologie, il faut prendre le psychotique dans toute sa personnalité, il y a des personnes introverties, extraverties (...) Et des fois on oublie, les psychotiques sont comme ça et moi j'suis pas d'accord Derrière le psychotique, tu as une personnalité (...) donc il faut faire attention et pas tout mettre sur le dos de la pathologie et ça on l'oublie un peu trop. »</p>

		gestes que je ne dois pas faire voilà, c'est ce qu'on appelle la fibre psychiatrique. »	
Hélène 1987	Pas d'ATR déclarés	Pas d'ATI ou ATID déclarés	<p>Apprendre à voir le patient comme une personne</p> <p>« Ils m'apprennent ça, à les reconnaître en tant que patient, en tant que personne aussi qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée, ils m'ont appris ça que plus on utilise cette euh, plus on est conscient de ça, plus notre métier est facile. »</p> <p>Apprendre à ne pas chercher à modifier le patient</p> <p>« Ils m'apprennent à travailler avec deux trucs un peu parallèles comme ça, et qui apportent l'un à l'autre. Ils se rejoignent pas forcément enfin on a l'impression que ça va pas dans le même sens des fois alors que voilà, je suis en train d'apprendre ça, qu'on peut travailler dans deux domaines qui semblent très différents ou dans des sens à nous qui nous paraissent très différents et je me dis, tant qu'il y a ce lien et tant qu'on travaille, rien n'est perdu et c'est lui un jour peut-être qui fera que ça va se rejoindre ou lui servir, je sais pas comment vous dire ça euh, en tout cas, je suis en train de faire cette expérience avec plusieurs patients, voilà que, comme je vous ai dit je travaille avec des gens sur qu'est-ce que la schizophrénie alors qu'ils soutiennent qu'ils ne le sont absolument pas, et ils sont très curieux d'en apprendre le plus possible et ils me font plein de commentaires à chaque page, donc voilà, je suis en train d'apprendre ça (...) » Gaet</p> <p>Apprendre à prendre compte le patient</p> <p>.« Donc c'est faire un travail comme ça. Comprendre pourquoi on descend son pantalon devant certains</p>

			patients, (...) ce que m'apprennent les patients, à remettre un peu, retrouver des stratégies pour mieux les prendre en compte, développer des stratégies parce que l'entretien infirmier tel qu'on l'apprend ou les prises en charge un peu standard, elles ont leurs limites. » (Apprentissage d'une meilleure prise en compte des patients). » Gaet
Evelyne 1986	Renoncer au « fantasme de l'immédiateté » « GH : Et qu'avez-vous appris à son contact ? Que les choses avancent très lentement. Malgré l'investissement , malgré les sollicitations, il y a des délais de réaction qui sont extrêmement longs, qui ne viennent pas nécessairement d'elle, puisqu'en deux ans et demi on voit que les choses ont extrêmement peu progressé (...) »	Apprendre une posture (...) il faut gagner la confiance et montrer qu'on n'est pas là en termes de mauvais éléments, il faut pas non plus qu'on soit des persécuteurs (...) »	Pas d'ATCE déclarés
Geneviève 1986	« (...) Vous avez pas appris à accepter (...) parce que quand on est soignant, on veut soigner à tout prix, mais il faut aussi accepter, c'est mort, ça ne marchera pas, ça ne marchera pas. C'est pas facile d'accepter qu'on puisse pas être utile aux autres. » « J'ai appris à chaque étape, à chaque moment, je vous dis à me construire et aujourd'hui à accepter qu'ils veuillent pas , ce qui veut pas dire qu'on essaye pas quand même de mettre des choses et laisser la porte ouverte. »	Apprendre la maîtrise de soi « (...) apprendre à même si des fois, il faut se presser, même si parfois il faut, enfin c'est pas propre au CMP tout ça, voilà toujours prendre le temps, être d'une humeur égale, parce qu'en fait, on renvoie énormément de choses à l'autre , qu'on ne perçoit pas mais que lui va percevoir parce qu'il est justement dans une période où il est hyper fragile où il est dans une hyper sensibilité. » Chris	Pas d'ATCE déclarés
Christophe 1984	Pas d'apprentissages transformateurs déclarés		
Séverine 1982	Renoncer au « fantasme de l'immédiateté » « Beh, le patient nous apprend nous euh à être patient (sourire). Euh, à avoir de la patience, c'est mieux, patient patient, à avoir de la	Apprendre à amener le patient à changer, en douceur GH : Si, alors vous me disiez que le patient vous apprend la patience, parce que c'est quelque	Apprendre à ne pas stigmatiser, « psychiatriser » « au début on a aussi, on a, on a aussi...on stigmatise beaucoup « Ah tiens, elle ressemble à tel patient cette personne » et après on arrête, quand on a dit « bon ben,

	<p>patience parce que c'est... la prise en charge d'un patient c'est...c'est long quoi. Donc, il nous apprend à être patient. » Hono</p>	<p>chose... Hono: En nous, il y a des personnes qui n'ont pas la patience, fff, oui c'est déjà arrivé d'ailleurs que le patient dise : « Je ne veux plus voir cette personne chez moi , venir chez moi». Et là ça fait mal. GH : Et c'est quoi être patient alors finalement... Hono: Bon aujourd'hui s'il a pas envie de se laver on va pas l'obliger à sortir aujourd'hui, ni demain, ni dans la semaine, on dit : « Bon, on vous donne un délai ». On travaille dans le temps. Et s'il a pas envie de faire du ménage chez lui, vous arrivez c'est sale, vous allez pas lui dire : « Ecoutez c'est sale, je vais pas m'asseoir », ça se dit pas, on attend. « Vous avez pas fait votre ménage aujourd'hui, faudra le faire, je reviendrai la semaine prochaine » et la semaine prochaine on arrive « bon c'est propre » et après on arrive « Ya le petit thé qui nous attend, c'est sympa ». Ben oui. Ah oui, les patients, j'ai vécu ça, et c'est agréable. Et là quand c'est comme ça, la relation de confiance installée, là on peut travailler avec le patient.</p>	<p>c'est peut être quelqu'un qui est malade ». Ça aussi c'est au tout début ouais, qu'on a tendance à mettre des étiquettes euh un peu partout. »</p>
<p>Lina 1980</p>	<p>Pas d'apprentissages transformateurs déclarés</p>		

5. Mise en relation des caractéristiques sociodémographiques des 23 infirmiers en psychiatrie interviewés avec les différents types d'apprentissages transformateurs déclarés

SYNTHESE DES TYPES D'APPRENTISSAGES TRANSFORMATEURS DECLARES PAR LES 23 INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE							
Prénom	Diplôme	Année Diplôme	Lieu d'exercice	Expérience professionnelle comme infirmier	Renoncement à l'identité de soignant fantasmée/au pouvoir de soigner (ATR)	Apprentissage d'une posture de soignant « en maîtrise » et distanciée du patient (ATI et ATID)	Apprentissage d'une relation intersubjective (ATCE)
Marie	DEI (référentiel 2009)	2016	Intra	Environ 1 an d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service		X	X
Sandra	DEI (référentiel 2009)	2016	Intra	Environ 2 ans d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service	X	X	
Justine	DEI (référentiel 2009)	2014	Intra	Environ 3 ans d'expérience en psychiatrie en intra dans ce service			X
Julie	DEI (référentiel 2009)	2014	Intra	Environ 1,5 ans d'expérience en psychiatrie intra dans ce service	X	X	
Emma	DEI (référentiel 2009)	2012	Intra	Environ 4 ans d'expérience en psychiatrie en intra et extra et 2 ans en soins somatiques		X	
Jeanne	DEI (référentiel 1992)	2011	Intra	Environ 4 ans d'expérience en psychiatrie en intra	X	X	X
Louise	DEI (référentiel 1992)	2009	Intra	Environ 6 ans d'expérience en psychiatrie en intra, en unité fermée	X	X	

Manon	DEI (référentiel 1992)	2005	Extra	Environ 11,5 ans d'expérience en psychiatrie : 10 ans d'expérience en intra et 1,5 ans en extra			X
Leïla	DEI (référentiel 1992)	2004	Extra CMP	Environ 12 ans d'expérience en psychiatrie : 7 ans en intra et 5 ans en extra			X
Jacques	DEI (référentiel 1992)	2000	Intra	Environ 20 ans d'expérience en psychiatrie en intra (même service)			X
Gabriel	DEI (référentiel 1992)	1999	Extra CMP	Environ 19 ans d'expérience en psychiatrie : 12 ans d'expérience en intra et 7 ans en extra (CMP)	X	X	
Christel	DEI (référentiel 1992)	1997	Extra Hôpital de jour	Environ 19 ans d'expérience en psychiatrie : 16 ans d'expérience en intra et 3 ans en extra			X
Olivia	DEI (référentiel 1992)	1997	Extra CAC	Environ 18 ans d'expérience en psychiatrie			X
Yolande	DISP (référentiel 1979)	1993	Extra CMP	Environ 26 ans d'expérience en psychiatrie : 4 ans d'expérience en intra et 22 ans en extra (au CMP de Montrouge)			X
Jean-Luc	DEI	1992	Extra CAC	Environ 20 ans d'expérience en psychiatrie et 4 en soins généraux	Pas d'apprentissages transformateurs déclarés		
Corinne	DISP (référentiel 1979)	1990	Extra CMP	Environ 28 ans d'expérience en psychiatrie : 13 ans intra et extra et 15 ans exclusivement en extra			X

Paula	DISP (référentiel 1979)	1990	Extra Hôpital de Jour	Environ 28 ans d'expérience en psychiatrie		X	X
Hélène	DEI	1987	Intra	Environ 15 ans d'expérience en psychiatrie en intra et en extra et 15 ans en MCO			X
Evelyne	DEI	1986	Extra CMP	Environ 7 ans d'expérience en psychiatrie, 4 ans en intra et 3 ans en extra (CMP) et 25 ans d'expérience en MCO	X	X	
Geneviève	DEI	1986	Extra CMP	Environ 6 ans d'expérience en psychiatrie en extra et 16 ans d'expérience (prison et personnes âgées)	X	X	
Christophe	DISP (référentiel 1979)	1984	Extra CAC	Environ 32 ans d'expérience en psychiatrie : majoritairement en intra puis au CAC	Pas d'apprentissages transformateurs déclarés		
Séverine	DISP (référentiel 1979)	1982	Intra	Environ 36 ans d'expérience en psychiatrie : 28 ans en intra et extra et 8 ans en intra	X	X	X
Lina	DISP (référentiel 1973)	1980	Extra CRPS	Environ 40 ans d'expérience en psychiatrie : 30 ans en intra et 10 ans en extra (CATTP6 puis CRPS7)	Pas d'apprentissages transformateurs déclarés		

⁶ CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

⁷ CRPS : Centre de Réhabilitation Psychosociale

6. Questionnaire

Nous présentons ci-dessous le questionnaire communiqué aux répondants. Le questionnaire était précédé d'un « feuillet d'information pour un consentement implicite et anonyme.

FEUILLET D'INFORMATION POUR UN CONSENTEMENT IMPLICITE ET ANONYME

TITRE DE LA RECHERCHE : L'influence des facteurs dispositionnels et environnementaux dans la perception d'apprentissage des infirmiers en psychiatrie auprès des patients

CHERCHEUR PRINCIPAL : Géraldine Hostein, Université Paris-Nanterre, rattachée à l'École Doctorale 139, au CREF (Centre de Recherches Éducation et Formation) et à l'équipe « Apprenance et formation des adultes »

CONTEXTE DU PROJET : Doctorat en Sciences de l'Éducation dirigé par Olivier Las Vergnas

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET : Notre projet de recherche vise à identifier les facteurs dispositionnels et environnementaux qui influencent la perception d'apprentissages des infirmiers en psychiatrie auprès des patients. Les résultats de cette recherche devraient permettre de mieux appréhender les obstacles et facteurs adjuvants à la rencontre des savoirs des professionnels, infirmiers en psychiatrie, et des savoirs expérientiels des patients.

VOTRE PARTICIPATION : Votre participation à cette recherche, consistera à remplir le présent questionnaire comprenant 98 items portant sur la représentation de votre métier, votre vécu professionnel, vos pratiques et vos apprentissages auprès des patients. Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment. Toutefois, puisqu'aucune donnée permettant de vous identifier (nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui choisirait de se retirer du projet, après avoir soumis son questionnaire ne pourront être détruites.

ANONYMAT ET CONSERVATION DES DONNÉES : Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier. Ainsi, les données issues de vos réponses pourront être conservées pour d'autres analyses ou d'autres recherches, sous forme anonyme.

REMERCIEMENTS : Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

ATTESTATION DU CONSENTEMENT : Le simple retour du questionnaire rempli sera considéré comme l'expression implicite de votre consentement à participer au projet.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES: Si vous avez des questions sur la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez-vous adresser à Géraldine Hostein : geraldine_hostein@hotmail.com

PLAINTES OU CRITIQUES : Si vous avez des plaintes ou des critiques relatives à votre participation à cette recherche, vous pouvez vous adresser, en toute confidentialité, au bureau du CREF - Université Paris Ouest Nanterre La Défense, 200, av. de la République, 92000 Nanterre 01 40 97 59 92

QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL ET LES APPRENTISSAGES DES INFIRMIERS EN PSYCHIATRIE AUPRES DES PATIENTS

Nous vous proposons ce questionnaire dans le cadre d'un doctorat en Sciences de l'Éducation en cours de réalisation à l'Université de Paris Nanterre sur le travail et les apprentissages des infirmiers en psychiatrie.

Ce questionnaire a été construit en grande partie à partir de phrases de vos pairs de l'intra et de l'extrahospitalier recueillies en entretiens et nous souhaiterions savoir si vous êtes d'accord ou pas avec celles-ci.

Merci de répondre à toutes les questions en cochant une seule case, même si vous avez parfois l'impression de répétitions. L'anonymat sera respecté. Répondez le plus spontanément possible !

Avec lesquelles de ces idées exprimées par vos pairs concernant leurs pratiques êtes-vous en accord ou en désaccord ?	Très souvent	Assez souvent	Rarement	Jamais	Ne se prononce pas
« Je m'interroge sur le processus qui a conduit le patient à déclarer une pathologie. »					
« J'essaie de faire comprendre aux patients qu'ils ne sont pas dans la normalité. »					
« Avec les patients, je suspends mes préjugés. »					
« Je me représente les patients autrement que malades (comme parent, sœur, professionnel par exemple). »					
« Je me reconnais dans les patients. »					
« Je fais en sorte de ne pas ressentir les émotions des patients. »					
« Je m'intéresse aux moments de la vie des patients où ils ne sont pas en souffrance. »					
« J'attends des patients qu'ils reconnaissent sincèrement qu'ils sont malades. »					
« Je me représente les patients capables et sachants, bien que différemment de moi. »					
« Je vois davantage ce qui me différencie des patients que ce qui m'en rapproche. »					
« Je me rappelle que les patients sont beaucoup plus que ce qu'ils nous montrent. »					
« Je travaille à partir du projet du patient même s'il me semble difficilement réalisable. »					
« Je fais confiance aux patients pour ce qui est de prendre des décisions pour leur vie. »					
« Je demande aux patients de m'expliquer comment les choses fonctionnent pour eux. »					
« Je laisse les façons de penser et de vivre des patients s'exprimer, sans chercher à les modifier. »					
« Je m'en remets à l'ingéniosité des patients pour s'occuper d'eux-mêmes. »					
« Je fais confiance à la capacité des patients de trouver des solutions pour vivre avec leur maladie. »					
« Avec les patients, je me positionne comme un soignant qui accueille un patient. »					
« Avec les patients, je me positionne comme un humain qui accueille un autre humain. »					
« Je me projette à la place du patient. »					

Avec lesquelles de ces idées, exprimées par vos pairs concernant la vision de leur métier êtes-vous en accord ou en désaccord ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« Ma mission, c'est avant tout d'éduquer ou de rééduquer le patient à la vie en société. »					
« Ma mission, c'est avant tout d'aider le patient à vivre la vie qu'il souhaite, avec sa maladie. »					
« Ma mission, c'est avant tout de veiller à l'observance du traitement pour une diminution des symptômes de la maladie. »					
« Je m'appuie surtout sur l'observation des symptômes que je relie aux tableaux des pathologies (classifications) pour comprendre l'état du patient. »					
« C'est principalement le rapport du patient au cadre de soin qui m'informe sur son état (respect ou transgression du cadre, état de son appartement etc.). »					
« Je m'informe de l'état du patient essentiellement dans mon interaction avec lui. »					
« Dans mon métier, j'aime tout particulièrement chercher à comprendre le fonctionnement des pathologies. »					
« Ce qui me plaît vraiment dans mon métier, c'est de découvrir la façon dont les patients vivent au quotidien. »					
« Ce qui m'intéresse véritablement dans mon métier, c'est surtout d'explorer l'expérience subjective du patient derrière les symptômes. »					
« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à identifier la pathologie du patient, à poser le bon diagnostic. »					
« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à sentir l'état du patient et à trouver les mots et les comportements adaptés pour l'apaiser ou l'amener au soin. »					
« Ce que je valorise le plus chez un soignant, c'est sa capacité à faire l'effort de voir les choses du point de vue du patient. »					
« Ce que j'apprécie particulièrement chez le patient, c'est quand il devient capable de reconnaître qu'il est malade, d'être compliant au soin et d'observer son traitement. »					
« Pour moi, c'est vraiment quand le patient reconnaît le bien-fondé de l'accompagnement du soignant que je me dis c'est bien, on avance. »					
« Pour moi, c'est quand nous trouvons, avec le patient, les solutions qui lui conviennent le mieux pour vivre avec sa maladie que je me dis qu'on est vraiment sur la bonne voie. »					
« Il n'y a pas de rétablissement possible sans traitement médicamenteux. »					
« Il n'y a pas de rétablissement possible sans la réappropriation, par le patient, des comportements et rythmes sociaux (se lever, se laver, manger, avoir des relations sociales etc.). »					
« Il n'y a pas de rétablissement possible sans l'établissement d'une relation d'humain à humain avec le patient. »					



Avec lesquelles de ces idées exprimées par vos pairs concernant leur vécu professionnel êtes-vous en accord ou en désaccord ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« Je n'ai pas peur car je peux compter sur mes collègues en cas d'agressivité des patients. »					
« Dans des situations difficiles, lorsque l'équipe décide d'avoir recours à des pratiques coercitives (isolement, contention), je me sens maltraitant(e) avec les patients.»					
« Je me sens reconnu(e) dans mon service. »					
« Souvent, j'ai le sentiment que mon action auprès des patients ne sert à rien. »					
« Quand je suis amené(e) à modifier le lieu de vie du patient (mettre en ordre, nettoyer...), j'ai l'impression de faire preuve de violence envers lui. »					
« La plupart du temps, je me sens en sécurité avec les patients ».					
« Je me sens aidé(e) par les collègues dans l'accompagnement des patients. »					
« Le comportement de certains patients fait que je me suis endurci(e). »					
« Les patients sont reconnaissants de ce que je leur apporte. »					
« Sans mon intervention, la vie des patients serait probablement plus difficile. »					
« S'il m'arrive de me sentir en échec avec un patient, c'est souvent à cause de lui. »					
« Je n'ai pas assez de moyens (ressources externes) pour aider le patient au mieux. »					

Direz-vous, concernant votre vécu professionnel :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« Avec les patients, je parviens toujours à résoudre les problèmes difficiles si je m'en donne la peine. »					
« Si quelqu'un me fait obstacle dans le cadre de mon accompagnement des patients, je peux trouver un moyen pour obtenir ce que je veux. »					
« Il est difficile pour moi de maintenir mes intentions et d'accomplir mes objectifs professionnels avec les patients.»					
« J'ai confiance en moi pour faire face efficacement aux événements inattendus avec les patients. »					
« Grâce à mes compétences, je sais gérer des situations inattendues avec les patients. »					
« Je peux résoudre la plupart des situations difficiles avec les patients, si je fais les efforts nécessaires. »					
« Je reste calme lorsque je suis confronté(e) à des difficultés avec des patients car je peux me reposer sur ma capacité à maîtriser les problèmes. »					
« Lorsque je suis confronté(e) à un problème avec un patient, je peux habituellement trouver plusieurs idées pour le résoudre. »					
« Si j'ai un problème avec un patient, je sais toujours quoi faire. »					
« Quoiqu'il arrive avec les patients, je sais généralement faire face. »					

Diriez-vous, concernant votre rapport à l'apprentissage en général :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« Je cherche activement des occasions de me former. »					
« Apprendre me procure une joie intense. »					
« Je saisis absolument toutes les occasions d'apprendre. »					
« Il est vital de découvrir tous les jours de nouvelles choses. »					
« Je prends délibérément du temps pour apprendre de nouvelles choses. »					
« Il faut apprendre tous les jours pour bien vivre. »					
« Pour moi, se former est un grand plaisir. »					
« Il est primordial d'acquérir quotidiennement de nouvelles connaissances. »					
« Je suis sincèrement heureux quand j'apprends. »					
Diriez-vous, concernant votre rapport à l'apprentissage auprès des patients :	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« Je cherche activement des occasions de me former auprès des patients. »					
« Apprendre auprès des patients me procure une joie intense. »					
« Je saisis absolument toutes les occasions d'apprendre auprès des patients. »					
« Il est vital, professionnellement, de découvrir tous les jours de nouvelles choses auprès des patients. »					
« Je prends délibérément du temps pour apprendre de nouvelles choses auprès des patients. »					
« Il faut apprendre tous les jours auprès des patients pour bien les accompagner. »					
« Pour moi, se former auprès des patients est un grand plaisir. »					
« Il est primordial d'acquérir quotidiennement de nouvelles connaissances auprès des patients. »					
« Je suis sincèrement heureux quand j'apprends auprès des patients. »					
Avec lesquelles de ces assertions exprimées par vos pairs êtes-vous d'accord ?	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
« J'apprends des patients dans les situations où ...					
... je les observe. »					
... ils posent des limites à mon action de soignant (par exemple : manifestation d'un désaccord, affirmation de leurs droits etc.) »					
... ils me livrent leur connaissance de leur maladie et les stratégies qu'ils mettent en place pour vivre avec.»					
... je réalise l'interrogatoire (questions sur sa biographie etc.) »					
... j'amène les patients à me décrire ce qu'ils vivent et ce que cela signifie pour eux. »					
... le patient et moi partageons nos analyses respectives de sa situation. »					
... les patients me posent des questions sur leur maladie et me poussent à chercher des solutions. »					

Avec lesquelles de ces assertions exprimées par vos pairs êtes-vous d'accord ? « Auprès des patients, j'apprends/j'ai appris...	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
...à faire respecter des règles (ex : se laver, respecter les horaires de repas, les temps pour fumer etc.) »					
... à leur faire confiance. »					
...qu'il y a un manque de volonté chez nombre d'entre eux. »					
...à ne pas les juger (revendiquant, opposant, violent, manipulateur etc.) »					
... les limites de mes actions sur le patient. »					
...qu'il ne fallait jamais renoncer, que tout est possible, qu'il n'y a rien d'impossible pour les patients. »					
... à être dur dans l'intérêt du patient et pour nous, soignants. »					
...à créer des liens avec les patients de façon originale (faire une pièce de théâtre dans un couloir par exemple).»					
... à me résigner. »					
... à les reconnaître en tant que personne qui a des ressources, des capacités, des compétences, qui a besoin d'être considérée. »					
...à me méfier.»					
... à prendre les patients avant tout comme des êtres humains plutôt que d'abord avec un étiquette pathologie. »					



Merci de cocher une seule réponse par question

Dans quel établissement êtes-vous en poste ? (nom exact de l'établissement et ville)

A quel secteur psychiatrique êtes-vous rattaché(e) ? (Ex : 33G04, 92G18 ...)

Vous travaillez actuellement en :

- intrahospitalier
- extrahospitalier
- les deux

Votre ancienneté dans le service actuel :

- moins d'un an
- un an à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

Vous avez :

- moins de 25 ans
- 25 à 40 ans
- 41 à 55 ans
- 56 ans ou plus

Vous êtes :

- un homme
- une femme

Vous avez obtenu :

- un Diplôme d'Infirmier de Secteur Psychiatrique
- un Diplôme d'Etat Infirmier

Vous avez obtenu votre diplôme d'infirmier :

- avant 1995 ou en 1995
- entre 1996 et 2009
- entre 2010 et 2018

Autres diplômes :

- DU : précisez lequel
- Licence
- Master 1
- Master 2
- Doctorat
- Autre :

Vous avez suivi une formation en psychiatrie en plus de votre formation d'infirmier (Consolidation des savoirs, Certificat Universitaire, autre) :

- Oui : précisez laquelle
- Non

Vous avez été accompagné(e) par un tuteur à vos débuts en psychiatrie :

- Jamais
- Entre quelques jours et 3 mois
- Entre 4 et 6 mois
- Entre 7 mois et 1 an

Vous avez travaillé en intrahospitalier :

- Jamais
- Moins d'1 an
- 1 à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

Vous avez travaillé en extrahospitalier :

- Jamais
- Moins d'1 an
- 1 à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

En psychiatrie, vous avez travaillé avec des malades en phase aiguë :

- Jamais
- Moins d'1 an
- 1 à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

Vous avez travaillé avec des malades chroniques :

- Jamais
- Moins d'1 an
- 1 à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

Vous avez travaillé en MCO :

- Jamais
- Moins d'1 an
- 1 à 5 ans
- 6 à 20 ans
- 21 ans ou plus

Depuis que vous êtes infirmier(e), vous avez travaillé dans :

- un seul établissement
- de 2 à 4
- plus de 4

Avez-vous déjà animé des ateliers d'éducation thérapeutique du patient (ETP) ?

- Jamais
- Oui, entre une et 3 fois
- Oui entre 3 et 10 fois
- Oui plus de 10 fois

Avez-vous été confronté(e) vous-même ou dans votre entourage proche à la maladie chronique ?

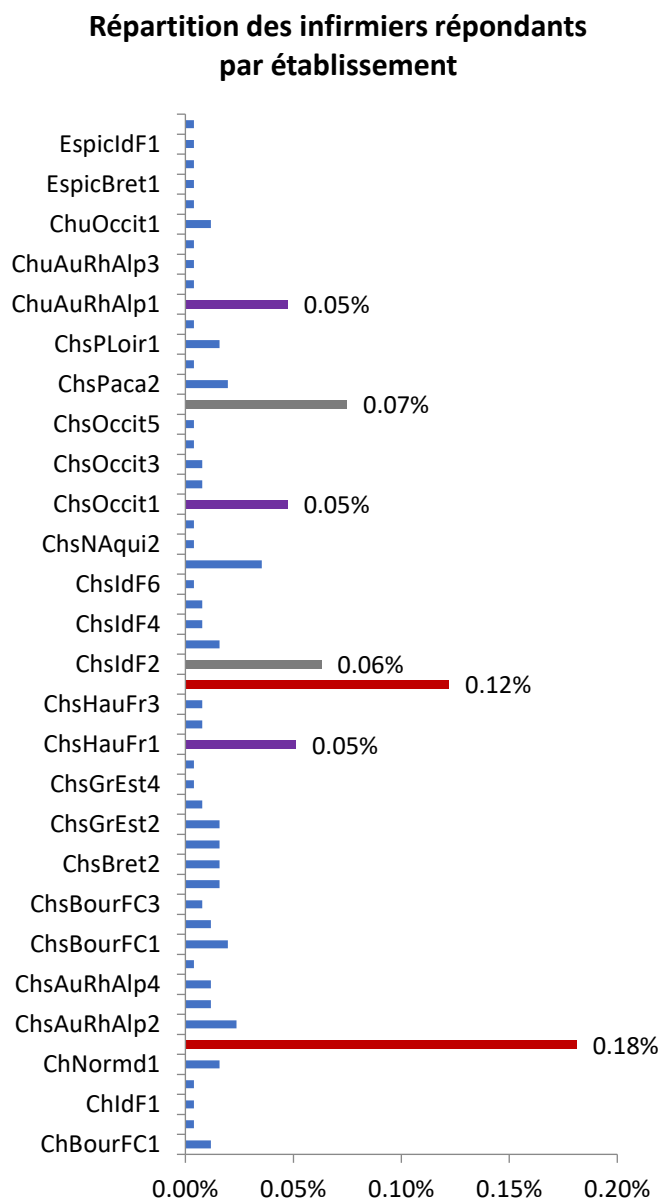
- Oui
- Non

Merci de votre participation !



7. Répartition des répondants au questionnaire, par établissement d'origine

Les répondants de notre échantillon exercent comme infirmiers en psychiatrie au sein de 53 établissements de 12 régions de France. Afin de préserver l'anonymat et de caractériser ces établissements, nous les avons nommés à partir de leur statut (CHS, CH ou CHU), leur région d'appartenance (Idf pour Ile de France par exemple) et au sein de leur région, nous les avons distingués en leur attribuant un chiffre (1,2,3...) correspondant à leur poids, en termes de nombre de répondants. Par exemple le ChsIdf1 pèse plus en termes de répondants (12,2%) que le ChsIDf2, 6,3%. La figure représentant cette répartition des répondants en fonction de leur établissement d'origine est consultable dans l'annexe.



8. Corrélations entre l'apprentissage dans une interaction formelle et les facteurs endogènes

Les corrélations entre l'« apprentissage dans une interaction formelle » et les facteurs endogènes étant très faibles, nous n'avons pas retenu cette variable dans notre régime final et avons inséré la présentation de nos calculs de vérification en annexe. Ces derniers ont été réalisés avec les coefficients de Pearson.⁸ Comme entrevu dans le cercle des corrélations, il existe une corrélation négative entre le fait d'apprendre dans une interaction formelle et les genres professionnels biomédical, psychologique et social.

CORRELATIONS ENTRE DES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
APIntForm/Facteur endogène	Coefficients de Pearson
APIntForm /BIO	-0,29
APIntForm /SOC	-0,17
APIntForm /PSY	-0,14

De même, il existe une corrélation positive entre l'« apprentissage dans une interaction formelle » et les deux types d'apprenance, dans leur versant négatif, c'est-à-dire, des apprenances faibles.

CORRELATIONS ENTRE DES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
APIntForm/Facteur endogène	Coefficients de Pearson
APIntForm /APCEpat (-)	0,29
APIntForm /APCEgen (-)	0,20

Il existe, au vu du cercle des corrélations et des angles aigus les séparant, des corrélations positives entre l'« apprentissage dans une interaction formelle », un sentiment de reconnaissance et un SEP dans l'accompagnement des patients faibles. Il n'existe aucune corrélation avec l'harmonie cognitive (ou DisCogn -).

CORRELATIONS ENTRE DES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES		
Nature des facteurs endogènes	APIntForm/Facteur endogène	Coefficients de Pearson
Vécu professionnel difficile	APIntForm /SentReco (-)	0,13
Vécu professionnel difficile	APIntForm /SEPpat(-)	0,10
Vécu professionnel agréable	APIntForm /DisCogn (-)	0,07

En synthèse, nous retiendrons que la variable « apprentissage dans une interaction informelle » entretient des corrélations positives avec : une apprenance auprès des patients et « en général » faibles ; un SEP dans l'accompagnement des patients et un sentiment de reconnaissance au travail faibles. La corrélation la plus forte et la plus significative est celle existant avec une faible apprenance auprès des patients (0,29). Elle est corrélée négativement avec tous les genres professionnels. Elle est indépendante de la variable « Dissonance cognitive ».

CORRELATIONS ENTRE DES FACTEURS ENACTIFS ET ENDOGENES	
---	--

⁸ « Indice statistique qui exprime l'intensité et le sens (positif ou négatif) de la relation linéaire entre deux variables quantitatives. Il assume des valeurs se situant dans l'intervalle qui va de - 1 à +1. Une valeur égale à - 1 ou à +1 indique l'existence d'une relation linéaire parfaite (fonctionnelle) entre les deux variables. En revanche, ce coefficient est nul (r = 0) lorsqu'il n'y a pas de relation linéaire entre les variables (ce qui n'exclut pas l'existence d'une relation autre que linéaire: par exemple de forme "quadratique"). <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-bravais-pearson-2041.html> - Consulté le 22 juillet 2021. L'intensité de la relation linéaire sera donc d'autant plus forte que la valeur du coefficient est proche de +1 ou de - 1, et d'autant plus faible qu'elle est proche de 0.

Nature des facteurs endogènes	APIntForm/Facteur endogène	Coefficients de Pearson
Apprenance	APIntForm /APCEpat (-)	0,29
Apprenance	APIntForm /APCEgen (-)	0,20
Vécu professionnel difficile	APIntForm /SentReco (-)	0,13
Vécu professionnel difficile	APIntForm /SEPpat(-)	0,10
Genre professionnel	APIntForm /BIO	-0,29
Genre professionnel	APIntForm /SOC	-0,17
Genre professionnel	APIntForm /PSY	-0,14
Vécu professionnel agréable	APIntForm /DisCogn (-)	0,07