IFSI Joseph LEPERCQ
Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc

Carine Salvado
Promotion 2023/2026

Les représentations professionnelles dans le soin infirmier en psychiatrie adulte



Travail de Fin d'Études
Formation en Soins Infirmiers

Sous la direction de: Alexandra CURT
Cadre de Santé – Formateur

Unités d'Enseignement : 3.4 - 5.6 et 6.2 - Semestre 6

Session Juillet 2026

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

La Direction Régionale de l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités délivre sous l'autorité du préfet de région les diplômes paramédicaux et du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue, que les directives suivantes sont formulées.
Elles concernent l'ensemble des candidats devant fournir un travail écrit dans le cadre de l'obtention d'un diplôme d'État, qu'il s'agisse de formation initiale ou de parcours VAE.
La présente charte définit les règles à respecter par tout candidat, dans l'ensemble des écrits servant de support aux épreuves de certification du diplôme préparé (mémoire, travail de fin d'études, livret 2).

Il est rappelé que « le plagiat consiste à reproduire un texte, une partie d'un texte, toute production littéraire ou graphique, ou des idées originales d'un auteur, sans lui en reconnaître la paternité, par des guillemets appropriés et par une indication bibliographique convenable »[1].
***La contrefaçon** (le plagiat est, en droit, une contrefaçon) **est un délit** au sens des articles L. 335-2 et L. 335-3 du code de la propriété intellectuelle.*

Article 1 :
Le candidat au diplôme s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 2 :
Le plagiaire s'expose à des procédures disciplinaires. De plus, en application du Code de l'éducation 2 et du Code de la propriété intellectuelle 3, il s'expose également à des poursuites et peines pénales.

Article 3 :
Tout candidat s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussigné(e) Carine SALVADO
atteste avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat élaborée par la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes et de m'y être conformé(e)

Je certifie avoir rédigé personnellement le contenu du livret/mémoire fourni en vue de l'obtention du diplôme suivant :

DIPLÔME D'ETAT INFIRMIER

Fait à Lyon, Le 20 mai 2026 **Signature**

Zér Plagiat

Site Université de Nantes : http://www.univ-nantes.fr/statuts-et-chartes-usagers/dossier-plagiat-784821.kjsp

2 Article L331-3 : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics »
3 Article L122-4 du Code de la propriété intellectuelle

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Alexandra Curt, ma référente de mémoire, pour son accompagnement, sa disponibilité et ses conseils tout au long de ce travail.
Je remercie également l'ensemble des formateurs et formatrices de l'IFSI Saint Joseph-Saint Luc, pour leur bienveillance et leur exigence, qui nous ont permis d'évoluer et de progresser tout au long de la formation.

Un grand merci au personnel du secrétariat, toujours efficace et présent, ainsi qu'à Laurence Auray pour ses précieux conseils au centre de documentation.

Je tiens aussi à remercier les étudiants et étudiantes de ma promotion, dont la singularité, la solidarité et l'entraide ont rendu ce parcours riche et humain. Les différences de chacun ont contribué à créer un groupe vivant et stimulant.

Enfin, merci à mes ami(e)s pour leur soutien inconditionnel, à ma famille, à ma fille, pour sa patience face aux heures de travail et au stress de la formation, ainsi qu'à cette personne qui se reconnaîtra, pour son soutien discret mais essentiel, sa présence constante et cette force tranquille qui a accompagné cette aventure jusqu'au bout.

Je terminerai par cette réflexion personnelle : ce n'est pas ce qui se passe autour de nous qui fait sens, mais la manière dont nous avançons, en conscience, avec ou sans l'autre, mais jamais sans bienveillance.

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 1

INTRODUCTION 1

1. CONSTRUCTION/ ELABORATION DE L'OBJET D'ÉTUDE 2

1.1 Situation d'appel 2

1.2 Des premiers questionnements à la question profane 3

2. CHOIX DU TERRAIN ET DE LA POPULATION CIBLE 4

2.1 Question de départ 4

2.2 Objectifs de recherche 4

3. CADRE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE 5

3.1 Cadre contextuel 5

3.1.1 Historique et spécificités de la psychiatrie *5*

3.1.2 Le cadre institutionnel et le travail en équipe en psychiatre *6*

3.2 Cadre conceptuel 9

3.2.1 Les représentations professionnelles dans les soins *9*

3.2.2 Le positionnement professionnel et la pratique réflexive *17*

3.2.3 La place des émotions dans la relation de soin *18*

4. PHASE EXPLORATOIRE DE TERRAIN 20

4.1 Choix du terrain et de la population cible 20

4.2 Choix des outils de recherche 20

4.3 Présentation des résultats de l'enquête 21

5. ANALYSE CORRÉLATIVE 24

6. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE 32

7. PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES 33

8. CONCLUSION 34

9. BIBLIOGRAPHIE 36

ANNEXE 1: tableau d'analyse des entretiens

AVANT-PROPOS

J'ai fait le choix de m'appuyer sur une situation vécue non pas en stage, mais lors d'une vacation d'aide-soignante, en psychiatrie, durant ma deuxième année de formation à l'IFSI sachant que celle-ci est tout à fait transposable à la fonction infirmière.

En effet, tout au long de ma formation, je travaille les week-ends au sein du pool, qui est l'équipe de suppléance dans diverses unités. Cette situation s'est imposée à moi dans le cadre du TFE car les questionnements qu'elle soulève concernent aussi bien l'aide-soignant que l'infirmier, ainsi que l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle m'a amenée à m'interroger sur les représentations que l'on peut avoir d'un patient en psychiatrie, qu'il soit déjà connu ou inconnu des services, et l'impact que celles-ci peuvent avoir sur la prise en charge. Par représentations, j'entends l'idée, l'image que l'on se construit d'un patient, à partir de la lecture de son dossier, de sa présentation, lors des transmissions, et la manière dont ces éléments influencent ensuite notre façon d'agir en tant qu'infirmier, mais aussi en tant qu'être humain.

C'est une forme d'introspection qui sera un outil utile pour la vie professionnelle car cela conduit à réfléchir à la façon dont on mêle, avec plus ou moins d'équilibre, les informations reçues et transmises, nos propres valeurs, nos émotions et nos expériences, afin de proposer une prise en charge la plus juste possible, en tentant de limiter les biais et les jugements.

Introduction

En psychiatrie, certaines situations semblent ordinaires sur le moment et continuent pourtant de résonner après coup.

C'est le cas d'une situation vécue en unité d'hospitalisation auprès d'un patient décrit dans les échanges d'équipe comme "très adhésif". Un mot parmi d'autres dans le quotidien infirmier, mais qui, à force d'être répété, finit par dessiner une certaine manière de voir la personne.

Lors d'une journée en unité de psychiatrie , un accompagnement prévu avec ce patient est finalement modifié au dernier moment, en sa présence. La justification donnée tient en une phrase : ne pas "coller les soignants". Sur le moment, ce n'est pas seulement la décision qui interpelle, mais la façon dont elle interfère dans la relation.

À partir de là, une question s'impose : Qu'est ce qui influence, concrètement, la manière dont on se positionne face à un patient en psychiatrie ? et comment ce qui circule dans une équipe peut parfois peser sur la rencontre elle-même ? C'est à partir de ces

questionnements que ce travail s'intéresse à la construction des représentations en psychiatrie et à leur impact dans la relation de soin.

1. CONSTRUCTION/ ELABORATION DE L'OBJET D'ÉTUDE

1.1 Situation d'appel

Je suis en unité d'hospitalisation en psychiatrie accueillant des patients présentant des troubles du neurodéveloppement, lors d'une vacation d'aide-soignante sur un weekend end, comme expliqué précédemment.
La situation qui m'a interpellé concerne un patient d'une vingtaine d'années, Mr M., connu du service et hospitalisé depuis plusieurs années, ayant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), une carence affective importante avec un syndrome abandonnique marqué, dans un contexte social complexe, notamment une relation maternelle rejetante. Cette histoire personnelle le rend très "demandeur" dans la relation à l'équipe soignante.
Au fil des transmissions, Monsieur M. est régulièrement décrit comme un patient " très adhésif ". Cette étiquette semble influencer la manière dont l'équipe se positionne envers lui, générant une certaine lassitude dans sa prise en charge et conduisant le personnel soignant à souvent le mettre à distance de ses sollicitations. En psychiatrie, le terme "patient adhésif " est fréquemment utilisé pour désigner un patient qui sollicite de manière répétée et rapprochée les soignants et qui présente une difficulté à tolérer la séparation.

L'équipe soignante est en poste depuis quelques années et connaît bien Mr M. Celui-ci étant hospitalisé au long cours, avec des permissions régulières le week-end chez son père.

Il a le droit de fumer une cigarette le matin et le soir. Ce jour-là, la journée se déroulant bien, de manière plutôt apaisée, je lui propose de l'accompagner pour sa cigarette le soir. N'étant présente que ponctuellement dans le service, le lien que je construis avec lui est moins influencé par les habitudes et les représentations déjà installées par l'équipe.
Je lui propose un temps jeu le matin et un autre l'après-midi. Il reste à l'écoute lorsque je pose le cadre au sujet des demandes auxquelles nous ne pouvons répondre, comme passer d'une activité à une autre sans avoir terminé ou ouvrir lui-même les placards de jeux. Il parvient à ne pas trop insister, entend les consignes et arrive à s'occuper seul.
Il est utile de rappeler qu'en psychiatrie, le cadre correspond à un ensemble de repères et de limites posés par l'équipe soignante pour sécuriser le patient. Il inclut:

- Des prescriptions médicales (par exemple : sorties autorisées, accès au téléphone portable selon l'état clinique du patient).
-Les règles du service (horaires, activités, organisation collective).
-Le positionnement de l'équipe dans son rôle propre, c'est-à-dire ce qui est autorisé ou non, en cohérence avec la prise en charge.
En fin de journée, il me rappelle que nous avions convenu que je l'accompagnerais pour sa sortie cigarette du soir, ce que je confirme. À ce moment-là, je ressens une certaine satisfaction quant à l'équilibre relationnel instauré sur la journée, avec le sentiment d'avoir trouvé une juste distance professionnelle: une alternance entre respect du cadre institutionnel et lien humain souple, permettant un échange fluide tout en tenant compte de sa clinique et de sa problématique relationnelle.
A 19h, au moment de l'accompagner, alors que Mr M et moi-même avons revêtu nos vêtements d'extérieur, une aide-soignante Sonia (prénom d'emprunt), intervient devant lui, en s'adressant à lui à travers moi, pour lui annoncer que je ne l'accompagnerai finalement pas. Elle précise qu'il sait très bien qu'il peut aller fumer seul et qu'il doit arrêter de "coller les soignants".
Il essaye d'argumenter mais le refus est net et précis. Je reste sans mots. Afin d'éviter toute situation de clivage au sein de l'équipe, j'accède à la décision prise par l'aide-soignante et évoque auprès de Mr M. une éventuelle "prochaine fois".

Par la suite, Sonia me conseille de ne pas me laisser "avoir" et de ne pas accéder à toutes les demandes avec les patients, en particulier quand ils sont qualifiés d'adhésifs.
Elle m'indique qu'avec mon caractère, je risque de me "faire bouffer".
Cette décision me questionne, car l'accompagnement proposé avait été évalué en amont et s'inscrit, selon moi, dans une démarche de prendre soin, tout en respectant le cadre.
Pour être honnête, l'observation de la réaction de Mr M. et son départ seul, a fait émerger chez moi un inconfort émotionnel, renforçant mon sentiment qu'une autre posture soignante aurait pu être envisagée.

1.2 Des premiers questionnements à la question profane

Cette situation m'a laissé avec plusieurs questions en tête, comme quelque chose qui continue de travailler après coup. Elle m'a amené à prendre du recul sur ma posture, mais aussi sur celle de l'équipe, sur ce qui se joue, parfois sans qu'on en ait vraiment conscience, dans la relation de soin.
- Comment se construisent les représentations des patients chez les infirmiers ?
-Quel impact ont les étiquettes professionnelles sur la qualité de la prise en charge ?
-Quelle définition peut-on donner de la qualité de la prise en charge ?

-Quel rôle le collectif joue-t-il dans la transmission des représentations ?
-Comment la stigmatisation ou les biais professionnels influencent-ils les attitudes ?
-En quoi la pratique réflexive infirmière permet-elle d'ajuster la posture professionnelle ?

Ces réflexions peuvent être mobilisées à différents moments de la prise en charge : lors de l'accueil d'un patient, au cours d'une relève, ou dans le suivi de patients hospitalisés sur le long terme. Ce travail analysera également le rôle du collectif soignant et montrera comment la pratique réflexive permet aux infirmiers de reconnaître et d'ajuster l'impact de leurs représentations sur la relation de soin.

2. CHOIX DU TERRAIN ET DE LA POPULATION CIBLE

Ce travail s'inscrit dans le domaine de la psychiatrie, une spécialité dans laquelle j'ai été amenée à travailler et qui m'a rapidement questionnée. C'est un environnement où les relations sont très présentes, parfois intenses, et où les représentations des patients se construisent vite, au fil des échanges et du quotidien partagé.

C'est à partir de ces observations que j'ai choisi de m'intéresser aux infirmiers dans ce champ psychiatrique. Ce sont eux, avec les aides-soignants, qui sont au plus proche des patients et des dynamiques relationnelles, et cela permet de comprendre concrètement comment les représentations se forment, circulent dans l'équipe et peuvent influencer la prise en charge, le soin et la posture professionnelle.

2.1 Question de départ

En psychiatrie, en quoi les représentations que l'IDE se construit d'un patient adulte influencent-elles son positionnement professionnel et la qualité de la prise en charge ?

2.2 Objectifs de recherche

⇒ Comprendre la construction des représentations infirmières en psychiatrie

⇒ Identifier leur impact sur la qualité de la prise en charge

⇒ Explorer les mécanismes des biais et de la stigmatisation

⇒ Mettre en lumière le rôle du collectif soignant dans la construction des représentations

⇒ Examiner l'apport de la pratique réflexive pour ajuster le positionnement professionnel

3. CADRE THÉORIQUE DE RÉFÉRENCE

3.1 Cadre contextuel

3.1.1 Historique et spécificités de la psychiatrie

La psychiatrie se consacre à la souffrance psychique et aux troubles de la vie mentale. Elle s'adresse à des personnes dont l'équilibre intérieur est fragile, parfois pour une courte période, parfois sur de longues années. Cette spécificité confère à la psychiatrie une place particulière dans le champ médical, où la relation humaine devient un outil de soin central, tout aussi important que le traitement pharmacologique ou psychothérapeutique (1).

L'histoire de la psychiatrie a connu de profondes évolutions. Dans l'antiquité, certaines manifestations de la maladie mentale étaient vues comme des punitions divines ou des phénomènes surnaturels. Progressivement, avec l'héritage hippocratique, apparaissent des tentatives de classification des troubles comme la frénésie, la manie, la mélancolie, cherchant à donner un sens médical à des comportements jusque-là incompris, marquant une première étape vers une compréhension plus clinique et relationnelle (2).

La création des premiers asiles en 1656, et leur reconnaissance comme lieux de soin à la fin du XVIIIe siècle, marque une étape importante. Le XIXe siècle voit émerger la psychiatrie moderne, notamment avec les travaux de Freud et le développement de la neurologie qui établit des liens entre le fonctionnement cérébral et certains troubles psychiques. Malgré ces progrès, l'histoire de la psychiatrie reste intimement liée à des pratiques d'enfermement et une stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux (1).

Le terme stigmatisation renvoie à une désapprobation sociale sévère fondée sur des caractéristiques réelles ou supposées, perçues comme déviantes par rapport aux normes sociales (9). Cette stigmatisation s'est construite sur plusieurs siècles et continue d'influencer, de manière parfois implicite, les représentations collectives de la maladie mentale. Elle a également été étudiée dans des contextes contemporains, comme dans le Rhône où des actions de la promotion de la santé mentale visaient à réduire ces biais sociaux (4).

La loi du 30 Juin 1938, a progressivement posé un cadre juridique visant à protéger les patients, en introduisant des notions de bienveillance, de soin, de responsabilité, tout en organisant l'hospitalisation psychiatrique. Aujourd'hui la psychiatrie peut être définie comme une dynamique de soins qui englobe la prise en charge des symptômes psychiatriques et psychologiques, mais aussi l'accompagnement de la personne dans sa sphère sociale, somatique, en s'appuyant sur ses ressources et en étayant un chemin au plus proche de

l'autonomie et son inclusion dans la société (3). De plus, des études récentes sur la promotion de la santé mentale montrent que des actions ciblées peuvent réduire les stigmates et améliorer l'inclusion des patients du Rhône (4).

3.1.2 Le cadre institutionnel et le travail en équipe en psychiatre

Si les prises en charge en psychiatrie sont souvent marquées par des interactions répétées, notamment dans le cadre de suivis prolongés ou de ré hospitalisations fréquentes, les soignants sont également amenés à accueillir des patients qu'ils ne connaissent pas ou peu, par exemple lors d'admissions récentes ou en situation d'urgence. Dans ces contextes, les premières interactions, les transmissions et les représentations initiales occupent une place déterminante dans la construction de la relation de soin impliquant observation, communication et ajustement.

La qualité de la relation de soin dépend également du cadre institutionnel et du collectif soignant. L'institution, par ses règles explicites (horaires, protocoles, organisation des soins) et ses normes implicites propres à chaque service, propose un cadre structurant pour sécuriser les patients tout en soutenant le positionnement professionnel des soignants (12-13). Le cadre agit non seulement comme un repère, mais aussi comme un allié dans la relation, permettant aux soignants de rester présents et disponibles dans la relation tout en gardant une distance adaptée, entourée du cadre établi par l'équipe médicale (12-13).

Le travail en équipe pluridisciplinaire est un autre élément central : médecins, psychiatres, aides-soignants, infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux coordonnent leurs interventions et mettent en commun leurs observations, pendant les transmissions et les réunions d'équipe. Ces échanges, très riches en clinique, permettent de construire des connaissances communes des patients, utiles pour travailler ensemble de manière cohérente (14). Les rôles complémentaires des infirmiers et des aides-soignants accompagnent à la fois l'aspect clinique et relationnel ; les aides-soignants, par leur présence quotidienne et leur observation attentive, participent à la mise en œuvre du cadre thérapeutique, en collaboration avec les infirmiers qui coordonnent les soins en ajustant les interventions, comme des chefs d'orchestre, veillant à l'harmonie du service.

Le cadre institutionnel propose donc des repères et de la sécurité. Il soutient l'organisation du service, la cohérence des pratiques et harmonise les interactions soignants-soignés, tout en laissant une place à la réflexion et à la possibilité de s'ajuster professionnellement. Dans le quotidien, il agit vraiment comme un appui car il permet aux soignants de rester présents dans la relation sans se laisser déborder, en gardant une distance adaptée (12-13).

Ainsi le cadre institutionnel et le collectif soignant deviennent des repères essentiels pour naviguer dans la complexité des interactions en psychiatrie. Ils influencent la manière dont les équipes comprennent le patient, s'organisent avec lui, permettent d'identifier et d'ajuster les représentations et les biais qui peuvent se construire au fil des prises en charge.

Dans un service de psychiatrie, travailler en équipe, ce n'est pas juste suivre des règles et faire tourner les soins. C'est un espace vivant où les soignants échangent leurs observations, leurs impressions et coordonnent leurs actions autour d'un même objectif : accompagner le patient dans sa souffrance psychique tout en maintenant un cadre sécurisant. L'équipe pluridisciplinaire comprend généralement des médecins psychiatres, des psychologues, des infirmiers, des aides-soignants et des travailleurs sociaux, dans des unités ouvertes ou fermées selon les pathologies. Chacun a un rôle complémentaire, mêlant soins techniques, relationnels, réhabilitation et insertion sociale. Cet accompagnement repose sur une articulation entre ces différents regards. Les approches se croisent alors entre dimension médicale, psychologique, sociale et relationnelle, permettant une compréhension plus globale de la situation du patient (14).

La plupart des services sont organisés selon le principe de sectorisation, c'est-à-dire que chaque secteur accueille un nombre défini de patients selon leur lieu de vie ou leur pathologie, ce qui permet aux équipes de mieux connaître les patients, d'assurer un suivi cohérent et de coordonner les interventions (14). Cette organisation implique que les transmissions quotidiennes, écrites ou orales, deviennent un outil central. Elles sont indispensables au partage des observations, des besoins et des évènements marquants de chaque patient sur la journée ou la nuit.

Selon l'HAS, la sectorisation est basée sur divers éléments :

- Un territoire géographique défini, auquel est rattachée une équipe de soins

- Une continuité des prises en charge, allant de l'hospitalisation jusqu'au suivi en ambulatoire

-Une connaissance des patients sur le long terme, favorisant une relation de soin plus stable.

-Une coordination entre les différents acteurs de soin => Hospitalisation/CMP/équipes sociales

-Une volonté de favoriser le maintien du patient dans son environnement de vie, en évitant si possible les ruptures dans le parcours patient.

Cette organisation permet aux équipes de mieux connaître les patients et leur histoire et, en lien avec notre thématique, peut aussi favoriser la construction des représentations liées aux expériences répétées et aux échanges au sein du collectif (14).

Avec le temps, chaque unité développe sa culture de service, c'est-à-dire des habitudes, des façons de faire et de penser qui s'inscrivent dans la pratique quotidienne. On retrouve des normes implicites : ce qui est “normal“ ou “acceptable“ dans un service, ce que l’on peut tolérer ou non chez un patient, ce qui demande une vigilance particulière. Ces codes, souvent non écrits, se transmettent entre collègues et peuvent influencer, sans qu’on s’en rende compte, la manière dont chaque soignant se positionne et agit face au patient (12).

Certaines normes s’intègrent progressivement dans le fonctionnement du service, c'est-à-dire qu’on les considère comme acceptables dans la relation avec les patients. Elles nécessitent donc une vigilance particulière avec le recul nécessaire afin d’intervenir de manière adaptée face à certaines situations. Ces repères collectifs permettent aux infirmiers de maintenir une cohérence dans les pratiques.

Dans la tradition de la psychiatrie institutionnelle, des auteurs comme Jean Oury ont souligné l’importance de l’institution comme espace thérapeutique à part entière. L’organisation du service, les interactions entre professionnels, les réunions d’équipe ou les temps informels nourrissent la dynamique du soin et influencent la façon dont les patients sont accueillis et accompagnés (13).

Le cadre institutionnel ne se limite pas à un ensemble de règles ou d’obligations administratives. Il crée un environnement structurant qui soutient les professionnels du soin dans leur pratique et offre aux patients des repères stables dans un contexte d’instabilité psychique. Comme le souligne Walter Hesbeen, le cadre permet aux soignants de rester présents dans la relation tout en maintenant une distance adaptée, indispensable à la qualité du soin (12). Il permet aussi de contenir les situations parfois complexes ou difficiles à vivre dans la relation de soin. De ce fait, le soignant n’est pas seul face à ce qu’il traverse dans sa pratique: il peut en parler lors des transmissions, en réunion d’équipe, à sa hiérarchie, s’appuyer sur le cadre de santé ou le médecin pour prendre du recul. Ainsi il ne reste pas isolé avec une situation, il peut partager les points de vue et réfléchir à une manière d’y répondre. Les analyses de pratiques professionnelles vont aussi dans ce sens, en permettant de revenir sur certaines situations vécues pour mieux ajuster sa posture.

Le collectif soignant joue donc un rôle essentiel: par les échanges quotidiens, les discussions cliniques et les expériences partagées, il participe à la construction d’une compréhension commune des situations rencontrées (10). Cette dynamique collective favorise la cohérence des prises en charge et permet à l’équipe soignante de s’appuyer les uns sur les autres face à la complexité du travail en psychiatrie. Ce même collectif peut également influencer les perceptions qui circulent au sein de l’équipe. Les observations, les impressions ou les récits cliniques se transmettent au fil des relèves et des échanges informels, ce qui contribue

progressivement à la construction d'une vision partagée des patients et des situations rencontrées (7).

On peut donc dire que le cadre institutionnel, la sectorisation et le collectif pluridisciplinaire proposent des repères et une structure, mais ils participent aussi à la manière dont les représentations se diffusent. L'équilibre entre tout cela a pour même objectif le maintien d'une qualité de soin respectueuse de la singularité du patient.

3.2 Cadre conceptuel

3.2.1 Les représentations professionnelles dans les soins

- **Définition générale des représentations :**

Nous partirons de la représentation sociale au sens large avec quelques définitions afin de comprendre le mécanisme humain intrinsèque de celle-ci, de manière assez succincte, pour comprendre d'où proviennent les représentations, qu'elles font partie de l'homme et qu'elles déterminent certains de nos comportements. Chose qui nous intéresse particulièrement dans notre manière d'être avec les patients.

Pour Jean-Claude Abric, psychologue social français du XXe siècle, la représentation sociale est "le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique" (5). Autrement dit, il s'agit de la façon dont chacun se fait une idée de la réalité, à partir de ce qu'il vit, de ce qu'il connaît et de ce qui l'entoure. Cette reconstitution du réel implique divers mécanismes, filtres, emprunts de contextes, d'enjeux sociaux, et de relations de pouvoir. Nous pourrions rapidement nous perdre dans une masse d'informations sociologiques, mais nous resterons centrés sur notre fil rouge infirmier, tout en évoquant la genèse des représentations, c'est-à-dire pourquoi nous en avons et comment elles se construisent.

Selon Denise Jodelet, elles apparaissent comme un outil naturel de l'esprit humain pour donner du sens à la réalité, anticiper les situations et orienter nos comportements, tout en facilitant la communication au sein d'un groupe et en réduisant l'incertitude (6).

Dans la continuité de cette définition, Serge Moscovici explique que les représentations sociales sont des formes de connaissances construites et partagées dans le groupe, c'est-à-dire des idées, des points de vue permettant de comprendre une situation qui circulent au sein du collectif. Elles aident à donner du sens à ce que nous vivons et orientent nos comportements (7). Cela revient à dire que nous ne voyons jamais une situation de

manière complètement neutre, mais que nous l'interprétons toujours à travers un système de références déjà présent.

On peut distinguer deux dimensions, deux formes de représentations : individuelle et collective.

La dimension individuelle correspond à notre façon propre de percevoir une situation, influencée par notre histoire, nos expériences, nos émotions et notre réflexion, c'est-à-dire à notre capacité à prendre du recul sur nos propres perceptions.

La dimension collective renvoie plutôt à ce qui circule au sein d'un groupe professionnel, par exemple dans une équipe de soins, à des façons de nommer, de qualifier ou de comprendre certaines situations qui finissent par devenir partagées.

Contrairement à Durkheim, qui voyait les représentations collectives comme des réalités extérieures et contraignantes, Moscovici montre que les représentations se construisent et évoluent dans les interactions. Elles ne sont donc pas figées, elles changent avec les échanges, l'expérience et le contexte.

Cette distinction est importante à connaître car elle rappelle que nos représentations professionnelles ne sont jamais totalement personnelles ni totalement indépendantes du groupe dans lequel nous travaillons. Elles se situent toujours à la croisée de notre subjectivité et d'un cadre collectif partagé.

Après avoir posé ces bases conceptuelles, de manière ciblée et synthétisée, nous pouvons maintenant observer comment ces représentations se construisent concrètement chez les infirmiers, dans le quotidien des soins et les interactions avec les patients et les collègues.

- **Construction des représentations chez les soignants :**

Comme tout être humain, l'infirmier arrive dans la relation de soin avec un bagage de représentations construites par la société, la culture et l'histoire collective, mais aussi avec sa propre histoire individuelle (8). Ce mélange personnel et collectif se retrouve ensuite dans l'exercice de son métier.

Celui-ci impose un cadre, un rôle propre de prise en charge dans lequel doit s'inscrire un objectif central : le prendre soin. Ce rôle exige de la vigilance sur ses propres biais et ses habitudes implicites, car ils peuvent influencer le jugement et la relation avec le patient (8).

Comme l'explique Marie Rajablat dans Mille et un soins infirmiers, le soin ne se limite pas à un acte technique, mais s'inscrit dans une rencontre singulière entre un patient et un professionnel de santé. Cette rencontre fait appel forcément à la subjectivité du soignant, c'est-à-dire que le soignant ne vient jamais " vide ", il est toujours influencé par ce qu'il a vécu, ressenti et appris auparavant. Il est empreint de son histoire, de son expérience et de

ses émotions, qui participent à la façon dont il interprète la situation clinique. Ainsi la représentation que l'infirmier se fait du patient n'est donc jamais purement objective ; elle inclut le sens qu'il donne à la relation. Si cette dimension subjective n'est pas questionnée, travaillée, elle peut influencer inconsciemment la posture professionnelle (8).

D'une manière un peu plus large, cette subjectivité peut même se manifester en jugements collectifs ou stigmatisation implicite. Par exemple, toujours dans ce même livre, l'auteur nous rapporte qu'après l'explosion de l'usine AZF, il a fallu reloger des patients dans un service de pneumologie. Certains pneumologues ont exprimé leur inquiétude et signé une pétition craignant " l'aura négative " des malades mentaux sur leur service. Cette anecdote montre comment des représentations collectives peuvent influencer la perception et l'organisation du soin, allant jusqu'à modifier celle-ci (8).

Denise Jodelet définit les représentations sociales comme une forme de connaissance partagées qui sont des repères que l'on construit avec les autres et qui nous aident à comprendre les situations. Cela permet d'interpréter la réalité et d'orienter les conduites. Concrètement, le soignant ne perçoit jamais une situation de façon neutre, il la comprend à travers quelque chose de déjà construit, nourri par sa propre histoire et par le groupe professionnel auquel il appartient. Ces représentations circulent dans les interactions, évoluent dans les échanges et participent à la construction d'une vision commune des situations cliniques. Elles peuvent ainsi se transmettre lors de relèves ou de discussions informelles au sein de l'équipe (6).

Si on ne questionne pas cet aspect subjectif, ou qu'on ne le travaille pas, il peut influencer inconsciemment la posture professionnelle. Walter Hesbeen souligne que la qualité du soin repose sur une manière d'être avec l'autre, sur une présence ajustée et respectueuse de la singularité du patient. Or, cette présence est nécessairement traversée par les représentations du soignant (12).

Erving Goffman met en lumière la notion de stigmate et de rôle social. Selon lui, les soignants sont souvent confrontés à des patients porteurs d'une " marque sociale " qui peut induire des représentations biaisées, consciemment ou non. Celles-ci influencent notre attitude, notre communication et l'attention portée au patient. Par exemple, un patient étiqueté "adhésif " ou "agressif" peut inconsciemment être approché avec plus de distance ou de rigidité, ce qui impacte la qualité de la relation de soin (9).

Pour illustrer cela dans la culture populaire, le film Vol au-dessus d'un nid de coucou de Milos Forman, montre une institution psychiatrique où, les réunions avec les patients, menées par l'infirmière Ratched donnent rapidement une place bien définie à chaque patient. McMurphy est progressivement perçu comme un élément perturbateur, presque dangereux pour l'équilibre du service. Ce regard ne se construit pas seulement à partir de ses

comportements, mais aussi dans ce qui circule entre les soignants et dans le fonctionnement même de l'institution. Petit à petit, cette représentation devient une évidence collective. Le cadre paraît alors très rigide, laissant peu de place à la remise en question ou à une autre manière de voir le patient. Chacun semble enfermé dans un rôle figé avec des positions peu discutées.

Selon Moscovici, la représentation sociale permet de rendre intelligible ce qui dérange, de transformer l'inconnu en connu. Ici, l'attitude contestataire de Mc Murphy est perçue comme un symptôme que l'équipe soignante perçoit comme une menace pour l'ordre thérapeutique. Ceci va influencer les pratiques et peut aller jusqu'à des mesures de contention ou d'électrochocs. Le choix de la dynamique de soin s'oriente alors davantage vers le maintien de l'ordre institutionnel que vers la prise en charge de la souffrance. Le patient n'est plus considéré dans sa singularité, mais à travers l'étiquette qui lui est donnée (7).

Les travaux sur les biais cognitifs et les stéréotypes professionnels montrent que ces représentations se construisent au quotidien à travers ce qui est échangé entre collègues, les transmissions, les protocoles et même les histoires de service. L'infirmier apprend, par exemple, à catégoriser certaines attitudes et comportements de patients, ce qui peut faciliter le travail mais aussi renforcer des jugements préconçus (9).

Jean-Claude Abric explique que les représentations ont un noyau central avec des éléments autour, susceptibles d'évoluer avec l'expérience. Cela veut dire que certaines catégorisations peuvent s'ancrer durablement, mais qu'elles ne sont pas figées. Elles peuvent être discutées, déplacées, retravaillées au sein du collectif soignant (5).

Ainsi, la construction des représentations chez les infirmiers se situe au niveau de plusieurs dimensions: individuelles, collectives, institutionnelles et culturelles. Elles laissent une empreinte sur la manière d'exercer le métier, sur la manière dont le patient est perçu, mais en gardant une certaine souplesse si l'infirmier adopte une posture réflexive et consciente à condition qu'elles puissent être mises en mots, discutées et interrogées au sein du collectif soignant.

- **Etiquetage, stéréotypes et biais dans la relation de soin :**

En psychiatrie, les mots circulent vite. Parfois plus vite que les histoires des patients.
On entend : "il est adhésif ", "elle est manipulatrice", "lui, attention, il clive l'équipe". Il ne s'agit pas ici d'en vérifier la justesse, mais de reconnaître que ces mots participent à une construction collective de sens, comme évoqué précédemment. Ils permettent au groupe de se repérer, de nommer, d'organiser la compréhension des situations cliniques. Ils peuvent également contribuer à fixer certaines perceptions autour d'un patient.

Dans Stigmate, il est expliqué que le stigmate est une marque sociale qui réduit une personne à une caractéristique jugée déviante. La personne n'est plus perçue dans sa complexité mais à travers un attribut qui devient dominant. En psychiatrie, le diagnostic peut parfois jouer ce rôle. Le patient n'est plus seulement Monsieur A. avec son histoire, ses fragilités mais il devient "un borderline" , "un schizophrène", "un addict" (9).
Ce glissement peut être compris comme un processus où l'on catégorise les choses. Il ne relève pas forcément d'une intention négative, mais d'un besoin humain de donner du sens à la réalité, de l'organiser, de la rendre intelligible (6).

Les biais cognitifs viennent compléter ce tableau. "Le biais de confirmation" illustre bien ce phénomène : on va surtout remarquer ce qui confirme, ce qu'on pense déjà, et moins ce qui pourrait aller à l'encontre de ça. Si un patient est représenté comme "manipulateur", le soignant peut repérer plus facilement les comportements qui confirment cette perception, tandis que les gestes ou les attitudes plus nuancés passent parfois inaperçus (10). On peut citer également l'effet de Halo qui est un mécanisme de pensée qui influe sur la prise de décision des individus. C'est un biais cognitif, une influence positive ou négative ressentie par un individu sur une personne ou une chose en fonction d'une caractéristique spécifique (16). En psychiatrie, par exemple, une crise ou un passage à l'acte va colorer tout le reste, c'est -à -dire qu'ils deviendront une sorte d'identité du patient.

Quant à la catégorisation, c'est juste notre cerveau qui tente de ranger le monde pour aller plus vite et se repérer, mais avec le risque de simplifier des situations qui sont en réalité plus complexes. Cela correspond à un processus naturel de l'esprit humain qui organise et facilite la compréhension, mais qui, en contexte psychiatrique, peut influencer la façon dont le lien thérapeutique se construit (6;5).

Dans le soin en santé mentale, il est aussi rappelé que le soignant en psychiatrie est constamment exposé à l'intensité émotionnelle. Face à celle-ci, des mécanismes de défense peuvent se mettre en place : prise de distance, rigidification du cadre, ironie ou évitement. Ces réactions ne traduisent pas une erreur professionnelle, mais des stratégies humaines pour gérer la charge émotionnelle et garder une cohérence d'équipe, un fonctionnement stable du service (10).

La chronicité des soins accentue ces phénomènes. Voir revenir un patient plusieurs fois, assister à des rechutes, vivre des hospitalisations, tout cela peut générer de la lassitude. Certaines représentations peuvent alors se stabiliser, comme l'idée que "ce patient ne changera jamais", influençant la manière d'entrer en relation (12).

Le collectif soignant joue un rôle central : transmissions, discussions informelles et histoires de service participent à la construction d'une mémoire partagée. Ce n'est pas seulement pour se repérer ou se protéger, c'est aussi pour se sentir soutenu dans des situations parfois bouleversantes. Les histoires qu'on se raconte entre collègues, les anecdotes rapportées, les petits détails qui reviennent encore et encore, finissent par dessiner des contours autour du patient. Elles permettent à chacun de savoir à quoi s'attendre, comment ajuster sa présence, comment rester efficace tout en tenant compte de la charge émotionnelle. Mais ces mêmes récits peuvent renforcer certaines images, certaines perceptions qui deviennent presque des repères implicites (12;10).

Dans ce fonctionnement collectif, chaque soignant apporte sa couleur personnelle, son expérience, sa sensibilité, ses propres filtres émotionnels. Quand plusieurs regards se fixent sur une même caractéristique ou un même comportement, la représentation devient alors une référence partagée qui peut faciliter la coordination et la cohérence du soin, mais elle peut aussi s'ancrer sans qu'on s'en aperçoive réellement, imprimant subtilement des attentes ou des précautions à l'égard du patient, qui ne sont pas toujours verbalisées (8).

Les perceptions peuvent évoluer, se nuancer, se réajuster selon les rencontres, les expériences et les moments d'échange. Le collectif devient un miroir dans lequel chaque soignant se reconnaît, ajuste sa posture et peut parfois se questionner (8;10). Cette dynamique contribue à protéger l'équipe tout en maintenant une vigilance envers le patient. Elle rappelle que le soin est à la fois technique et profondément relationnel, toujours sensible au contexte et à la subjectivité de chacun (12).

Ainsi, l'étiquetage, les stéréotypes et les biais ne sont pas des problèmes dans le soin, ils font partie de la manière dont l'être humain tente de donner du sens à la complexité des interactions et à l'intensité émotionnelle du travail en psychiatrie (9;6;5). Les reconnaître permet de rester attentif, de garder la personne du patient visible derrière l'étiquette et d'ajuster sa posture pour que chaque rencontre conserve sa singularité (8).

C'est avec cette attention, cette vigilance continue à l'autre que commence la qualité du soin infirmier défini par Hesbeen et Merkling comme une présence ajustée, une écoute active, le respect de la singularité du patient et une coordination d'équipe avec une vigilance vis-à-vis des biais. A chaque instant, le professionnel peut se demander s'il rencontre encore la personne ou seulement l'étiquette.
Ces notions de représentations, d'étiquetage et de biais posent le cadre théorique qui permet de comprendre les spécificités rencontrées en psychiatrie adulte, expliquées dans la partie suivante.

- **Spécificité de la relation de soin en psychiatrie :**

La psychiatrie possède certaines particularités qui viennent parfois amplifier les phénomènes dont nous avons parlé précédemment. Les représentations, les étiquettes et les biais existent dans tous les domaines de soin, mais ils prennent une place souvent plus visible en psychiatrie; la relation soignant-soigné y est centrale. Dans ce champ, le soin ne repose pas uniquement sur des actes techniques, mais aussi sur une présence relationnelle et une capacité à entrer en lien avec la personne dans sa souffrance psychique. Comme le souligne Jacky Merkling, le soin en santé mentale est souvent décrit comme un soin relationnel, qui se construit dans les multiples moments d'interaction entre patients et équipe soignante au quotidien (10).

Dans cette spécialité, la rencontre ne se limite pas toujours à un moment de soin ponctuel, elle s'inscrit souvent dans une temporalité plus longue, faite de retours, de suivis répétés, parfois d'hospitalisations successives. Les infirmiers peuvent rencontrer les mêmes patients pendant plusieurs mois, parfois plusieurs années. Au fil du temps, une connaissance mutuelle s'installe avec des habitudes, des souvenirs qui circulent dans l'équipe, et certaines représentations peuvent progressivement se construire autour du patient. Dans les pratiques en santé mentale, les infirmiers développent une connaissance empirique des situations et des patients qui influencent leur manière d'agir et de se positionner (11).

Cette proximité peut être une richesse pour le soin. Elle permet d'affiner la compréhension de la personne, de repérer les signes de fragilité ou d'anticiper certaines situations. La relation thérapeutique peut alors se construire progressivement, au fil d'une trame qui favorise la confiance. Walter Hesbeen rappelle que la qualité du soin infirmier repose sur une présence ajustée, attentive à la singularité de la personne soignée et à l'importance de la dimension humaine de la rencontre (12).

Cependant, cette proximité relationnelle peut aussi rendre les perceptions plus sensibles aux expériences vécues dans les services. Les interactions répétées, les épisodes de crise ou les moments de tension peuvent laisser une empreinte dans la mémoire de l'équipe soignante et influencer la perception que l'on a du patient au fil du temps.
C'est là que l'on peut parler de stigmate : Erving Goffman montre que certaines caractéristiques peuvent progressivement devenir dominantes dans la perception d'une personne, au point de réduire l'individu à un attribut particulier. Le stigmate est alors une marque sociale qui vient altérer l'identité perçue d'un individu dans les interactions sociales(9).

C’est dans ce contexte particulier que peut apparaître un langage comme celui de “ patient adhésif “. Ces termes permettent parfois de décrire certains comportements ou des dynamiques relationnelles observées dans l’unité et d’aider à se repérer dans certaines situations.

Patient qualifié comme adhésif :

Dans le langage infirmier et soignant au sens plus large, ce terme est utilisé pour désigner un patient qui sollicite fréquemment les professionnels, recherche leur présence, pose des questions répétées ou éprouve des difficultés à rester seul. Il ne s’agit pas d’un diagnostic médical mais plutôt d’un mot utilisé entre soignants pour décrire une manière d’être en relation qui se construit dans l’interaction entre le patient et l’équipe soignante.
Plusieurs éléments peuvent contribuer à l’apparition de ce type de représentations.

La chronicité de certaines pathologies psychiatriques en fait partie : beaucoup de troubles psychiques évoluent dans la durée, avec des périodes d’amélioration et des moments de décompensation. Les hospitalisations peuvent alors se répéter et les infirmiers peuvent rencontrer plusieurs fois les mêmes patients au cours de leur parcours de soins. Cette répétition des situations peut favoriser la construction d’attentes ou d’anticipations autour de certains comportements (10;11).

La lassitude professionnelle peut également parfois apparaître au fil du temps. En effet, accompagner des patients en grande souffrance psychique, parfois confrontés à des rechutes ou à des demandes répétées, peut créer chez les soignants une sorte d’usure émotionnelle. Cette fatigue relationnelle n’est pas forcément un manque d’engagement, mais la réalité d’un travail où l’implication humaine est particulièrement importante(12;10).

Dans une telle complexité relationnelle, des mécanismes de défense peuvent se mettre en place. L’infirmier peut chercher à structurer, à donner un sens à la relation de soin en mettant une certaine distance ou à utiliser des mots partagés au sein de l’équipe afin de maintenir un équilibre émotionnel et de préserver la capacité à travailler collectivement (10).

Enfin, la dynamique institutionnelle peut aussi jouer un rôle. Les comportements d’un patient peuvent susciter des réactions différentes au sein de l’équipe. Certains professionnels peuvent se sentir particulièrement sollicités par le patient, tandis que d’autres prennent davantage de distance. Dans la littérature psychiatrique institutionnelle, ce phénomène est parfois décrit comme une forme de clivage, où les tensions relationnelles du patient peuvent se répercuter dans les positions prises par les membres de l’équipe (11;8).

Ainsi la qualification de “patient adhésif“ ne renvoie pas seulement à un comportement individuel. Elle est un ensemble d’éléments relationnels, émotionnels et institutionnels qui se construisent au fil du temps dans la rencontre entre un patient, une équipe et un contexte de soin.

Dans cette optique de travail, exercer le métier d’infirmier en psychiatrie demande un travail d’ajustement permanent. C'est-à-dire trouver un équilibre entre la disponibilité relationnelle, la protection de l’équipe et le maintien d’une attention à la singularité du patient.
Parler des représentations, d’étiquetage ou de biais, c’est comme parler d’une ombre qui se glisserait dans la relation de soin.

Dans ce contexte singulier, des mots émergent pour nommer ce qui se vit collectivement, sans jamais figer la personne derrière l’étiquette.

3.2.2 Le positionnement professionnel et la pratique réflexive

Travailler en psychiatrie, c’est marcher sur un fil entre proximité et distance. Chaque patient est unique, chaque rencontre demande d’adapter sa posture. Le positionnement professionnel, comme le décrit Walter Hesbeen, est une histoire de juste équilibre, c'est-à-dire être attentif et présent sans se perdre soi-même, rester engagé tout en étant capable de prendre du recul (12). Ce positionnement n’est pas inné, il se construit avec l’expérience, la réflexion, l’observation. Si on s’appuie sur le référentiel infirmier, celui-ci doit adopter une posture professionnelle adaptée, alliant compétence technique, engagement relationnel et une vigilance sur soi.

Les représentations qu’on se fait des patients influencent cette posture. Comme l’écrit Marie Rajablat, le soin en psychiatrie n’est jamais neutre, il est traversé par nos expériences, nos émotions et ce que l’on croit connaître du patient. Par exemple, l'étiquette adhésif peut amener à prendre de la distance ou à limiter certaines interactions, non pas par manque d’empathie, mais pour protéger l’équilibre de l’équipe. Ces représentations agissent comme un filtre en orientant l’attention, le jugement et parfois les décisions.

C’est là que la pratique réflexive devient indispensable : Marie Balas-Chanel définit la réflexivité comme la capacité à prendre du recul sur ses actions et soi-même, d’identifier les biais et de réinterroger ses habitudes. Elle ne dicte pas quoi faire mais ouvre un espace pour se questionner: pourquoi est-ce que je réagis ainsi ? Est-ce la demande du patient qui guide ma réponse, ou mon interprétation de sa manière d’agir ? Ce questionnement permet de se

recentrer sur l'essentiel, c'est -à -dire le patient, sa singularité et la relation que l'on construit avec lui.

Le collectif joue également un rôle central : les transmissions, les discussions informelles, les anecdotes de service, tout cela façonne notre manière de voir les choses, de les analyser. La vigilance est de savoir quand ces images collectives nous aident et quand elles risquent de nous enfermer. Comme vu précédemment avec Goffman, certaines caractéristiques ou comportements peuvent devenir des stigmates si on ne les questionne pas. La réflexivité permet de garder une posture consciente, d'éviter que le jugement collectif devienne un frein dans la relation.

Walter Hesbeen parle de posture ajustée qui se traduit concrètement dans le quotidien par savoir dire "oui" ou "non", accompagner un patient tout en respectant le cadre institutionnel, écouter sans se laisser submerger par les émotions et rester attentif à ses propres réactions. Il insiste sur la qualité du soin qui repose sur cette présence ajustée, rigoureuse et humaine. Merkling ajoute que cette posture s'affine avec l'expérience et les interactions répétées, car chaque patient et chaque situation demandent de réadapter en permanence son engagement (10).
Le positionnement professionnel ne se limite pas à un rôle statique. Il se construit et se régule avec le patient, à son contact, sous l'influence des représentations personnelles et collectives, tout en s'appuyant sur le cadre institutionnel et le collectif. La posture ajustée, imprégnée de pratique réflexive permet de maintenir une relation de soin de qualité, respectueuse et unique pour chaque patient, malgré la complexité des situations et de l'intensité émotionnelle du travail en psychiatrie.

3.2.3 La place des émotions dans la relation de soin

Dans la relation de soin, les émotions ne sont jamais très loin. Elles concernent le patient et les soignants. La rencontre avec la souffrance psychique, les demandes répétées, les moments de crise, mais aussi les instants plus apaisés peuvent susciter des réactions variées chez les infirmiers: inquiétude, empathie, fatigue, parfois même un sentiment d'impuissance. Ces émotions font partie du paysage de soin.
Marie Rajablat, à travers son expérience, nous rappelle que le soin infirmier est avant tout une rencontre entre deux personnes, chacune avec son histoire, son vécu, sa sensibilité. Sachant cela, la relation de soin ne peut jamais être totalement neutre. Elle est forcément empreinte de subjectivité et d'émotion, ce qui participe à la manière dont on perçoit la situation clinique. Les émotions peuvent aussi modifier l'interprétation des comportements, la manière d'entrer en relation ou aussi de poser un cadre dans la prise en charge.

En santé mentale, comme l'explique Jacky Merkling, la pratique infirmière en psychiatrie implique une proximité relationnelle importante avec les patients, parfois confrontés à une souffrance psychique intense. L'infirmier est amené à accueillir cette souffrance tout en gardant une stabilité intérieure pour maintenir un lien sécurisant et contenant (10).
Walter Hesbeen rappelle de son côté que la qualité de soin infirmier repose sur une présence ajustée auprès du patient. Une présence attentive à ce qui se joue dans la relation, y compris sur le plan émotionnel, en gardant un positionnement professionnel qui permet de rester disponible sans se laisser submerger (12).

Le positionnement professionnel peut se résumer ainsi :

-Avoir conscience de ses propres émotions et réactions face aux patients (15)
-Adopter une posture cohérente qui respecte le cadre institutionnel et sécurise le patient.
- Savoir combiner des compétences techniques et avoir un engagement relationnel tout en gardant une vigilance sur ses biais et sur d'éventuels jugements implicites (8).

Les émotions font partie intégrante du travail en psychiatrie, elles donnent des indices. Au-delà du fait qu'elles soient bonnes ou mauvaises, elles peuvent influencer le jugement et la façon d'entrer en relation. Il s'agit donc de les reconnaître: ainsi, l'infirmier peut les comprendre , les réfléchir, en se laissant guider par la prise en soin et non par celles-ci.
Reconnaître ses émotions, c'est déjà un pas vers une pratique sécurisante pour le patient et protectrice pour soi. Cela permet de garder la tête froide dans les situations difficiles, de garder un lien stable et de rester professionnel face à la souffrance et à l'agitation (12,10).

La pratique réflexive devient alors un outil, elle va permettre à l'infirmier de prendre le temps pour réfléchir à ce qu'on a fait, ce qu'on ressent et pourquoi on agit ainsi. Elle aide à mettre des mots sur ce qu'on ressent, à comprendre pourquoi certaines situations déclenchent de l'inquiétude ou de la fatigue, et ajuster sa posture en conséquence (15). Ce n'est pas juger, mais observer et se questionner:«qu' est-ce que je ressens? Pourquoi? Comment rester centré sur le patient? (15).

En santé mentale, cela veut dire que l'infirmier peut accueillir la souffrance psychique sans être dépassé, rester disponible, cohérent et sécurisant. La réflexivité permet de transformer ses émotions en repères afin de mieux agir, d'ajuster sa pratique, plutôt que de les subir. Elle participe à une relation de soin de qualité, ajustée, dans le respect de chacun et ajustée aux besoins du patient. (8,12,15).

Ainsi, émotions et pratique réflexive ne rentrent pas en conflit, elles se complètent pour étayer un positionnement professionnel solide, attentif à l'autre et conscient de soi. Ceci dans un cadre institutionnel et éthique structurant le soin en psychiatrie (8,12).

4. PHASE EXPLORATOIRE DE TERRAIN

4.1 Choix du terrain et de la population cible

Ayant plusieurs contacts au sein de l'hôpital psychiatrique dans lequel j'ai réalisé de nombreuses vacations en tant qu'aide-soignante, j'ai pu facilement entrer en lien avec des infirmiers et infirmières pour leur proposer de participer à mes entretiens. Ils ont rapidement accepté de se prêter à l'échange qui a été fluide, riche et étayant au regard de ma thématique de départ.

J'ai rencontré des professionnels aux parcours variés : certains expérimentés, de jeunes diplômés et un infirmier du pool. Ce dernier m'a particulièrement intéressé car il intervient dans différents services de l'hôpital ce qui lui donne une vision plus large des situations et des équipes.

IDE 1 : Lieu d'exercice : Unité de gérontopsychiatrie / Âge : 33 ans / 9 ans d'expérience en psychiatrie
IDE 2 : Lieu d'exercice: Pool, c'est à dire, qui exerce sur tous les services de l'hôpital, principalement en psychiatrie adulte / Âge: 38 ans / 5 ans d'expérience
IDE 3 : Lieu d'exercice : Unité de psychiatrie adulte / Âge : 24 ans / 2 ans d'expériences
IDE 4 : Lieu d'exercice : Unité de psychiatrie adulte / Âge : 29 ans / 6 ans d'expériences
IDE 5 : Lieu d'exercice : Unité de psychiatrie adulte / Âge : 38 ans / 11 ans d'expériences

4.2 Choix des outils de recherche

Pour explorer la construction des représentations que les infirmiers se font des patients en psychiatrie, j'ai choisi d'utiliser un questionnaire qualitatif et des entretiens semi-directifs.
Le questionnaire qualitatif permettra d'avoir divers points de vue sur le travail quotidien des infirmiers, sur les situations qui les interpellent et leurs perceptions des patients. Les questions ouvertes donnent aux personnes questionnées la possibilité de partager des exemples concrets et des ressentis personnels.
Les entretiens semi-directifs permettront d'approfondir certains questionnements afin d'éclairer des situations pour comprendre le processus qui peut se cacher derrière les

représentations et la pratique réflexive. La trame d'entretien reste souple afin que l'échange soit le plus spontané possible et puisse laisser place aux anecdotes qui reflètent la réalité du terrain.
En combinant les deux méthodes, nous pourrons nous rapprocher de la diversité des expériences et plonger dans la profondeur du vécu professionnel.
Les professionnels interrogés sont tous issus d'un même établissement hospitalier psychiatrique de Lyon, de divers services.

4.3 Présentation des résultats de l'enquête

⇒ Représentations des qualificatifs en psychiatrie

Au fil des entretiens, plusieurs idées sont revenues de façon assez spontanée chez les IDE interrogés. Même si chacun avait sa manière de raconter les situations et son propre ressenti de la psychiatrie, certains points se retrouvaient presque systématiquement dans les échanges.

Dès la première question autour des termes "adhésif", "manipulateur" ou encore "violent", les cinq IDE ont évoqué des mots très présents dans les services psychiatriques. Pour certains, ces qualificatifs servent surtout de repères dans la prise en charge infirmière. L'IDE 1 explique par exemple que même si certains termes peuvent paraître jugeants, ils permettent aussi aux équipes de poser un cadre, d'anticiper certaines difficultés ou encore de mieux comprendre certaines interactions. Elle parle aussi du besoin parfois de déposer ce que les situations provoquent émotionnellement chez les soignants.

L'IDE 2 apporte un regard un peu différent. Elle associe davantage ces qualificatifs à des symptômes, à la souffrance psychique, tout en restant vigilante au risque d'enfermer le patient dans une étiquette. Elle prend l'exemple d'un patient dit "adhésif" qui pourrait simplement être très angoissé ou en demande de lien.

Chez l'IDE 3, on retrouve surtout l'idée d'adaptation. Elle explique qu'elle préfère découvrir les patients par elle-même sans trop se laisser influencer par le dossier ou les transmissions. Même si certaines situations demandent de la vigilance, elle essaye de garder une rencontre la plus "neuve" possible avec le patient.

Les IDE 4 et 5 reviennent davantage sur l'aspect péjoratif de ces termes. Toutes les deux parlent d'étiquettes qui peuvent parfois coller rapidement au patient dès son arrivée dans le service. L'IDE 4 décrit notamment la fatigue que peuvent provoquer certaines relations très prenantes au quotidien, tandis que l'IDE 5 nuance en rappelant que ces comportements peuvent évoluer assez vite selon l'état psychique du patient.

⇒ Vécus autour du patient dit adhésif :

Quand les IDE racontent des situations concrètes de patients qualifiés d'"adhésifs", on retrouve souvent cette idée d'une relation qui finit par prendre beaucoup de place dans le soin. L'IDE 1 parle par exemple d'une patiente très angoissée qui sollicite constamment l'équipe au point de devenir "chronophage et énergivore". L'IDE 2 évoque plus une recherche de présence ou de lien derrière les demandes répétées de certains patients.

⇒ Ressenti émotionnel des IDE :

Les IDE 1, 4 et 5 parlent, elles aussi, d'une fatigue relationnelle qui peut s'installer progressivement au fil du poste. Tous les trois parlent, chacun à leur manière, des moments où la relation devient plus difficile à porter émotionnellement. L'IDE 1 dit avoir besoin de préserver un positionnement professionnel ajusté quand elle sent que certaines situations commencent à trop l'irriter. L'IDE 4 décrit surtout une relation "énergivore", avec parfois le sentiment de ne plus réussir à apporter quelque chose d'apaisant au patient après plusieurs heures. De son côté, l'IDE 5 exprime une forme de frustration ou d'impuissance lorsque, malgré plusieurs tentatives, aucune réponse ne semble suffire pour calmer ou rassurer la personne.

⇒ Adaptation et passage de relai :

Tous les IDE expliquent aussi ajuster leur manière d'agir selon les situations rencontrées. Certains parlent beaucoup du cadre et des limites à poser dans la relation de soin et d'autres évoquent plus le besoin de prendre du recul, de réfléchir après coup ou encore de déléguer à d'autres soignants lorsqu'ils sentent que la relation devient trop difficile à porter seuls.

Les IDE 1, 4 et 5 insistent sur la nécessité de passer le relais à un collègue lorsque la relation devient trop lourde émotionnellement ou lorsqu'ils sentent qu'ils atteignent leurs limites. L'IDE 1 parle d'un besoin de préserver un positionnement professionnel ajusté et de rester disponible sans se laisser déborder. L'IDE 4 décrit surtout une fatigue relationnelle qui finit par épuiser l'infirmier au fil de la journée. De son côté, L'IDE 5 parle d'une forme de frustration ou d'impuissance pouvant parfois influencer la façon de répondre à un patient.

⇒ Influence des transmissions et des relèves :

La question des transmissions revient énormément dans les entretiens. Tous reconnaissent que les relèves, les dossiers patients ou encore les échanges entre collègues influencent forcément la première représentation que l'on se fait d'un patient. L'IDE 1 parle même d'une première "photo" du patient avant la rencontre réelle.

Malgré cela, plusieurs IDE expliquent essayer de garder leur propre regard clinique afin de ne pas rester uniquement sur ce qui a été transmis par les autres professionnels. L'IDE 3 insiste sur l'importance de l'observation et du contact réel avec le patient ; L'IDE 4 reconnaît quant à elle que certaines relèves marquent forcément la première rencontre, surtout lorsqu'un patient est déjà connu du service.

⇒ Circulation des représentations dans l'équipe :

Enfin, tous les entretiens montrent que ces représentations circulent constamment au sein des équipes , parfois dans les temps formels comme les relèves, mais aussi dans des moments beaucoup plus informels du quotidien. Plusieurs IDE parlent d'échanges permanents autour des situations rencontrées, avec parfois des perceptions différentes d'un même patient selon les soignants.

Malgré les émotions que font émerger ces situations, les premières impressions ou certaines étiquettes, les cinq professionnels interrogés reviennent finalement sur l'importance du travail d'équipe, de la remise en question et de l'observation clinique afin d'essayer de maintenir une relation de soin la plus adaptée possible.

5. ANALYSE CORRÉLATIVE

5.1 Les représentations professionnelles comme repères collectifs

Avant de commencer ce travail, j'avais tendance à voir les représentations professionnelles comme quelque chose de forcément négatif, presque comme une erreur dans le soin ou une forme de mauvais positionnement. Pourtant, les entretiens ont nuancé cette vision de manière assez importante. Les échanges avec les professionnels montrent que ces représentations ne sont pas uniquement des jugements ou des étiquettes figées. Elles servent aussi de repères dans le quotidien des soins, particulièrement en psychiatrie où les situations relationnelles peuvent être très mouvantes, intenses ou parfois difficiles à contenir émotionnellement.

Les qualificatifs comme "adhésifs", "manipulateurs" ou "violents", revenus rapidement dans les entretiens, illustrent bien cette idée. Ces mots circulent dans les transmissions, dans les discussions informelles, et permettent souvent aux soignants de partager une première compréhension d'une situation clinique. Ils deviennent une manière de transmettre une ambiance relationnelle, une vigilance ou une difficulté rencontrée dans la prise en soin d'un patient. Cela rejoint les travaux de Serge Moscovici qui explique que les représentations sociales correspondent à des formes de connaissances construites collectivement afin de rendre une réalité plus compréhensible. En effet, face à des situations complexes, l'être humain cherche naturellement à organiser ce qu'il perçoit afin d'agir, de communiquer et de se repérer plus facilement.

Au départ, je voyais surtout ces termes comme quelque chose qui enferme un peu le patient dans une case, comme si un mot pouvait résumer toute une personne. J'avais presque l'impression que ça écrasait tout le reste : l'histoire, la singularité, le lien. Mais en avançant dans les entretiens, cette vision s'est quelque peu ouverte ou déplacée. Ce que les professionnels disent, c'est que ces mots ne servent pas seulement à "coller une étiquette". Ils circulent surtout entre soignants, dans les transmissions ou les échanges rapides du

quotidien, et permettent de dire en quelques mots ce qui se joue dans la relation. Une sorte de raccourci pour transmettre une ambiance, une difficulté ou même une vigilance particulière autour d'un patient.

Et finalement , ça change un peu le point de vue car les représentations ne parlent pas seulement du patient, elles disent aussi quelque chose de ce que l'IDE vit sur le moment. Elles deviennent une manière de partager ce qui peut être lourd, flou ou difficile à porter seul. Elles revêtent une fonction de repère dans l'équipe. Elles circulent, se transforment, aident à se comprendre entre collègues quand les situations sont complexes ou chargées émotionnellement. C'est mettre des mots sur une réalité clinique parfois difficile à dire autrement.

Marie Rajablat permet d'éclairer ça assez justement en rappelant que le soin n'est jamais totalement neutre. Chaque soignant arrive avec son vécu, son histoire, ses émotions, et tout ça influence forcément la perception que l'infirmier va avoir du patient. Donc la représentation qu'on se fait de quelqu'un n'est jamais "pure", elle se construit entre ce qu'on est soi et ce qui circule dans l'équipe autour de nous.

Mais ce qui m'a aussi marquée dans les entretiens, c'est que ces représentations ne restent pas figées. Plusieurs professionnels expliquent qu'ils essaient justement de ne pas se limiter à ce qui est transmis en relève. Ils observent, ajustent, évaluent au contact du patient. Et ça rejoint ce que décrit Serge Moscovici: les représentations ne sont pas fixes, elles bougent avec les expériences, les rencontres et parfois se transforment complètement quand la réalité vécue vient bousculer ce qui avait été imaginé.

Denise Jodelet complète cette idée en rappelant que ces représentations servent à donner du sens à ce qui est vécu au quotidien et à réduire l'incertitude, surtout dans des contextes comme la psychiatrie où tout n'est pas immédiatement lisible. Et de ce que je comprends à travers les entretiens, elles jouent vraiment ce rôle-là, ce rôle de repère, de partage, de lecture commune, parfois même de se sentir soutenu dans des situations relationnelles complexes.

Dans ma situation d'appel, ça m'a frappé assez directement avec Monsieur M. Le mot "adhésif" était déjà là avant même que je le rencontre. Il circulait dans l'unité, un peu comme une évidence. Et pourtant, la manière dont j'ai vécu la relation avec lui venait nuancer cette image. Quand le cadre était posé (les règles du service, les limites d'accompagnement, les repères de la journée), la relation pouvait être contenante, plutôt fluide, loin de ce que le mot laissait imaginer au départ. Ce décalage touche une thématique importante, celle du cadre

institutionnel, tel que décrit par Hesbeen, qui n'est pas seulement un ensemble de règles à appliquer mais qui vient soutenir la relation, sécuriser les professionnels comme les patients, et permet justement que la rencontre puisse exister sans être uniquement guidée par ce qui a été dit ou transmis avant. Dans ce sens, le cadre agit un peu comme un appui qui permet de ne pas rester enfermé dans une représentation déjà construite.

C'est aussi ce que souligne Marie Rajablat lorsqu'elle décrit le soin comme une rencontre qui ne peut jamais être totalement anticipée ni figée. Même si des représentations circulent, même si des mots existent pour tenter de "dire" la relation, la réalité vient toujours réintroduire une part d'inattendu, de singulier. Dans la situation d'appel, cette rencontre avec Monsieur M' a justement permis de remettre du vivant là où le terme " adhésif " pouvait laisser croire à quelque chose de plus fermé.

Au fond, cela évoque une forme d'ambivalence car ces représentations aident à s'approprier des situations, à se comprendre entre professionnels, mais, en même temps, elles peuvent aussi arriver avant la personne elle-même et prendre trop de place dans la relation soignant-soigné.

5.2 L'influence des étiquettes sur la relation de soin

Dans les entretiens, les qualificatifs utilisés en psychiatrie apparaissent comme très présents dans le quotidien des soins. Les termes comme " adhésif ", ou autre reviennent régulièrement dans les transmissions et les échanges entre professionnels. Ils sont décrits comme faisant partie du langage du service, sans forcément être utilisés de manière figée ou systématique, mais plutôt comme des repères dans la compréhension des situations.

Pour plusieurs soignants, ces mots permettent avant tout de gagner du temps et de partager rapidement une compréhension globale d'une situation. Ils servent à transmettre rapidement une sorte de dynamique dans la relation ou de vigilance particulière autour d'un patient. Ce rôle rejoint les travaux de Serge Moscovici, pour qui les représentations sociales sont des avoirs qui se construisent collectivement et qui permettent d'organiser la réalité et de faciliter la communication au sein d'un groupe.

Les entretiens montrent aussi que ces étiquettes peuvent influencer la manière d'aborder le patient dès la première rencontre, elles ne restent pas neutres. Certains IDE expliquent que "l'étiquette" transmise en relève peut orienter, même inconsciemment, la posture initiale. Cela peut créer comme une attente ou une forme de lecture en amont de la situation avant même l'échange avec la personne. Cette dimension fait écho aux travaux d'Erving Goffman

sur le stigmate, où une caractéristique dominante peut petit à petit prendre le pas sur la singularité de la personne et de la relation qui se construit avec lui.

Certains IDE expriment justement une volonté de ne pas se limiter aux transmissions et de réajuster leur perception au contact du patient. Ils insistent sur l'importance de l'observation clinique et de la rencontre réelle qui peut venir nuancer ou changer la représentation initiale. Cela rejoint les mécanismes de biais de confirmation dont on a parlé dans le cadre théorique, où une représentation préexistante peut influencer la façon dont sont perçus les comportements du patient.

Dans ma situation d'appel, on a pu voir apparaître cette dynamique de manière assez concrète autour de Monsieur M. En effet, le qualificatif qui lui a été attribué, déjà présent dans les transmissions, a influencé la façon dont le lien pouvait être anticipé. Pourtant, dans la réalité de la journée, la relation s'est aussi construite autrement. Quand le cadre a été posé de façon claire et stable, il a pu entendre les limites et respecter des temps d'activités plus apaisés. Cela montre que la relation ne se réduit pas uniquement à l'étiquette, même si au départ, celle-ci peut influencer notre regard soignant.

Enfin, les entretiens montrent que le cadre institutionnel joue un rôle dans la façon dont on utilise certains mots. Il y a par exemple une situation où un terme utilisé en transmission écrite à été retiré à la demande d'un cadre de santé. Cela montre que les mots ne sont pas anodins et qu'ils peuvent être repris, discutés, voire corrigés quand ils risquent de figer trop vite un patient dans une image. Dans ce sens, le cadre ne sert pas seulement à organiser le service, il pose une forme de vigilance sur ce qu'on dit et comment on parle des patients. Il aide à garder en tête que derrière les mots, il y a toujours une personne, avec sa singularité, comme le rappelle Hesbeen, pour qui la qualité du soin repose aussi sur cette attention portée à la singularité du patient au-delà des catégorisations rapides.

5.3 Le poids du collectif et des transmissions

Dans les échanges avec les infirmiers, il apparaît assez clairement que les représentations ne restent jamais " dans la tête d'un soignant ", elles vivent surtout dans le collectif, et particulièrement lors des transmissions, les relèves. C'est là que les mots se déposent, se reprennent, et finissent par devenir parfois une sorte de lecture partagée du patient.

Les transmissions ne servent pas seulement à informer, mais elles construisent aussi une compréhension commune des situations, un peu comme une mémoire d'équipe. Quand une situation est complexe, quelques mots suffisent à poser un cadre de lecture rapide, qui va

orienter la prise en charge du patient. C'est ce que décrivent Serge Moscovici et Denise Jodelet en expliquant que les représentations se fabriquent dans les échanges, elles ne sont pas individuelles mais bien construites à plusieurs, dans la circulation des discours et aussi des pratiques.

Ce que montrent ces échanges, c'est que le collectif peut influencer très concrètement la façon d'entrer en relation avec un patient. Même sans s'en rendre compte, ce qui a été dit avant peut colorer le premier contact, comme une sorte de filtre initial. On n'aborde pas forcément une situation de manière neutre, surtout quand une représentation circule déjà dans l'équipe.

Mais en même temps, les IDE interrogés ne sont pas dans une logique passive. Plusieurs expliquent qu'ils essaient de remettre du concret dans la rencontre, en allant vérifier sur le terrain, au contact du patient, ce qui est vrai ou non dans ce qui a été transmis. Il y a donc du mouvement entre ce qui circule dans l'équipe et ce qui se joue réellement dans la relation. C'est là que l'idée de Walter Hesbeen prend du sens sur le fait que le collectif est nécessaire, il structure, il sécurise et aide à penser ensemble sans prendre toute la place. Le soin reste aussi une rencontre singulière, qui oblige à ajuster ce qui avait été construit en amont.

On voit aussi dans ces entretiens que le collectif peut être soutenant. Il permet de ne pas être seul face à certaines situations, de partager des ressentis, de donner du sens à des prises en charge souvent questionnantes. Mais ce soutien est en équilibre avec le fait, que, plus une représentation est partagée, plus elle peut devenir "évidente", donc moins interrogée.

5.4 Les émotions et l'ajustement professionnel

En analysant les entretiens, on sent assez vite que les émotions prennent une vraie place dans le soin en psychiatrie, même si elles ne sont pas toujours nommées directement. Derrière certaines façons de parler des patients ou des situations, il y a souvent une part de ressenti du soignant, comme de la fatigue relationnelle, de la tension, parfois de l'agacement, mais aussi de l'attachement ou de l'empathie. Plusieurs infirmiers expliquent d'ailleurs que certaines prises en charge marquent plus que d'autres, surtout quand la relation devient très présente, répétitive ou émotionnellement prenante.

Ce qui ressort surtout, c'est que ces émotions ne restent pas à côté du soin. Elles influencent la relation et le positionnement face au patient. Certains professionnels disent par exemple

qu'ils doivent prendre de la distance, reposer le cadre ou réadapter leur posture quand ils sentent qu'une situation les atteint trop émotionnellement. D'autres expliquent au contraire que montrer simplement qu'on est touché, ou reconnaître une émotion avec sincérité, peut parfois apaiser la relation. Il ressort que l'authenticité dans la relation soignant-soigné peut devenir contenante, plusieurs reviennent finalement à cette même idée : "on reste avant tout humains".

Cela nous ramène à ce que décrit Marie Rajablat. Elle explique que le soin n'est jamais totalement neutre ni purement technique, car l'infirmier s'engage forcément avec son vécu, ses émotions et sa sensibilité. Dans les entretiens, cela apparaît clairement car ils/elles ne parlent pas d'émotions comme d'un problème, mais plutôt comme de quelque chose à reconnaître et à ajuster pour garder un positionnement professionnel adapté.

Les échanges montrent que les représentations construites autour des patients sont souvent liées à ce que les situations font vivre émotionnellement aux équipes. C'est là que les travaux de Denise Jodelet prennent sens. Pour elle, les représentations ne sont pas seulement des idées ou des catégories "froides". Elles se construisent aussi à partir du vécu, des affects et de ce que les professionnels traversent ensemble dans le quotidien. Au fil des entretiens, on voit certains mots utilisés autour des patients qui semblent justement servir à mettre du sens sur des relations, et à décharger un trop-plein émotionnel.

Aucun professionnel n'a une façon d'être fixe ou automatique. Au contraire, ils décrivent un ajustement permanent en étant parfois plus fermes, parfois laisser davantage de souplesse, parfois prendre du recul pour ne pas répondre sous le coup de l'émotion. Cela rejoint assez bien ce que décrit Joan Merkling autour de la posture infirmière en psychiatrie, où le soin relationnel demande un équilibre constant entre proximité, cadre, écoute et protection du lien thérapeutique.

Finalement, ce que montrent les entretiens, c'est que les émotions ne sont pas opposées au professionnalisme. Elles font partie du soin, à condition qu'elles puissent être reconnues , pensées et ajustées dans la relation. En psychiatrie, où la rencontre avec l'autre est particulièrement engagée, ce travail d'ajustement semble occuper une place centrale dans la pratique infirmière.

5.5 La pratique réflexive comme outil d'ajustement

Ce qui apparaît dans les échanges autour de cette thématique, c'est que les infirmiers ne restent pas uniquement dans une réaction à chaud face aux situations. Concernant les

étiquettes attribuées aux patients et l'impact qu'elles peuvent avoir sur la relation de soin, plusieurs professionnels évoquent au contraire un travail de réflexion et de réajustement autour de leurs ressentis, de leurs perceptions et de leur manière d'entrer en relation avec le patient.
Certains expliquent par exemple qu'ils essayent de comprendre pourquoi un patient les met en difficulté en étant très "envahissant" par exemple le fait de réfléchir à ces réactions permet de ne pas rester uniquement dans un comportement instinctif ou dans une représentation qui finirait par devenir automatique. C'est là que la pratique réflexive prend vraiment son sens.

Armelle Balas-Chanel décrit justement la pratique réflexive comme un travail qui permet au soignant de revisiter son expérience pour mieux comprendre ce qui influence sa pratique. L'idée n'est pas seulement de corriger ce qui n'a pas fonctionné, mais plutôt d'analyser ce qui se joue dans la relation, ce qui a été ressenti pensé, projeté sur le patient et d'avoir des outils pour agir différemment lors d'autres interactions. Elle montre aussi que cette réflexion aide le professionnel à ajuster sa posture au lieu de rester enfermé dans des habitudes ou des réactions répétitives. Et dans les entretiens, on retrouve vraiment cette idée-là. Il ressort que le fait de reparler des situations ou de les repenser après coup leur permet de modifier leur regard sur le patient et parfois même de comprendre différemment certains comportements.

Les échanges en équipe semblent aussi avoir une place importante dans cet ajustement. Certains infirmiers disent que le regard d'un collègue peut venir nuancer une représentation devenue trop présente ou trop évidente dans le quotidien du service. Cela permet de remettre du mouvement dans un mécanisme qui semblait figé autour d'une étiquette ou d'un ressenti partagé par tout le collectif.

Cette dynamique rejoint aussi ce que développe Marie Rajablat quand elle rappelle que le soin reste une rencontre humaine dans laquelle le soignant doit continuellement ajuster sa posture entre ce qu'il ressent personnellement, ce qu'il comprend du patient et le positionnement de ses collègues qui peut être différent; la pratique réflexive devient un outil qui permet de garder une souplesse dans la relation de soin. Elle sera un outil de soin pour les interactions soignant-soignés puisque chaque réflexion sur une situation enrichira la relation suivante. Elle apparaît comme un appui pour continuer à penser le soin et ne pas fonctionner uniquement à partir des habitudes , des relèves ou des représentations déjà installées.

Éléments nouveaux :

Parmi les éléments qui sont apparus de manière plus secondaire dans les échanges, deux points ressortent: la violence et la fonction de décharge émotionnelle décrite ici comme quelque chose qui va aider à “poser” ce que le soignant vit lorsqu’il utilise des “étiquettes” pour parler d’ un patient.

Sur la violence, ce n’était pas le sujet de départ et elle n’a pas été abordée, mais elle apparaît tout de même dans un des entretiens. Elle est racontée spontanément lors d’une réponse alors que la question était de demander ce que la situation vécue et évoquée avec un patient dit “adhésif” faisait émerger émotionnellement. Finalement, la thématique de la violence s’est imposée ici comme une nécessité de déposer une histoire traumatique. Cela rappelle que la psychiatrie peut ramener à ce vécu là, puisque la souffrance peut amener à des débordements, des violence, c’est un élément latent en hôpital psychiatrique. Les soins, le cadre, les thérapeutiques, permettent de contenir et de comprendre celle-ci au mieux et l'apaisent parfois, mais il peut y avoir des patients qui décompensent, qui sont en grande souffrance psychique ou qui se mettent en colère face à leur situation difficile; Ils peuvent mettre à mal les prises en charge et effrayer le personnel soignant en se montrant violents en effet.
Ce thème peut donc surgir très vite, il reste sensible et est présent dans le vécu de nombreux professionnels.

L’autre point, c’est ce que les entretiens laissent entendre autour du fait d’étiqueter les patients. Quand ils sont résumés par une représentation ou un qualificatif dans les transmissions, ça ne sert pas seulement à aller plus vite ou à se comprendre entre collègues, cela peut aussi permettre de déposer quelque chose de ce que la situation fait vivre; En mettant un mot sur un patient très envahissant, il y a comme une manière de la rendre un peu plus partageable dans l’équipe, et donc un peu moins lourde à porter seule. Ce n’est pas quelque chose de formalisé, ni forcément conscient, mais cela ressort comme une façon de décharger afin de peut être prendre du recul et mettre de la légèreté dans la prise en charge d’un patient très demandeur.

Finalement, cette analyse montre que les représentations, les étiquettes et les échanges d’équipe ne sont pas de simples outils de communication. Ils influencent la manière dont les situations prennent sens, dont les soignants rencontrent les patients et ajustent leur posture au fil du quotidien. Les infirmiers sont en équilibre entre les repères collectifs, leur vécu émotionnel et la singularité des patients. La relation soignant-soignée se construit dans cet

équilibre vivant, parfois fragile mais toujours en mouvement.

6. Synthèse de l'analyse :

En avançant dans ce travail, ma vision des représentations professionnelles a progressivement changé. Au départ, j'y voyais surtout quelque chose qui risquerait d'enfermer le patient dans une image réductrice et d'abîmer la relation de soin. Pourtant, les entretiens ont montré une réalité beaucoup plus ouverte et nuancée. En psychiatrie, ces représentations semblent aussi aider le corps infirmier à partager une compréhension commune et à mettre des mots sur des vécus parfois difficiles à porter seuls.

Les échanges ont aussi montré que ces représentations ne restent jamais totalement à distance de la prise en charge. Elles influencent la manière d'aborder le patient, parfois avant même la rencontre réelle. Mais ce qui m'a particulièrement marquée, c'est que les professionnels semblent avoir conscience de ce risque. Beaucoup parlent finalement d'un travail d'équilibre entre ce qui circule dans les transmissions, ce qu'ils ressentent eux-mêmes et ce qu'ils découvrent réellement au contact du patient. Comme si la rencontre venait toujours remettre du mouvement là où une représentation pouvait devenir trop fixe.

Au fil de cette analyse, la pratique réflexive a pris une place centrale dans la réflexion. Les infirmiers rencontrés décrivent rarement des réactions automatiques. Au contraire, ils parlent souvent de recul, de réajustement, de questionnement autour de leurs ressentis ou de leurs façons d'être en lien. Cela donne l'impression que le soin en psychiatrie demande une forme de vigilance dans la relation à l'autre.

Les émotions occupent aussi une place importante dans ce travail. Ce qui ressort des entretiens, c'est qu'elles ne sont pas forcément vues comme un obstacle au professionnalisme. Elles semblent plutôt faire partie intégrante du soin relationnel, à condition qu'elles puissent être reconnues, pensées et contenues. Plusieurs infirmiers évoquent d'ailleurs l'importance d'accepter cette part humaine dans la relation, sans chercher à devenir totalement neutre. Certains parlent même du fait d'être sincère avec le patient quand une situation touche émotionnellement, tout en gardant un cadre sécurisant et professionnel. Cette thématique vient questionner une vision du soin où le soignant devrait ne rien laisser paraître pour être "professionnel".

Ce travail a aussi permis de comprendre que derrière certaines étiquettes ou certains mots

utilisés dans les équipes, il y a parfois autre chose qu'un simple jugement. On sent que cela peut aussi devenir une façon de déposer une fatigue relationnelle, une tension ou un vécu émotionnel devenu trop lourd ou usant. Les représentations semblent alors avoir une fonction plus subtile et complexe qu'il n'y paraît au premier regard.
Finalement, cette réflexion montre à quel point la relation de soin en psychiatrie ne peut pas être quelque chose de figé. Elle se construit dans un mouvement permanent entre le cadre, les émotions, le collectif, les représentations et surtout la singularité de chaque rencontre.

7. PROBLEMATIQUE et HYPOTHESE

Tout ce travail d'analyse a progressivement déplacé ma réflexion de départ. Au fur et à mesure des entretiens, des lectures et des liens avec la situation d'appel, il est apparu que les représentations professionnelles ne sont ni entièrement évitables, ni complètement figées. Elles circulent dans les équipes, influencent parfois la relation de soin, mais peuvent aussi être questionnées, retravaillées et ajustées dans la pratique infirmière. Ce qui nous amène à nous interroger sur la façon dont l'infirmier peut continuer à rencontrer le patient dans sa singularité, malgré les représentations déjà présentes autour de lui.

°PROBLÉMATIQUE⇒ Dans un contexte où les représentations professionnelles circulent fortement au sein des équipes en psychiatrie, comment l'infirmier peut-il maintenir une relation de soin centrée sur la singularité du patient ?

°HYPOTHÈSE⇒ En psychiatrie, les représentations et les étiquettes semblent faire partie du quotidien des équipes soignantes et influencent forcément la rencontre soignant-soigné. Mais quand les infirmiers prennent du recul sur ce qu'ils ressentent, mettent en mots leur vécu et échangent en équipe, cela permettrait de ne pas rester figé sur une première impression. Ce travail d'ajustement favoriserait alors une rencontre plus authentique avec le patient, en laissant davantage de place à sa singularité et à ce qui se construit dans l'instant du soin.

Conclusion

Ce travail arrive à son terme avec le sentiment que cette réflexion pourrait encore être approfondie tant cette thématique ouvre sur des dimensions riches et complexes du soin en psychiatrie. Derrière les représentations professionnelles se jouent finalement des questions de relation, d'émotions, de collectif, mais aussi de regard porté sur l'autre et sur sa singularité.

J'ai parfois eu le sentiment que cette thématique dépassait largement le cadre du TFE tant elle touche à quelque chose de profond dans la pratique infirmière en psychiatrie. Pourtant, les contraintes méthodologiques, le temps limité et la nécessité de structurer une réflexion ont aussi fait partie de la richesse de ce travail. Cela m'a obligé à faire des choix, à sélectionner certaines lectures sans pouvoir toutes les approfondir autant que j'aurais voulu, mais aussi à organiser progressivement une pensée qui, au départ, semblait beaucoup plus intuitive.

Cela m'a demandé de sortir d'une vision assez binaire des représentations professionnelles, entre " bonnes " ou " mauvaises ", pour aller vers la nuance, vers quelque chose de vivant, parfois inconfortable aussi. Les entretiens réalisés, tout comme les apports théoriques, ont permis de comprendre que ces représentations ne sont pas uniquement des biais ou des filtres, mais aussi des outils de communication et même des repères.

Ce cheminement m' a aussi amenée à revoir mon regard sur la pratique elle-même. Derrière les transmissions, les mots utilisés, les ajustements de positionnement ou les émotions ressenties, il y a une réalité beaucoup plus fine du soin. Certaines choses qui me semblaient auparavant évidentes apparaissent aujourd'hui plus complexes. Cela m'a confirmé, qu'en psychiatrie, la rencontre avec le patient ne peut jamais être totalement figée à l'avance. Elle demande de rester attentive, de continuer à questionner ses perceptions et de ne pas perdre de vue l'humain derrière ce qui circule parfois dans les discours .

Cette réflexion a aussi été l'occasion de prendre conscience de l'importance de la pratique, réflexive, de la place du collectif soignant et de la capacité à accueillir ses émotions sans que cela ne soit délétère. Au contraire, on a pu constater qu'elles pouvaient devenir un appui, à

condition d'être reconnues et travaillées. Je souhaite garder l'idée que le soin en psychiatrie ne peut pas être uniquement technique, il engage pleinement la personne du soignant.

Il est primordial de garder une attention particulière à ce qui se joue dans la rencontre soignant-soigné. Une vigilance simple mais essentielle, qui pousse à rester éveillés, alertes, à ne pas s'arrêter trop vite aux évidences, qu'elles viennent des mots, des relèves ou des ressentis. C'est dans cette posture d'écoute, d'ajustement et de réflexion que je souhaite poursuivre ma pratique en psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

°Histoire et organisation de la psychiatrie:

1. Boyer F. Cours de psychiatrie 2017 (cours IFSI ST Joseph ST Luc)

2. Gharib A. Cours de psychiatrie 2019

3. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

4. Étude d'impact des actions visant à développer la promotion de la santé mentale et à lutter contre la stigmatisation dans le rhône 2015.

°Représentations sociales et relation de soin:

5. Abric Jean-Claude, Pratiques sociales et représentations. Paris.2001. Chap.1:« Définitions et approches des représentations sociales ». Chap.2 « Structures des représentations sociales »

6. Jodelet Denise, Les représentations sociales.Paris:1989. Introduction, chap.1

7. Moscovici Serge, Psychologie des représentations sociales. Paris:archives contemporaines,1984. Chap.1:« Le phénomène des représentations sociales ».

8. Rajablat Marie, Mille et un soins infirmiers.Paris:Elsevier Masson (P. 45-52)

°Stigmatisation et santé mentale:

9. Goffman Erwin, Stigmate: les usages sociaux des handicaps.Paris:Edition de minuit, 1975: Introduction / chap 1 p.11-25.

10. Merkling Jacky, Le soin en santé mentale: fondements d'une attitude soignante et situations cliniques.Paris: Seli Arslan, 2014. chap.2:«La relation de soin en psychiatrie»

11.Merkling Jacky, L'infirmier en santé mentale:identité, rôle, savoir et pratiques.Paris: Seli Arslan, 2017. chap.3: « Rôle et pratique infirmière »

°Qualité du soin et posture infirmière:

12. Hesbeen Walter, La qualité du soin infirmier.Paris: Masson, 2002. Chap.4: « la qualité de la pratique soignante »

13. Oury Jean, Psychiatrie institutionnelle (références sur le cadre institutionnel).

14. HAS, Haute Autorité de Santé, Organisation des soins en psychiatrie et sectorisation, 2018.

15. Balas-Chanel Armelle, pratique réflexive: Elsevier Masson: Chap. 1/2/4.

16. RESSOURCES EN LIGNE ou SITOGRAPHIE:

Guide pratique des biais cognitifs: https://www.shortcogs.com/biais/effet-de-halo

ANNEXE 1 : Tableau d'analyse des entretiens

QUESTIONS	IDE 1	*IDE 2*	*IDE 3*	*IDE 4*	*IDE 5*	*NOTES*
1) Dans ta pratique, on peut associer certains patients à des qualificatifs comme «adhésif», «manipulateur» etc, qu'est ce que ça évoque pour toi?	1) «D'entrée de jeu, ça peut évoquer quelque chose d'assez jugeant, ça peut évoquer du jugement, ça peut évoquer quelque chose de plutôt négatif. Mais après, je trouve que ça aide aussi au niveau de la prise en charge. Le jugement, c'est pas forcément délétère à la prise en charge(...) quelqu'un qu'on va décrire comme adhésif,c'est juste avoir une info pour pouvoir essayer de mettre de la distance, pour essayer d'avoir un cadre et peut être même des fois de faire un consensus d'équipe(…) pour un patient manipulateur, c'est important qu'on le sache. Je suis assez partisane de la catharsis. Moi, je préfère poser certains termes, même s'ils sont forts et même si c'est du	*1) «j'ai l'idée, que c'est quand même déjà de décrire la pathologie, de décrire les symptômes d'une pathologie. Mais ça me fait penser tout de suite au fait qu'il peut y avoir un peu des dérives avec le risque de coller une étiquette à un patient sans forcément que ce soit peut-être mis à jour (…) quelqu'un d'adhésif c'est peut-être quelqu'un à qui on n'a pas forcément bien répondu à sa demande(...) quelqu'un d'angoissé par exemple».*	*1)"ça évoque que dans mon travail , et bah je dois différencier les patients parce qu'ils ont tous des traits de personnalités différents . Du coup je dois adapter ma prise en charge en fonction de chaque trait de patient et de leur personnalité mais aussi de leur pathologie,ça m'évoque aussi de la méfiance(...)quand on parle de patient adhésif ou tout ce qui est psychopathie ou autre, ça m'évoque beaucoup de méfiance dans le sens où je dois créer du lien , chercher à mettre le patient à l'aise tout en gardant des réserves (...) Je suis pas le genre d'infirmière qui lit tous les dossiers des patients, parce que malgré cette méfiance, j'aime voir le patient en*	*1) " qu'est ce que ça évoque pour moi (rires) C'est souvent péjoratif, comme ça euh,adhésifs, manipulateurs, c'est souvent ce qu'ils nous renvoient et ce que nous o ressent, et ça évoque plutôt quelque chose de négatif(...) Adhésif, ça peut être collés à nous donc ça nous fatigue aussi, c'est qu'on en à marre et qu'on veut souligner qu'il est adhésif (rires). C'est vraiment ce que le patient nous renvoie et c'est différent d'un patient à l'autre."*	*1) "C'est des adjectifs qui reviennent très souvent (...) ça définit quand même l'aspect général du patient, mais c'est un peu péjoratif par moment et bah ça met une étiquette au patient directement. Enfin, ça va être le trait qui le définit d'emblée. Bon, adhésif sur une prise en charge , ça peut s'estomper. On va qualifier le patient comme tel à un moment donné et après , on va passer à autre chose. Il va être plus adapté, soit plus calme soit moins angoissé."*	*°Similitudes:* *-étiquettes posées rapidement dès la rencontre ou via les transmissions pour se représenter rapidement le patient.* *-Qualificatifs comme repères cliniques partagés pour une première lecture de la situation.* *⇒ Tous les IDE évoquent une forme de jugement clinique implicite ou explicite dans leur construction de la représentation du patient.* *°Différences:* *- Pour certains les qualificatifs sont un outil clinique permettant d'ajuster leur positionnement professionnel et leur cadre de soin.* *-Pour d'autres, ils soulignent un risque que le patient soit réduit à un étiquetage.*

	jugement auprès de mes équipes pour décharger et après remettre de la clinique dessus, des temps de supervision ou en informel avec les collègues(...) il faut quand même qu'on le sache et qu'on mette des choses en place pour veiller à une à une compliance dans les soins.»		*lui-même sans savoir son histoire avant , parce que la prise en charge est différente, j'ai moins de jugement sur le patient(...)*			*⇒ Certains IDE assument ce jugement comme outil clinique, d'autres tentent de le limiter pour privilégier l'observation et l'interaction directe.* *°Apports théoriques:* *- Représentations sociales utilisées comme grille de lecture du patient en psychiatrie.* *- Jugement clinique rapide* *- Processus de catégorisation* *-Distance professionnelle + ajustement relationnel dans le soin en psychiatrie.* *-Biais cognitifs (effet de catégorisation, premières impressions, représentations)* *°Éléments nouveaux:* *- Cela permet une décharge émotionnelle.*
2) Peux-tu me raconter une	2) «Patients adhésifs(...) Ça peut	*2) « il y en a plein (…) Monsieur F qui*	*2)"C'est-à-dire un patient qui a besoin*	*2) "je dirais une patiente là, qu'on*	*2) "Marqué, bon là on en a une*	*°Similitudes:*

situation où un patient dit adhésif t'a marqué dans la relation de soin?	être des patients adhésifs parce que déments, ça peut être patient adhésif, hystérique. Une situation qui m'aurait plus marquée(...) je pense à une patiente qu'on a eue, je crois, il y a un an. Il me semble que c'était une bipolaire avec de forts éléments hystériformes. Et en effet, dans sa détresse, dans son angoisse, elle était très adhésive(..). Le lien était assez compliqué parce qu'il faut arriver à rester soignant et à faire fi de son agacement personnel(...) Ce qui me marque le plus, c'est quand il y a des éléments d'hystérie, parce que ça travaille quelque chose, un petit peu, l'hystérie(…) Quand elle m'interpelle régulièrement pour me poser les mêmes questions, au bout d'un moment, je posais mes limites... ça devenait trop chronophage et énergivore pour moi.»	*toute la matinée est venu nous demander. De l'accompagner ou en tout cas de trouver une solution pour qu'il puisse aller chercher de l'argent. Il a fallu effectivement bah dire non plusieurs fois parce qu'il y avait pas forcément la possibilité d'avoir de l'argent ce jour-là (…) Je pense qu'il y avait un peu le fait de compléter le vide (…) ennui (…) c'est plus la recherche du lien que de l'anxiété."*	*de présence plus plus(...) Souvent c'est les personnes borderline qui me marquent plus que les autres patients. c'est des patients qui ont besoin de beaucoup présence soignante, qui sont très adhésifs et qui sont dans l'hyper démonstration aussi. Du coup, c'est vrai qu'au début, j'avais du mal à différencier si ils étaient vraiment dans le besoin d'être accompagnés d'un soignant à certains moments ou si c'était vraiment bah de l'hyper démonstration, donc un trait de leur pathologie aussi(...)différencier l'authentique du non authentique, c'est ça qui m'a le plus marqué."*	*vient de muter de Nancy, qui avait plein de problèmes somatiques mais qui était certainement borderline aussi. Et du coup, en fait, elle rentrait en lien avec nous par le biais de ses problèmes somatiques et du coup, elle avait toujours quelque chose, le cathé qui passe pas ou la perf qui coupe. Et en fait, on se demandait si elle touchait pas, elle trafiquait pas un peu son dispositif pour venir nous voir. Et c'est vrai que du coup elle était tout le temps avec nous, collée à nous mais on n'avait pas de lien."*	*actuellement, une patiente qui revient d'UMD. Je te fais un peu la clinique. Elle est partie, elle est revenue de 6 mois d'UMD parce qu' elle est passée à l'acte sur des soignants à plusieurs reprises. Donc ça alors c'est une conséquence parmi tant d'autres. Bah une patiente qui a besoin de beaucoup de présence. Et du coup, là, le terme adhésivité, c'était vraiment, on la voyait dans tous les espaces avec nous. Ce qui fait qu'on avait beaucoup moins de temps à accorder au reste du service, et donc on était dans le bureau, en train de parler simplement de manière informelle avec un autre patient et elle venait ni bonjour, ni est-ce que je peux parler? Voilà, elle s'imposait, et ça se répète tout au long d'une journée type. Et la difficulté, c'est que lui expliquer, c'est un peu compliqué. Alors qu'elle n'est pas déficitaire,quand*	*-Dans toutes les situations évoquées, il y a cette impression commune d'un patient qui prend beaucoup de place, au point parfois de saturer l'espace. Cette "adhésivité" semble systématiquement liée à une souffrance psychique, une anxiété ou au trouble de la personnalité borderline.* *⇒ tous les IDE décrivent des situations où la présence du patient devient envahissante=difficulté à réguler la relation soignant-soigné en temporisant les demandes.* *°Différences:* *De regard: certains y voient une demande relationnelle envahissante, d'autres se confrontent à une difficulté qui est de distinguer un besoin authentique d'un symptôme lié à la pathologie.* *⇒ Le terme adhésivité est perçu comme une demande relationnelle pour certains et questionne le caractère authentique des besoins.* *Les limites personnelles et professionnelles de chacuns sont également*

					même, il y a un léger retard qui fait que de comprendre de ne pas pouvoir passer en priorité par rapport à quelqu'un à qui on parle déjà, c'est très compliqué. Ne pas répondre dans la 2nde à une demande, peu importe laquelle, c'est pas possible. Donc voilà. Du coup, ça peut vite se transformer en tension, en angoisse.Et du coup, on doit encore plus s'en occuper. A la base, on ne s'occupait pas d'elle et ça redevient le sujet principal à cause de ça. Il y a la notion d'anxiété qui revient sur cette patiente."	*mises en avant.* *°Apports théoriques:* *-Subjectivité du soignant* *-Mécanismes relationnels en psychiatrie (répétition des interactions, proximité, construction du lien).* *⇒ Ces situations mobilisent la subjectivité du soignant, les mécanismes relationnels en psychiatrie (proximité, répétition des demandes) et la construction du lien thérapeutique.* *°Éléments nouveaux:* *-Il ressort un profil de patient borderline, "hystérique" décrit par des IDE lorsque l'on demande à quoi fait penser l'étiquetage adhésif ou d'évoquer une situation qui leur évoque ce terme.* *⇒ Les IDE identifient de manière récurrente de profils borderline et hystériformes, ce qui souligne des représentations cliniques lorsque l'on parle d'un patient adhésif.*
3) Qu'est-ce-que ce	3)«je suis dotée d'un	*3) « pas vraiment de*	*3) "Ben je peux*	*3) "je trouve que*	*3) " ça peut*	*°Similitudes (bleu):*

type de situation suscite chez toi sur le plan émotionnel?	taux de patience qui est très peu élevé. Donc moi c'est surtout ça va assez rapidement m'irriter (…) agacement(...) certains patients, ils sont adhésifs, ils sont tactiles(...) je vais être obligée très vite de mettre mes limites(...) donc très vite je vais essayer de le verbaliser auprès du patient.(...) Je vais passer la main à un autre collègue qui aura sans doute une jauge de patience beaucoup plus élevée que la mienne».	*l'émotion, mais c'est plutôt de te dire voilà,c'est pas vraiment de l'émotion,mais te dire voilà, essaye d'avoir ton propre jugement sur tout ça (…) un peu de lucidité (…) Et voilà, faut garder en tête que c'est des patients qui sont humains, qui ont une maladie. Et ouais, c'est un peu ce côté, garder ton propre jugement et te faire une idée (…) Bah nous, on tourne de service en service en étant du pool, Mais c'est vrai qu'on a peut-être un peu plus de facilité à prendre du recul parce qu' on les voit pas tous les jours (…) c'est très compliqué pour les équipes d'être tout le temps avec les mêmes patients et d'avoir un peu cette accumulation, des fois cette fatigue mentale. Alors que voilà, un patient qui va être compliqué à gérer un jour, moi le lendemain je l'aurai peut-être pas (…)»*	*t'évoquer une autre situation d'un patient qui m'a marquée. J'étais arrivée, c'était mon 2e jour ici. Et du coup, j'ai fait face à un patient violent. Du coup, par rapport à une situation, il s'est montré violent mais très violent physiquement et verbalement envers un médecin, ça en est venu aux mains, et cetera. Donc moi, émotionnellement, face à cette situation, eh ben j'ai eu en fait, c'est comme si le monde s'arrêtait et que en fait je savais plus vraiment où j'étais. Et en fait, ouais, en psychiatrie, on peut faire face à de grosses violences(...) Et ouais, ça peut laisser quand même des a priori par la suite. Et qu'est-ce que ça a suscité chez moi ? Bah de la clairement de la peur, de la crainte(..) avec des patients qui peuvent être violents, très violents."*	*c'est assez énergivore, c'est épuisant. Et puis à la fin,c'est pas qu'il y a plus d'empathie mais on prend moins le temps parce qu' on a tout donné, on a tout fait au début de notre poste et quand il nous colle là tout le temps, il y a plus d'arguments quoi. Et c'est assez fatiguant ouais, ça impacte la prise en charge un peu du coup. Je pense qu'au bout d'un moment, on a envie de passer le relais."*	*engendrer de la colère parce que peu importe les solutions que tu peux apporter , ce sera jamais à la hauteur de l'attente que peut avoir la personne en face de toi et ça c'est compliqué. A force , on a toujours des stratégies, des façons de faire qui au final arrivent à calmer la situation(...)c'est frustrant(...) On peut répondre plus sèchement , on peut mal répondre(...)"*	*-Fatigue, agacement, frustration, sentiment d'impuissance.* *⇒ les IDE décrivent majoritairement des émotions négatives dans ces situations de patients dits "adhésifs". Cela génère une charge émotionnelle importante, souvent négative qui peut mettre en difficulté l'équilibre de la relation de soin.* *°Différences :* *-Mise à distance du plan émotionnel.* *-Reconnaissance de celles-ci comme faisant partie du soin.* *⇒ Les émotions peuvent être soit mises à distance comme manière de se protéger, soit utilisées comme outil dans la relation de soin, selon le positionnement professionnel de chaque IDE.* *°Apports théoriques:* *-Place centrale des émotions dans le soin.* *-Stabilité intérieure* *-Présence ajustée*

						⇒ *Les émotions occupent une place centrale dans le soin , notamment dans la spécialité psychiatrique. Elle demande une capacité à se réguler émotionnellement en tant que soignant afin d'adopter un positionnement professionnel ajusté pour une prise en charge de qualité.* *°éléments nouveaux:* *-la violence, verbale ou comportementale, qui ressort comme un vécu clinique fréquent pouvant marquer sur le long terme les IDE et influencer le positionnement professionnel.*
4) En quoi ces émotions influencent-elles ta manière d'agir?	4)«J'essaye de faire en sorte que ça prenne pas le pas sur le positionnement professionnel(...) Moi, je pars du principe que c'est pas parce qu'on est malade et surtout c'est pas parce qu'on a une maladie psy que c'est que ça	*4) «je pense que j'arrive quand même à faire la part des choses, mais à la limite, là où je peux. essayer de rebondir le plus dans ta question, c'est que quand on travaille en psy, on a besoin d'être un minimum bien dans ses baskets pour pouvoir*	*4)"en fait, c'est vrai que dès que je rentre dans mon service, j'essaie de mettre mes émotions de côté. Voilà ,en fait, je me dis on est là pour travailler.Y a certaines choses que les patients vont dire, faire qui peuvent impacter le soignant parce que*	*4)"c'est une surcharge. Je pense qu'émotionnellement c'est compliqué de porter un patient à bout de bras pendant tout un poste. S'il est collé à toi, qu'il dit tout le temps la même chose, ouais, au bout d'un moment t'es t'es fatigué. Et je*	*4) "quand les réactions sont un peu trop fortes, on va dire, tu te poses des questions en général. Après, c'est pas tout remettre en cause. Mais voilà, tu réfléchis un petit peu, je sais pas, sur l'après-midi que tu as passé, comment j'aurais pu faire*	*°Similitudes :* *-Poser un cadre* *-adapter la communication* *-ajuster la distance relationnelle* *- Travail en équipe* *-déléguer, passer le relais* *-partage des situations* *⇒ Les IDE nous décrivent des ajustements dans leur manière d'agir en posant*

	en fait des enfants incapables de comprendre les choses. C'est pour ça que je mets mes limites (…) Je leur précise que je reste quand même soignante dans l'unité, donc je suis quand même disponible(...) Mais ce qui est intéressant, c'est la capacité du patient à comprendre(…) verbaliser d'une certaine manière plutôt qu'ils restent dans cet entre 2 ou même eux, ça prendra pas sens pour eux(...) je vais adapter ma manière de communiquer en fonction de leur état(…) si j'ai quelque chose à leur dire, je leur dis .Je trouve que c'est ce qu'il y a de plus sain(...)Mais si vraiment je sens que moi là j'atteins mes limites et qu'au niveau de mon comportement je vais plus être pro, je passe la main parce que ça sert à rien(…) je me souviens d'une	*répondre à un patient qui ne va pas bien psychologiquement et que ouais, les infirmiers ont besoin d'avoir un infirmier, un soignant, quels qu'ils soient, bien avec eux-mêmes pour pouvoir s'occuper des autres, c'est un fait (…) bien dans ses baskets pour pouvoir accueillir la souffrance de personnes qui sont en difficulté psychique (…) je pense que je verrouille beaucoup. Ouais, et il y a des moments où ça va me prendre un petit peu, mais je sais que je vais vite la mettre de côté (…) Je pense que j'arrive à maîtriser les choses pour le moment. J'espère que ça continuera (...)»*	*voilà, ils ont pas forcément de limites. En fait, ils ont pas les limites et les codes sociaux qu'on connait d'habitude, mais je me dis c'est aussi leur pathologie et on est là pour traiter donc mes émotions en premier lieu, je les mets vraiment de côté quand j'arrive sur mon travail. Mais c'est vrai que des fois, bah les émotions bah elles ressortent parce qu'on est des humains (...) Mais je pense que les émotions, elles nous servent aussi, parce que, par exemple, dans une situation compliquée, c'est bien aussi de faire part de tes émotions au patient. Si un patient te fait peur et que tu lui dis "vous me faites peur", des fois, ça peut vite calmer les choses de dire en fait ce qu'on ressent vraiment sur le moment. Je pense qu'aussi les émotions, c'est important d'en avoir.*	*pense que tu lui apportes plus rien au patient. Il reste parce qu'il a besoin d'un rocher pour s'accrocher, mais que même moi je pense que je lui apporte plus rien à la fin parce que moi je suis fatiguée, lui il est malade et à un moment faut qu'on se sépare, faut qu'on prenne de l'énergie chacun(...) Je prends un peu mes distances(...) je vais passer le relai à un collègue, hop! (rires).*	*mieux. ? Est-ce que j'ai utilisé les bons mots, le bon ton? enfin ça permet de retravailler comme une réflexion clinique à chaque fois, sur chaque cas. Sauf que c'est sur des petits moments de vie du service. En fait, c'est plein de petites situations qui s'accumulent, tu te dis, j'étais comme ça aujourd'hui, est-ce qu'un autre jour j'aurais carrément fait autre chose? ? Voilà, c'est surtout ça."*	*un cadre, en adaptant la communication , en ajustant la distance, en s'appuyant sur le travail en équipe et en délégant s' ils en ressentent le besoin.* *° Différences :* *-Posture réflexive* *-Protection face à la charge émotionnelle différente selon les IDE.* *⇒ Afin d'éviter l'impact des émotions sur la pratique professionnelle , les IDE varient entre démarche réflexive et stratégie de protection émotionnelle.* *°Apports théoriques(jaune):* *- Posture professionnelle ajustée* *-La fonction contenante du cadre en psychiatrie.* *-régulation dans la relation soignant/soigné.*

	dame une fois qui s'approchait, elle était très anxieuse, donc elle s'approchait de plus en plus près de moi. Je lui disais non, j'aime pas. Et au bout d'un moment, je me suis approchée aussi d'elle. J'ai fait miroir en fait. Et du coup, elle a dit c'est vrai que c'est intrusif." Je lui dis "Bah oui, oui." Je lui dis «c'est ce que vous me faites ressentir» Elle a dit c'est vrai, du coup, après, au moins avec moi, elle maintenait une distance qui était acceptable pour toutes les 2 » .		*Il ne faut pas non plus les mettre de côté, oui tu les prends en compte."*			
5) Selon toi qu'est ce qui influence le plus la façon de qualifier un patient?	*5) Le dossier du patient, le DPI(…) c'est la feuille d'adressage où on va savoir que la personne va arriver et déjà on va avoir une première*	*5) " Ouais, ça rejoint un peu ce que je te disais tout à l'heure, c'est à dire qu' il y a effectivement ce côté où des fois tu vas avoir tendance à relayer un petit peu*	*5) "C'est par exemple, est-ce que c'est ce qui est dit à la relève ou est-ce que tu te fies à ce qu'une personne nous dit ? Ou alors le dossier du patient.*	*5) "C'est les relèves qu'on te fait souvent quand un patient arrive, on te fait une première relève, tout de suite ça te met, même si tu veux pas, même si*	*5) "Ça peut être l'effet de groupe, le contexte ou autre(...) on reçoit des patients de différentes façons. Tu as les entrées des urgences habituelles. T'as ceux qui*	*°Similitudes: -Dossier du patient -transmissions -relèves comme premières bases de lecture. ⇒ le fait de qualifier un*

	«photo» de ce patient.Si on sait que le patient il a tendance à être adhésif, si il est dément, si il est agressif(...) on va se faire une première représentation, c'est du pur jugement par rapport à des faits cliniques qui nous sont rapportés. On va se faire une image de lui, après il va y avoir l'entrée. Les premières interactions qu'on va avoir vont peut-être changer les choses. Des fois plus ou moins rapidement. Par exemple , la différence de présentation qu'il y a entre le dossier et le comportement du patient, du coup on le perçoit plus pareil, en positif ou en négatif. On parlait tantôt de patients manipulateurs, qui vont brouiller les pistes pour cacher leur vrai «être», des fois ça peut se voir aussi dans des moments comme ça. Qu'est ce qui se joue? Est ce qu'il va être dans la plainte?	*ce que tu as pu entendre à la relève. Et puis d'autres moments où tu vas être un peu plus en alerte et tu vas te poser des questions et. Et peut-être avoir une observation plus personnelle des choses(…) Effectivement, si je vais entendre le symptôme, je vais peut-être le répéter bêtement, mais si je l'observe, que j'ai un entretien ou quoi que ce soit, je ne vais pas avoir d'a priori au premier abord, j'essaie de garder ce truc pour voir ce qu'il en est de mon côté."*	*Alors moi je suis quelqu'un, je ne me fie pas au dossier du patient déjà(…) Après, est-ce que c'est bien ? Est-ce que c'est pas bien ? Je sais pas. Je me fie au dossier quand il y a des patients en ISO, parfois quand je veux avoir des éléments en plus, mais c'est vrai que je me fie aussi beaucoup à l'état clinique du patient, à ce que vont me transmettre mes collègues, après le truc c'est que ces informations sur un patient qui s'est montré adhésif et l'après midi pas du tout, c'est une autre présentation clinique, donc en fait c'est surtout de l'observation et l'échange. Mais en tout cas je qualifie jamais un patient à long terme."*	*t'essaie de prendre de la distance, t'as quand même une image du patient avant qu'il vienne. C'est ouais , les transmissions, les relèves. Et puis parfois c'est un patient que tu connais et tu te souviens de la dernière hospit, tu sais qu'il était comme ci ou comme ça donc tu te dis ça va recommencer alors que pas du tout parce que chaque hospit est différente , on grossit souvent la relève qui ressort des dossiers. Parfois on a même des frères et soeurs de patients qui viennent à une année d'intervalle , on va dire c'est comme son frère , comme si toute la famille était comme ça. L'étiquetage il suit la fratrie, quoi, le nom de famille."*	*viennent directement de l'extérieur, ceux à qui on a programmé l'hospitalisation. Y a ceux qu'on connaît, qui reviennent souvent où tu connais à peu près le dossier, et cetera, et après t'as d'autres,je sais pas, qu'ont des dossiers un peu plus lourds, qu'ont un passé compliqué, pénal, criminel ou autre et y a bah l'effet de groupe: Ah, j'ai lu le dossier, c'est du lourd, il a tué je sais pas combien de personnes.Et puis des fois, rien que des mots comme ça, tu les entend. Forcément, ça t'influence de comment tu vas percevoir la personne. Parce que t'as entendu le dossier et après tu t'imagines la tête de la personne, il fait 3 m, il est méchant, enfin c'est pour extrapoler. Mais oui oui, ça rejoint l'idée du début ou tu dis c'est un patient qui est collant, c'est un patient qui manipule, ou violent et après tu*	*patient se base sur une construction progressive du jugement clinique, influencée par les informations transmises et la relation directe de l'IDE avec le patient.* *° Différences:* *-Certains cherchent à s'en détacher pour une observation directe du patient.* *-D'autres reconnaissent son influence initiale.* *⇒Cette façon de qualifier le patient dépend du positionnement professionnel de chaque IDE face aux biais et aux a priori. L'IDE évolue entre l'influence des informations reçues et la volonté de s'en distancier.* *°Apports théoriques:* *-Représentations sociales comme filtres de perception.* *-Biais cognitifs: effet de Halo, biais de confirmation.* *⇒ Un travail de réévaluation constant à*

	il va essayer de cliver entre l'équipe médicale et l'équipe soignante ? Est-ce qu' il va plutôt essayer d'avoir des faveurs auprès des médecins? Au médecin, à l'entretien médico infirmier, tout va bien pour le patient, «j'ai plus d'idées suicidaires» alors que nous on le voit au fond du lit au quotidien. Il y a aussi les éléments que les familles vont nous rapporter qui vont nous influencer, alors on ne parle pas en bien ou en mal, influencer «tout court». En fonction de ça, on va affiner nos représentations(…) à l'intérieur même de l'équipe soignante: le patient va déposer différentes choses auprès de différents soignants et donc ça va encore faire bouger le curseur. Mais c'est ça que je trouve intéressant en psychiatrie, c'est qu'on a un petit peu l'image d'avoir des longues relèves pour				*pars avec cette idée. Juste après quand t'as rencontré la personne pour la première fois, par toi-même, tu te fais ton idée. Soit effectivement le dossier valide un petit peu la personnalité du patient, ou alors certes il y a ça dans le dossier, mais le contact que tu vas avoir avec lui, ça va être totalement différent et ça peut très bien se passer. Mais effectivement ce laps de temps où t'as pas la personne en face, t'as imprimé une histoire. Mais c'est toujours pareil. Il y a des gens qui ont tué, des gens qui ont violé, c'est une réaction humaine."*	*partir de l'observation clinique est nécessaire afin d'éviter l'influence des biais cognitifs et d'une construction de représentations qui qualifient le patient.* *°éléments nouveaux:* *-Etiquetage familial/fratrie* *-Influence du contexte pénal ou criminel*

	pas grand chose. Mais non, parce que je trouve ça intéressant quand je dis ce patient, je le vois de telle façon et qu'un collègue me dit "Ah bon ? Bah moi il m'a pas du tout dit ça." Cela va nous aider à affiner ou pas. , il faut cultiver ça, mais sans cliver(...)En général, les représentations, entre guillemets, sont vite faites. On a assez rapidement une idée de la personne plutôt qu'une fois qu'on l'a rencontrée, qu'on connaît ses habitudes de vie, qu'on a une idée de son caractère. Je resterai sur le curseur bouge toujours» (rires).					
6) Comment ces représentations circulent-elles dans l'équipe?	*6) (…) «le temps des relèves,toutes ces choses là, on va, on va les dire, on va les poser soit pour*	*6) "Par différents biais , les relèves orales et écrites, c'est clairement la base, après il peut*	*6) " Bah, dans une équipe, je pense que chacun fait avec son chacun. C'est à dire que moi, j'ai mes*	*6) "effectivement à la relève. Et puis il y a parfois des soignants qui sont là depuis plus*	*6) "Un peu tout le temps(...) pas que à la relève (...)Il y a la relève et il y a les interstices , on boit un*	*°Similitudes:* *- Les représentations circulent en permanence dans les échanges au sein*

	évacuer(…) dire aux collègues que c'est trop compliqué pour nous(…) soit pour apporter un complément clinique, un complément de sens (…) Il y a aussi les temps informels (…)oralement (...) ça fait sens aussi d'y mettre sur logiciel en relève en transmission écrite(…) ça peut être mal pris (…) j'avais écrit sur le logiciel que la personne je l'avais recadrée, recadrée en psychiatrie, c'est un rappel au cadre. La directrice, dans la seconde qui a suivi, m'a appelé pour me dire vous effacez ça tout de suite, c'est maltraitant(...)il y a une vigilance à du non jugement du coup qui est rappelée par le cadre quand même(...)Des fois, il y a des mouvements de groupe qui font que un patient agace(...) c'est pas parce qu'on a fait un consensus d'équipe le matin avec les	*toujours y avoir des loupés (...) Transmissions orales ou écrites mais qui vont pas forcément être enregistrées, ça c'est une réalité(…) Tu fais ta relève orale, tu l'écris, tu vois pas le patient dans la journée tu vois peut être pas le patient dans la journée , t'arrives le soir , tu vas relire ce que t'as écris le matin pour autant tu l'auras pas vu et il aura peut être pas été adhésif (...)les collègues remarque des erreurs, le patient est décrit comme ça mais il n'est pas comme ça donc parfois ça peut se gommer, se corriger en fonction de la personne, des soignants , de la connaissance des patients."*	*émotions personnelles, j'ai ma vie personnelle, j'ai mes représentations personnelles à moi et on est tous différents dans une équipe. Donc pour moi, la prise en soin d'un patient est différente en fonction du soignant, même si à la relève on se dit un même truc sur un patient, une étiquette , même si ça reste , on analyse au contact du patient avec chacun son chacun (rires) au fur et à mesure."*	*longtemps que toi dans l'unité , donc ils vont raconter leur expérience, leur vécu, et puis bah les jeunes soignants vont les écouter , ils vont prendre note et du coup il vont se préparer mentalement à la vision que les collègues ont décrit du patient quoi."*	*café, on se pose 5 minutes. Dès qu'on a quelque chose en tête , tu vas le verbaliser, c'est plutôt important et nécessaire, ça peut des fois faire beaucoup , ça circule beaucoup effectivement."*	*de l'équipe, de manière formelle et informelle.* *- Les IDE décrivent que les représentations circulent principalement à travers les relèves, les transmissions et les échanges informels qui créent un espace central de partage d'informations et de perceptions du patient.* *- Ils croisent leur regard et nuancent ces représentations.* *- Les représentations permettent à tous les IDE une première lecture et une compréhension collective des situations.* *°Différences:* *-Certains les utilisent comme des repères sécurisants.* *-D'autres les questionnent d'emblée.* *- Certains insistent sur la dimension clinique des transmissions, d'autres mettent en avant leur dimension émotionnelle ou les biais qu'elles peuvent générer.* *°Apports théoriques:*

	collègues du matin que ça veut dire qu'on a eu raison (…) questionner la rigidité (…) les positionnements individuels vont faire que soit ça va être entendu, soit non(...)Et c'est super important de pas rester sur ses certitudes parce qu'il y en a pas face à l'être humain en fait»					-Construction sociale des représentations. -Dynamique du groupe en psychiatrie -Régulation collective des pratiques -Mémoire collective du soin. -Influence des transmissions sur le jugement clinique
7) Est-ce que ces représentations peuvent influencer ta façon de te positionner face au patient?	7) «oui» (…) arriver à sentir et à saisir le moment où on devient délétère dans l'interaction(…)ça s'apprend(…) Ça m'est déjà arrivé de me rendre compte j'avais été trop directe, trop sèche, trop cadrante avec un patient. Je m'en suis rendu compte, donc j'étais allé revoir la personne pour refaire un point, pour m'excuser(...)Et des fois, c'est un collègue qui va dire "Ah là tu étais pas juste ou c'était limite." Je trouve que	7) "Ah oui, ouais, je pense malgré tout que même si tu as en tête, que tu fais ta propre observation, je pense que en fonction de la description et de l'importance aussi peut-être de ce qui est dit, ça va influencer ta prise en charge. Enfin en tout cas, Ça peut mettre la puce à l'oreille sans forcément que ça influence la prise en charge parce qu'elle ne serait pas différente(...)je vais partir sur un truc un peu plus violent, enfin plus important,	7)"Oui, oui, ça peut influencer parce que du coup, on aura plus cette crainte. De se dire "Ah bah là, mon collègue m'a transmis ça, donc je vais faire attention. Je vais quand même aller voir parce que bah il faut qu'on aille au contact du patient, il faut qu'on s'assure qu'il aille bien. T'as quand même cette ce. tu prends quand même ce recul de te dire si mon collègue m'a dit ça, et ben c'est que forcément il s'est passé quelque chose de concret et	7)" Bah ouais, pour être honnête. Alors pas tout le long de l'hospitalisation , mais dans la première rencontre en tout cas. Après , je vais apprendre à le connaître, me faire mon avis et puis voilà . ça dépend du lien que je vais créer avec le patient aussi, mais la première rencontre forcément , tu as ça en tête. Dans un deuxième temps tu vas te fier plus à toi. Mon lien sera peut être différent de celui des collègues."	7) "Je dirais oui au début. L'histoire de la maladie, les antécédents jouent beaucoup dans notre imaginaire donc dans notre manière d'être forcément (...)ça peut créer des barrières , on peut être sur un mode défensif, prendre des pincettes, la tonalité, la distance (...)"	°Similitudes: -Positionnement professionnel initial des IDE influencé: distance, vigilance, disponibilité. ⇒ les représentations orientent le positionnement professionnel initial en ajustant la distance relationnelle, la façon d'entrer en lien avec le patient en mobilisant la vigilance également. °Différences: -On observe un ajustement plus ou moins rapide selon l'expérience clinique de chacun.

	c'est la grande force du travail en équipe(…) j'étais avec une étudiante, typée de la Réunion, le patient frontal, quand même dément, lui a fait une remarque : "Mais vous êtes pas française" (...)Et elle bah ça l'a attaqué dans ses valeurs. *Pourtant, elle est très bien cette étudiante, elle est adaptée et là, en fait, je l'ai vu se redresser, elle lui a dit, elle lui a dit " là, voyez-vous vous êtes inculte." Puisque la réunion ça fait partie des DOM Tom,, je l'ai regardé, je lui ai fait te te te te te, je lui ai fait signe de la main qu'elle a compris et elle s'est arrêtée. J'ai pris le relais sur la communication avec le patient pour pas qu'il flambe. Voilà. Et après, quand il est parti, je lui ai expliqué pourquoi:c'est un*	*c'est notamment la prise en charge de la violence. On dit qu'un patient peut être violent. Clairement, tu vas avoir une manière d'interagir avec lui ou tu vas garder peut-être une distance de sécurité en plus. Il y a des choses sur lesquelles. Et peut être qu'il aura été violent dans sa description à son arrivée, un passage à l'UPRM, mais qu'il n'a peut être pas été derrière par la suite. Après les choses, elles vont s'installer en général quand même. C'est quand même plutôt. Plutôt vrai ce qui est décrit. Tu vois même les patients adhésifs. Il y a quand même une forme de véracité, mais. Mais bon, il y a toujours cette idée de garder un peu en tête que il faut pas toujours prendre au premier degré et de se faire aussi sa propre observation parce que ça fait partie de notre rôle propre que de*	*du coup, il y aura cette méfiance-là, pas méfiance envers le patient lui-même, c'est vraiment envers la pathologie qui malheureusement fait des choses imprévisibles(...)*			*⇒ Le positionnement de l'IDE se réajuste selon l'expérience et la réflexivité de chacun.* *°Apports théoriques:* *-Impact des représentations sur la pratique.* *-Réévaluation dans une démarche réflexive.*

	patient dément, c'est une autre génération aussi(...)	*d'analyser ce qu'on voit et pas de juste répéter ce qu'on ce qu'on entend."*				
8) T'arrives-t-il de remettre en question ta perception d'un patient?	*8) «Oui, je pense. Pas mal de fois(...)il y a ce qu'on imagine du patient, il y a la relève qui nous est faite , il y a quand le patient est arrivé, quand on fait la prise de poste, quand on se représente une certaine image, et puis après il y a ce que l'on voit au quotidien. Ce que ça va nous amener comme élément, plus aussi les familles qui des fois*	*8) "Il y a des moments où effectivement je vais me poser la question,qu' est-ce qu' il y a vraiment? Tu vas te re-questionner (...) Est- ce que les soignants ne sont bah pas trop la tête dans le guidon ?(...)ce truc du pool ça va me servir par rapport au recul(...)J'ai plein d'équipes . C'est pour ça que j'insiste*	*8) " Je dirais oui oui(...)Elle est dure la question (rires) (...) On doute parfois de la perception qu'on a d'un patient . Y a un mois j'arrivais à percevoir des choses sur un patient et je me disais que c'était ça, qu'il était comme ci ou comme ça et après il s'est complètement refermé donc on sait plus (...)*	*8) " Oui, elle peut être biaisée après par peut-être le côté personnel, ce qui me renvoie à mes limites aussi. Il y en a qui vont être très à l'aise avec les patients qui font un peu la comédie, des choses comme ça vont les faire rire, alors que moi, j'en ai marre au bout d'un moment quoi. Donc oui oui, je pense c'est selon comment nous on est fait en*	*8) " Oui oui, c'est très souvent le cas, mais après la perception, ça change très vite en fait parce qu' il y a toujours cette période d'accueil du patient dans le service. C'est un moment ultra important parce que c'est vraiment la première image qu'il va nous montrer et que nous on va lui montrer (..) Enfin, c'est le moment où tu le mets en confiance, c'est le moment où on*	*°Similitudes:* *- La perception du patient évolue avec le temps au fil des interactions en équipe et avec le patient.* *⇒ Processus évolutif au contact du patient et de l'équipe* *° Différences:* *-Déclencheurs de remise en question différents et variés: nouveaux éléments cliniques, ressenti*

	nous présentent des choses qui peuvent être un peu compliquées(…) ça fait réfléchir (…) la famille c'est des monstres, ils viennent pas rendre visite à une personne âgée: "Bah écoutez-moi ma mère, s'il faut la placer en EHPAD, je paierai ce qu'il y a à payer. Mais c'est hors de question que je vienne la rencontrer parce que quand j'étais petit, j'ai été violée par mon père, elle était au courant" (…) Ce jour-là, la patiente, je l'ai plus vu pareil (…) des fois des états limites ou des hystéries qui t'insupportent. Et puis d'un coup, va y avoir une accroche, une discussion, quelque chose qui va se décanter, et d'un coup tu vas à nouveau pouvoir parce que tu vas avoir le petit truc à tirer, tu peux arriver à avoir quelque chose alors que c'était bloqué sur tout le reste. Tu as	*des fois pour m'inclure dans les trucs , parce que je fais partie du jeu quoi. Qu'ils puissent compter sur moi mais que je puisse compter sur eux."*		*tant que soignant, notre notre éducation, nos valeurs, et ça varie d'un soignant à un autre. Parfois je peux me dire je suis peut être un peu dure(...) Si je vois que ça passe avec tout le monde sauf avec moi , c'est peut être moi qui ai mal crée le lien ou je suis peut être pas assez disponible, donc il y aura une petite remise en question quoi qu'il arrive. On reste des humains."*	*te dit on l'accueille pour pour l'aider. Et là, vraiment, la réaction du patient peut changer du tout au tout. Je veux dire, si tu le laisses poireauter dans une pièce 20 min, le médecin n'est pas libre, il attend 3 h, on vient pas le voir parce qu' on est occupé,c'est quasi sûr que sa perception à lui, ça va être très négatif, ça va dans les deux sens."*	*personnel.* *° Apports théoriques:* *-Pratique réflexive: capacité de transformation des représentations.*

	trouvé une porte d'entrée et puis des fois ça se fait pas (...)là derrière, va arriver à travailler sur tes représentations, va arriver à passer outre tes jugements négatifs (…) En équipe».					
9) Selon toi, qu'est-ce qui permet de garder une relation de soin de qualité malgré ces représentations ou ces étiquettes?	*9) «connaître ses limites(…) Derrière la blouse on reste humains avec nos failles, avec nos nos défauts, et je pense qu'il faut apprendre(...)être assez lucide et objectif sur ce qu'on est, sur qui on est (…) avec les réponses qu'on donne (…) avec notre ressenti (…) un positionnement d'équipe partagé(...) j'ai besoin de*	*9) "En étant du pool, c'est effectivement de continuer toujours à se poser des questions sur ce qu'on voit , ce qu'on entend . C'est pas de tout prendre pour acquis, on peut même aller plus largement . C'est aussi de se poser des questions déjà sur soi, des fois, de dire qu'on ne sait pas tout , qu'on peut découvrir des choses qu'on ne*	*9) "de mettre ses émotions et ses aprioris et ses perceptions du patient de côté pour vraiment juger le patient de façon clinique , c'est-à-dire sa pathologie, son état à l'instant T, je dirais que c'est ça qui permet d'avoir du recul sur les situations."*	*9) "le professionnalisme. On n'a pas à tenir compte du passé du patient, sauf si ça nous aide cliniquement. les erreurs qu'il a pu faire ou pas, on n'est pas là pour le juger et on est là pour traiter le moment présent et être professionnel. Gardez toujours en tête qu'on n'est pas la police, juge, on est des soignants et*	*9) " Mettre chaque personne à la même enseigne(...) Avoir une bonne perception de soi-même, savoir tes forces, tes faiblesses, ça va carrément impacter ta prise en charge(...) Le but est d'être constant tous les jours(...) Nous aussi des fois on est cramés, c'est des humains qui soignent des humains, des fois on n'a pas envie. Je trouve ça important*	*° Similitudes:* *- Tous s'accordent sur des bases communes comme le cadre, le travail d'équipe, la conscience de ses limites, conscience de ses ressources.* *°Différences:* *-Certains privilégient la rigueur du cadre.* *-D'autres la dimension relationnelle.* *°Apports théoriques:*

	déposer, que ce soit clair, que ce soit auprès du patient et avec mes collègues(…) questionnement ou qu'on me remette du sens, pour réfléchir ou pour avoir le point de vue de l'autre, ou dernier recours de pouvoir déléguer (...)»	*connaît pas , des manières de faire, des fonctionnements, pas que sur des patients qu'on peut qualifier d'angoissés, ça peut être complètement autre chose et se dire effectivement , on a l'habitude que ce soit ça mais ça peut être complètement autre chose, qu'on avait par exemple jamais rencontré(...)On pourra pas tout le temps être parfait et ça dépend aussi vraiment beaucoup de notre état d'esprit du moment. Et les moments où tu seras fatigué et t'en auras marre, faut pouvoir effectivement compter sur l'équipe avec peut-être déléguer un truc qui va te prendre un peu plus la tête et tu seras peut-être tu seras moins à l'écoute et ça sera humain. On peut pas être à 100% tout le temps aussi quoi"*		*on traite la maladie. Une relation de qualité c'est rester professionnel. Après on peut créer le lien, mais ça fait partie du package, pour moi professionnel de créer le lien, c'est mon travail quoi. Et humain bien évidemment, il y a une part d'humanité aussi."*	*de toujours partager ton émotion avec le patient , ils sont pas toujours considérés comme des citoyens normaux et en tout cas ici, on essaie de leur donner, tu partages ton émotion comme si tu d'un humain à un humain."*	*- Qualité du soin -alliance thérapeutique --Vigilance vis-à -vis des représentations et des biais.*

RÉSUMÉ

Les représentations infirmières des patients hospitalisés en psychiatrie adulte

Contexte. Les infirmiers exerçant en psychiatrie adulte peuvent construire certaines représentations de leurs patients, susceptibles d'influencer la qualité de la prise en charge.

Question de départ. En psychiatrie, en quoi les représentations que l'IDE se construit d'un patient adulte influencent-elles son positionnement professionnel et la qualité de la prise en charge ?

Méthodes. À partir d'une revue de littérature en lien avec la thématique, une grille d'entretien et un questionnaire ont été élaborés. Une approche qualitative, à travers des questionnaires et des entretiens semi-directifs, a été menée auprès de cinq infirmiers expérimentés exerçant en psychiatrie. Les entretiens sont restés souples tout en suivant la trame établie, afin de rester au plus proche des situations cliniques réelles.

Résultats. Certaines représentations, comme le fait de qualifier un patient d'adhésif, peuvent émerger lors des transmissions et circuler au sein de l'équipe. Cependant, une posture réflexive a rapidement été retrouvée chez l'ensemble des infirmiers, cherchant à prendre du recul sur leurs ressentis, à questionner leurs représentations et à s'appuyer sur le collectif afin d'éviter de figer le patient dans une étiquette et de maintenir une qualité de soin.

Question de recherche. Dans un contexte où les représentations professionnelles circulent fortement au sein des équipes en psychiatrie, comment l'infirmier peut-il maintenir une relation de soin centrée sur la singularité du patient ?

MOTS-CLÉS : *Psychiatrie · Représentations professionnelles · Qualité des soins infirmiers · Stigmatisation · Posture infirmière · Pratique réflexive.*

ABSTRACT

Nurses' perceptions of patients hospitalised in adult psychiatric units

Context. Nurses working in adult psychiatry may hold preconceived ideas about their patients that could impact the quality of nursing care.

Initial question. In psychiatry, how do the perceptions that registered nurses form of an adult patient influence their professional attitude and the quality of care?

Methods. Having performed a review of various sections of the existing literature on the subject, an interview guide and questionnaire were created. A qualitative approach, using questionnaires and semi-structured interviews, was employed to interview five experienced, qualified psychiatric nurses. The interviews were kept flexible while following the interview guide's framework to stay as close as possible to real-life clinical situations.

Results. Certain perceptions, such as describing a patient as "clingy", can be expressed during the handover and spread within the team. However, a reflective approach was quickly observed among all the nurses, who strived to take a step back, question their own assumptions, and rely on teamwork to avoid stigmatising the patient and to maintain the quality of care.

Future question. In a context where professional perceptions strongly circulate within psychiatric teams, how can nurses maintain a therapeutic relationship focused on the patient's individuality?

KEYWORDS : *Psychiatric nursing · Quality of nursing care · Stigma · Nurses' attitude · Reflective practic*