

LE METIER D'INFIRMIER PSYCHIATRE



PH13 : Penser, voir et designer le travail

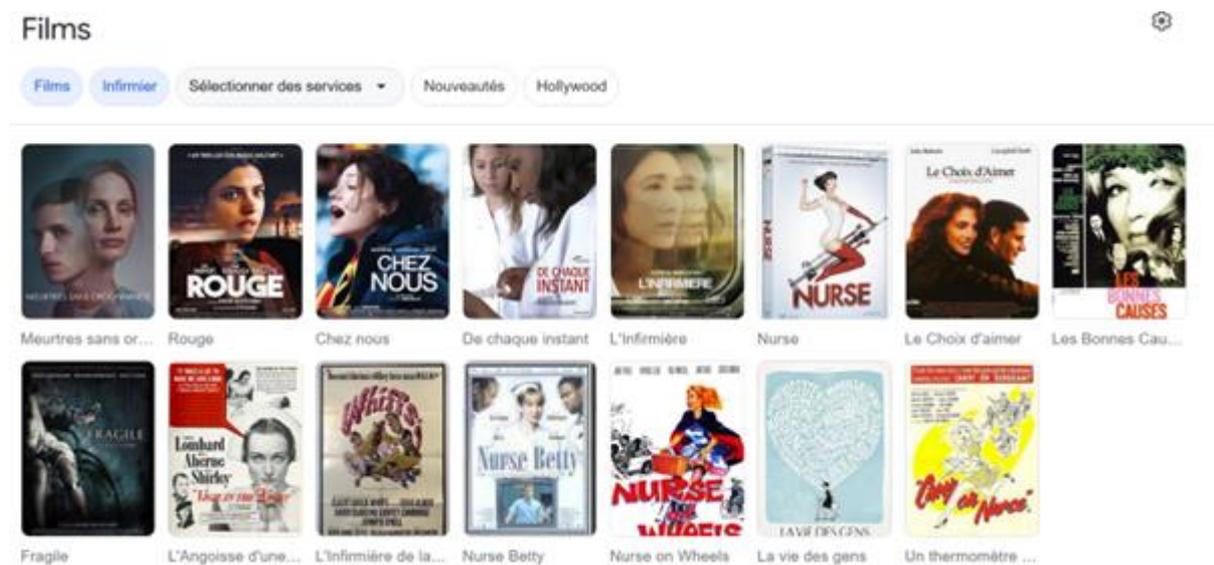
PRINTEMPS 2024

SOMMAIRE

Introduction	3
I. Les entretiens	
1.1 Etienne	5
1.2 Marianne	9
II. Les enjeux derrière la relation entre l’infirmier et le patient	
2.1 Le constat douloureux d’un manque de maîtrise	12
2.2 Dépasser le mur de la frustration	13
III. Un aperçu de l’histoire du monde de l’infirmier en psychiatrie	15
IV. De la pratique à la structure	
4.1 Les sources de prescription d’infirmier en psychiatrie	17
4.2 Infirmier en psychiatrie, un métier sous tension et soumis à des prescriptions paradoxales	18
4.3 Une réflexion sur la structure dans laquelle évolue un infirmier psychiatre	21
Conclusion	24
Bibliographie	25

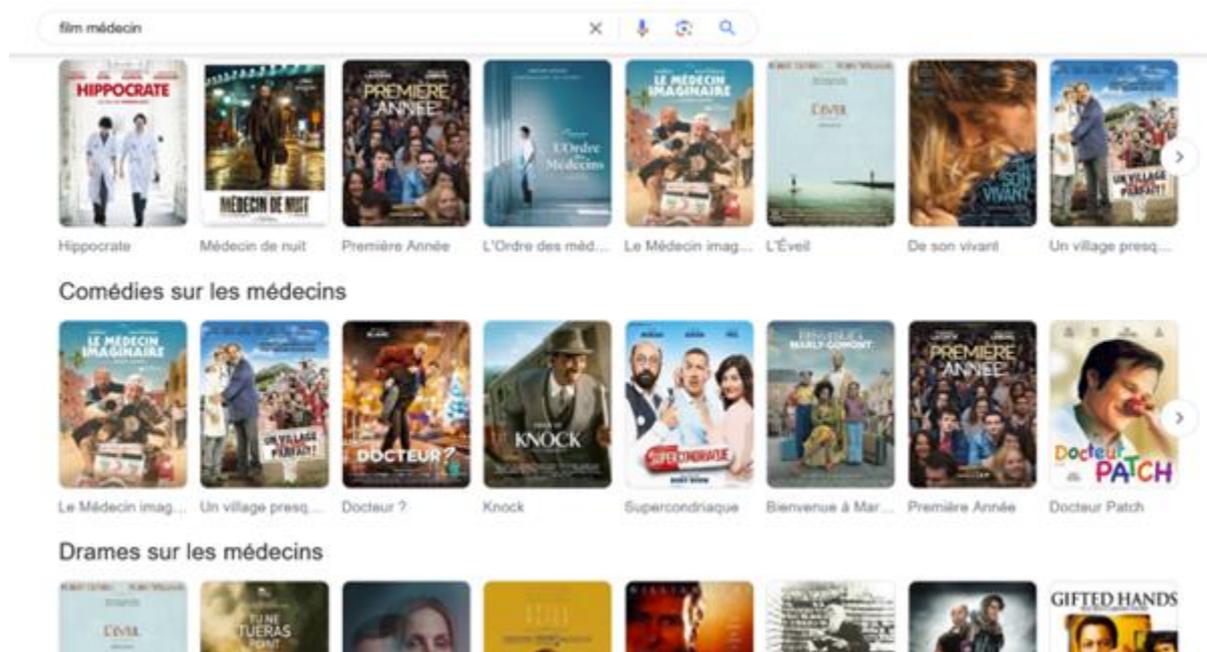
Introduction

Si le métier de médecin est particulièrement valorisé, le métier d'infirmier fait peut-être un peu moins palpiter nos imaginaires. Lorsque qu'on tape « film infirmier » sur un moteur de recherche, on en trouve une poignée:



Le premier est l'histoire de soignants tuant en toute impunité leurs patients, le troisième décrit une infirmière libérale qui devient militante d'extrême-droite. Le reste des films de la liste présente toujours le cliché de l'infirmière hypersexualisée, aux mœurs légères, qui tombe amoureuse de ses patients les plus fortunés. Enfin, la liste présente un documentaire récent sur la formation, qui introduit une première considération représentative du métier. Les films « L'infirmière » et « Rouge » décrivent le combat d'infirmières, l'une contre ses traumatismes et l'autre contre l'empoisonnement de sa région à cause d'une pollution produite dans l'entreprise où elle travaille. La première scène montre une erreur médicale de sa part, où elle abandonne une patiente dans un couloir, ce qui mènera à sa mort. Même dans ses rares représentations « positives », l'infirmière, toujours une femme, est incompétente. Elle commet des erreurs, qui même humaines, remettent toujours en question son professionnalisme.

Les médecins au contraire, dans les films qui leur sont dédiés, ne font quasiment jamais d'erreurs. Ce sont souvent des génies, comme dans « Good Docteur » ou « Docteur House », qui dénichent toujours le bon diagnostic. De plus, ils ont de la chance d'être tous charismatiques. On peut observer en tapant « film médecin » dans un moteur de recherche une liste interminable de contenus à visionner. Ces films, encore une fois, présentent le profil du médecin-génie captivant, quelqu'un de forcément bon, qui exerce par vocation, qui a le sens du sacrifice de soi et qui a fait des études compliquées.



Les médecins bénéficient ainsi d'une représentation bien plus positive de leur métier.

Le monde médical est donc déjà très médico-centré dans nos représentations et les infirmiers n'ont qu'une place accessoire. Pire encore : dans le cadre de la psychiatrie, ils ont souvent le mauvais rôle. Ce sont des gens aigris, comme la cruelle infirmière Mildred Ratched dans Vol au-dessus d'un nid de coucou.

On peut dès lors vouloir en connaître un peu plus ce métier, infirmier en psychiatrie. Si travailler dans le domaine du soin a plutôt bonne presse, qu'en est-il de travailler dans des établissements qui « font peur » dans nos imaginaires ? Qu'est-ce que cela fait de soigner des personnes qui ne pourront pas guérir ? Comment peut-on métamorphoser notre vision caricaturale du geôlier et du fou dangereux ; pour comprendre et explorer la relation soignant-patient quand sa pathologie touche l'esprit ? Nous consacrerons ce rapport à la compréhension de l'exercice du métier d'infirmier en psychiatrie. Nous explorerons la relation soignant-patient ainsi que la relation que le soignant entretient avec sa profession. Ces sujets -sensiblement entremêlés-, seront abordés à deux échelles : d'abord à petite échelle, en examinant la pratique quotidienne de la profession, puis à plus grande échelle, en considérant les tensions professionnelles au sein des structures de soin.

Ainsi, nous nous sommes intéressées au métier d'infirmier psychiatre dans des structures de soin qui permettent la création d'un lien entre le soignant et le soigné. Les infirmiers avec lesquels nous avons passés nos entretiens sont ainsi plus portés sur l'accompagnement dans le parcours du patient que dans l'administration des soins. Nous remercions ainsi Etienne et Marianne, deux infirmiers en psychiatrie, pour leur grande contribution à ce rapport. Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec eux pour qu'ils puissent partager leur expérience professionnelle et nous joignons à ce rapport leurs réflexions sur leur métier.

I. Les entretiens

1.1 Etienne

Le métier en pratique :

Etienne approche de la cinquantaine et travaille en centre de réhabilitation psychosociale.

Il est IPA, Infirmier en Pratique Avancée, et dispose d'un emploi du temps flexible. Il exerce les missions suivantes :

- L'évaluation clinique : elle permet d'assurer la sécurité du patient en surveillant d'éventuels changements de comportement ou des dégradations de l'état de santé.
- L'« orientation » : La structure dans laquelle il travaille est un centre de réhabilitation psychosociale, une structure de soins ambulatoires. Les patients doivent disposer d'une prescription médicale pour trouble psychologique pour avoir le droit d'y venir. Il reçoit les patients en rendez-vous. Au cours des trois ou quatre premiers rendez-vous, ils établissent ensemble un ou deux projets à réaliser. Ces projets dépendent du patient, ce peut être de retrouver un emploi, une formation, d'intégrer une association, de s'organiser dans le quotidien, de respecter ses rendez-vous ou de trouver un logement. Sans réalisation des projets sous trois ans, le patient est redirigé vers une autre structure. Lors des premiers rendez-vous, une grande partie du travail d'Etienne est d'aider les patients à surmonter le traumatisme du diagnostic. Souvent, le patient vit mal d'être atteint d'une maladie incurable qui souffre d'une mauvaise image dans la société et qui le freine dans ses projets antérieurs. Etienne accompagne donc ses patients dans l'élaboration de leurs projets en mobilisant leurs qualités et leurs capacités. Il les aide à reprendre pied après le diagnostic.
- Le suivi : des rendez-vous avec les patients et éventuellement des proches ou des soignants qui permettent de superviser l'avancement de ces projets.
- La coordination d'un programme d'éducation thérapeutique sur les épisodes dépressifs. Ce programme nécessite une demi-heure de préparation et 2h d'animation. Ce sont des activités de métacognition où ils travaillent sur les pensées négatives envahissantes pour trouver des alternatives.
- Une participation dans une équipe de recherche en IPA.
- La formation de jeunes soignants.
- L'accompagnement d'équipe pour améliorer la dynamique de groupe.

Etienne n'a pas d'horaire strict, mais doit être sur place de 9h à 17h pour effectuer son travail. Il nous raconte la trame de la semaine précédant l'interview.

Le lundi de 9h à 10h, il a eu une réunion clinique avec les autres soignants. L'après-midi, il a ensuite continué son activité de recherche avec ses collègues. Le lendemain, il a présenté à des étudiants infirmiers des outils d'auto-évaluation développés avec une collègue. Il a ensuite animé

son programme d'éducation thérapeutique pour personnes dépressives. Mercredi, il a eu une réunion entre infirmiers issus de différentes unités et le vendredi en fin de matinée, il a fait du suivi de patient.

Le profil des personnes hospitalisées :

Le profil des patients d'Etienne est assez varié. Ils ont entre 21 ans et 77 ans et ils sont nombreux à être dans un état dépressif. Ils bénéficient tous d'un suivi médical en dehors du centre. Ils sortent d'hospitalisation longue ou courte, ou n'ont jamais été hospitalisés. Les patients fréquentent la structure où travaille Etienne de leur propre chef. Ils peuvent consulter le centre peu importe l'avancée de leur maladie et leur état d'esprit. Etienne peut cependant signaler le patient au médecin s'il pense qu'il est un danger pour lui-même ou pour autrui et qu'une hospitalisation est nécessaire. C'est le cas si le patient a des envies suicidaires et que le passage à l'acte est probable par exemple ; s'il est dans un état maniaque ou délirant ; s'il ne mange et ne dort pas assez à un point qui peut être dangereux en raison d'une désorganisation trop importante...

L'origine du métier :

Etienne a quelques personnes dans sa famille qui travaillent dans le domaine médical -sa mère travaille en IME (Institut Médico-Educatif) pour s'occuper de personnes handicapées par exemple- mais personne de son entourage n'est dans le domaine de la psychiatrie.

Après quelques études en faculté, il décide de passer son diplôme d'infirmier. Il souhaite dès le début s'orienter en psychiatrie. Ce qui lui plaît, c'est que le travail d'équipe est plus présent que dans les autres unités de soins. Il apprécie aussi l'autonomie de décision et d'action permise dans ce domaine. Enfin, il aime la relation à l'autre et les liens qui se créent avec le patient.

Il a travaillé en « unité interne », c'est-à-dire en centre d'hospitalisation psychiatrique, pendant 6 ans en région parisienne et dans un CHU des Pays de la Loire. Ce sont des centres dans lesquels les patients sont parfois hospitalisés sous contrainte. La vie en « unité interne » est beaucoup plus rythmée que dans la structure où il travaille actuellement, notamment avec les gardes de nuit. Il trouve le cadre en « interne » moins agréable, car on voit les patients seulement quand ils sont vraiment troublés et pas quand ils vont mieux. Il trouvait qu'il y avait une forme de stigmatisation des patients dans ces unités et il a donc eu besoin de voir d'autres soins et d'opérer à une étape du parcours de soin où les patients vont mieux.

Il a ainsi ensuite travaillé dans une structure ouverte qui accueille des patients seulement la journée, ce qui lui offre des horaires stables facilitant l'organisation de sa vie personnelle.

Il décide ensuite de devenir IPA. IPA signifie Infirmier en Pratique Avancé, il s'agit d'un nouveau métier créé en 2018. La formation des IPA se compose de 3 ans de formation infirmier suivie de 2 années de faculté supplémentaires. Un IPA a des compétences élargies, intermédiaires entre celles des infirmiers et des médecins. Il exerce des missions jusque-là dévolues aux seuls médecins : il peut faire des suivis individuels, des bilans de médicaments (renouvellement d'ordonnance, adaptation de posologie), des bilans sanguins par exemple...

L'organisation de la structure :

Etienne ne connaît pas le budget dont dispose sa structure, qui fait partie du CHU de sa ville.

On assimile souvent les hôpitaux psychiatriques avec les unités fermées, mais en réalité, il y a beaucoup plus d'unités ouvertes, car les résultats y sont plus concluants. L'enfermement est plus stigmatisant pour le patient. D'ailleurs, contrairement aux a priori, beaucoup de personnes hospitalisées sont hospitalisées dans des unités ouvertes.

Le lien patient/soignant

Selon Etienne, les soignants sont plus proches de leurs patients dans sa structure que dans les autres unités, car le travail de l'infirmier se base ici sur le lien avec le patient ; il a pour objectif de lui redonner confiance et notamment de l'aider à surmonter l'importante stigmatisation qu'il subit de la part de la société. Pour cela, l'infirmier doit connaître la personnalité et la psychologie de la personne. Toute une partie de la compétence du métier est de « sentir » l'état d'esprit du patient. Le soignant interagit avec son patient sur des sujets douloureux. Sa compétence repose alors sur sa capacité à négocier, sans brusquer, pour l'amener vers une vie plus stable. Pour que le patient accepte les soins et y participe, car le soin en psychiatrie repose sur la mobilisation du patient, il faut négocier longtemps avec lui. Mais la négociation intervient à tous les niveaux du métier infirmier. Il y a des négociations entre collègues pour les remplacements, avec la hiérarchie pour l'administration de soins et pour réduire les écarts entre la réalité du métier et ce qui est demandé de faire, et avec les patients et leurs proches, dans un processus de soin ou de gestion des violences comme vu plus haut.

Au sein des unités psychiatriques, Etienne considère que les relations sont assez horizontales. Il critique par contre le fait que le patient ne soit pas davantage acteur de son parcours de soin, car si la formation infirmière et médicale a de la valeur, le patient a aussi l'expérience de la maladie et il comprend et connaît des choses que le personnel ne voit pas. Souvent d'ailleurs, le passage d'une structure très infantilisante et hiérarchisée soignant/patient (comme une unité fermée) à une structure reposant sur des relations plus égalitaires est très compliqué à vivre pour le patient. Dans le processus d'infantilisation, on doit s'adapter au fonctionnement de l'hôpital pour aller manger, dormir, faire n'importe quelles activités ou prendre ses médicaments. Il y a une perte d'autonomie du patient qui doit ensuite la retrouver en sortant et qui craint souvent de devoir se gérer seul. De fait, dans la structure d'Etienne, on met en valeur les ressources de la personne, ses qualités et ses capacités pour l'aider à retrouver son autonomie à travers ses projets. Dans une unité ouverte, les patients ne dorment pas sur place. Certains dorment à la rue, d'autres dans des foyers où ils sont accompagnés par des éducateurs, d'autres encore chez leur parents ou seul, dans un logement.

Violence ?

Étienne remarque que la violence des patients est davantage verbale que physique et que cette violence a augmenté avec la consommation de drogue.

La violence provient aussi de la stigmatisation subie par les patients. Par exemple, les schizophrènes sont en moyenne moins violents qu'une personne ordinaire mais sont plus victimes de violence que la moyenne. Les malades ont souvent la crainte d'être violent et ils se sentent responsables des violences qu'ils subissent. Ils s'auto-stigmatisent en somme.

Pour Etienne, les hôpitaux fermés ont tendance à rendre les patients plus violents. Et inversement, plus les instituts autonomisent les patients, moins ceux-ci ont tendance à être violents. Une politique restrictive augmente les violences car elle alimente la colère en raison d'une perte de liberté.

L'expérience des unités fermées en hôpital psychiatrique

Les unités fermées sont un héritage de l'asile, où l'on enferme les patients et où l'on ne peut pas vraiment discuter le suivi psychologique avec eux, puisqu'ils sont souvent trop troublés. Dans une unité psychiatrique fermée, la violence peut prendre d'autres formes. En effet, les patients sont nombreux à mal vivre leur enfermement et à vouloir sortir de l'unité. Les soignants doivent dans ces moments-là faire preuve de patience et de magnanimité puisqu'ils vont négocier avec le patient son enfermement. Dans le meilleur des cas, les soignants arrivent à calmer le patient. Plus rarement, le patient peut se montrer « violent » ou agressif et les soignants ont alors la possibilité d'actionner une alarme sonore qui permet d'appeler du renfort. Pour Etienne, les infirmiers hommes ont implicitement la responsabilité de gérer les violences physiques et d'aider leurs collègues femme dans ces situations. Si les infirmières viennent aussi aider leurs collègues par solidarité, Etienne sent un poids « en plus » sur ses épaules pour parvenir à gérer ces situations.

Des événements de violence peuvent aussi arriver sans que ça soit « mal intentionné » de la part du patient. Par exemple, Etienne s'est déjà fait frapper par un patient en essayant de lui prendre la température. Celui-ci était un migrant originaire d'un pays en guerre et ne parlant pas le français, à qui le thermomètre proche de son oreille lui avait rappelé un pistolet qu'on avait posé sur sa tempe.

Les conditions de travail :

Étienne étant devenu IPA, il a profité des améliorations liées à son nouveau statut mais il ne trouve pas que son cas soit très représentatif. Il remarque cependant qu'il manque de moyens économiques et humains pour mener à bien ses missions.

Selon lui, la prise en charge des patients en psychiatrie mériterait d'évoluer pour donner une place plus grande au patient et prévenir certaines dérives. En effet, il s'installe une certaine routine pour les soignants, qui finissent par ne plus vraiment écouter leurs patients. Les organisations se sont rigidifiées ces dernières années : les soignants doivent assumer de plus en plus de tâches et ont donc moins de liberté pour donner des soins personnalisés et de qualité. Etienne est aussi très critique des formes de management à l'hôpital qu'il juge trop hiérarchisées alors que l'hôpital bénéficierait d'une relation de partenariat entre les différents corps de métier. Pour Etienne, le système de santé est trop médico-centré et il est très difficile de se faire entendre quand on n'est pas médecin. Pourtant, la santé ne se limite pas à la médecine.

(Il s'exprime à demi-mot comme s'il ne se sentait pas légitime et ne développe pas davantage).

On demande aux infirmiers tout un travail d'accompagnement personnalisé du patient qui impose de s'impliquer dans la vie personnelle de ce dernier. Le soignant doit cependant maintenir suffisamment de distance pour pouvoir aider et se préserver en même temps. Ce délicat équilibre, à trouver, est nécessaire mais peu reconnu. Leur tâche est donc à la fois formelle et informelle. Il y a une évaluation une fois par an qui peut être considéré comme un suivi. A cette occasion, les soignants ont une note sur leur tenue ou sur le respect par exemple... Mais il n'y a pas de suivi psychologique des soignants. Le temps d'échange pour parler de ses ressentis est lui aussi informel, il se fait entre soignants. Pourtant, les soignants en psychiatrie sont particulièrement investis dans la vie personnelle de leurs patients, puisqu'ils les accompagnent pour qu'ils puissent vivre une vie « normale ». Ils sont de fait investis dans l'histoire et dans les sentiments du patient. Ils doivent les comprendre en profondeur pour les aider. C'est un processus qui mobilise beaucoup les ressources humaines et personnelles des soignants eux-mêmes. Ces qualités sont souvent mal connues de la hiérarchie qui ont tendance à les considérer comme anecdotiques. Et dans cette optique, les soignants deviennent, à leurs yeux, interchangeables d'une unité à une autre, puisque leur travail est

considéré comme identique partout, sans reconnaissance des compétences spécifiques acquises dans un service donné.

Les conditions de travail sont aussi impactées par la rationalisation des soins. Par exemple, on fait parfois sortir des patients de centre de soin sans que ceux-ci ne soient encore soignés, car « il faut libérer des lits ». Le traitement psychologique ne se limite pourtant pas aux médicaments, mais doit accompagner la personne dans sa maladie, qui n'est pas guérissable mais soignable. Or le parcours de soin est de moins en moins adapté au besoin de chaque individu pour aller à son rythme, il se standardise pour être calqué sur chaque patient. Trop peu de moyens sont consacrés à la prévention de la dégradation de la santé mentale des patients et se limitent au médical.

1.2 Marianne

Le métier en pratique :

Marianne travaille dans une structure extra hospitalière. Elle fait en effet le pont entre la sortie d'hôpital et le retour à la vie autonome. Leur structure est composée d'une équipe de cinq infirmiers.

Marianne a des horaires fixe. Elle arrive à son lieu de travail à 9h avec les autres soignants présents sur la matinée. Elle commence sa journée par l'administratif (elle s'occupe des transmissions), puis prépare la journée et avance sur les projets en cours. Une heure après, à 10 heure les patients arrivent. Il leurs est alors proposé une activité d'une heure et demi, que Marianne et les autres infirmiers présents encadrent. S'ensuit la pause de midi, les repas ne sont pas pris en charge par la structure. L'après-midi reprend à 14h30 avec une autre activité, généralement d'une durée de deux heures mais modulable par les besoins (une séance de théâtre peut par exemple nécessiter plus de temps). Les soignants restent ensuite jusqu'à 17 heure pour « faire le off », préparer les journées, les ateliers, le matériel et les salles.

Les activités proposées aux patients sont variées. On y trouve des activités sportives, des sorties culturelles ou des ateliers manuels. Les soignants peuvent également proposer de nouvelles activités. Marianne a suivi plusieurs petites formations parallèles pour pouvoir proposer de nouvelles activités, ou apporter un meilleur soutien. Elle a par exemple pour projet de suivre une formation de sophrologie, notamment pour accompagner d'une nouvelle manière sur les échauffements.

Le profil des personnes hospitalisées :

La structure s'adresse aux patients en sortie ou sortis d'une hospitalisation longue. Les profils des patients sont ainsi très variés. La médiation n'est pas imposée aux patients en sortie d'hôpital. Elle est souvent proposée par un médecin avant la sortie du patient lors d'un premier rendez-vous qui s'organise avec ce dernier et deux infirmiers de la structure. Les deux infirmiers présents s'occupent du dossier du patient, si ce dernier décide de suivre la médiation. Le patient est en effet libre d'accepter, sur le moment ou plus tard. Les patients sont ainsi acteurs de leur soin, ce qui participe à créer un « lieu ressource ».

L'organisation de la structure :

Leur budget est de 6000€ par an pour l'accueil d'environ 80 personnes, ce qui crée une dissonance entre le travail prescrit et le travail réel. Beaucoup de temps et d'énergie sont en effet accordés à la négociation de la gratuité. Les infirmiers ramènent aussi du matériel directement de chez eux.

Pour assurer chaque demi-journée dans un cadre agréable les soignants doivent être trois au minimum. Il est important que les soignants ne se retrouvent pas seuls, les infirmiers sont les ressources les uns des autres. Ils jouent ainsi un rôle implicite, ils doivent être présent pour les patients mais également pour les autres infirmiers.

L'organisation de la structure intègre les patients comme acteurs. Des petites missions leurs sont confiées, comme acheter les tickets de transport. Cela permet à la fois de mettre les patients dans des dynamiques d'organisation et d'autonomie tout en soulageant la charge des infirmiers.

Un médecin référent est présent sur la journée du mardi dans un rôle d'observateur.

Le lien patient/soignant :

Face à des patients atteints de maladies mentales incurables, un lourd sentiment d'impuissance peut surgir chez les soignants. Pour y faire face, les soignants rentrent dans un jeu de propositions. Être force de proposition est ainsi l'un des points clé de l'infirmier psychiatre. Si les maladies mentales ne peuvent pas toujours être guéries, la recherche d'un meilleur ajustement, d'un équilibre plus confortable pour le patient, fait partie intégrante du métier des infirmiers psychiatres. Il faut décortiquer ce qui existe, remettre en cause les chemins pris et chercher de nouvelles idées. Il est aussi possible de déclencher une synthèse pour remettre les choses à plat.

Par ailleurs, il est également important de conserver une distance. Une patiente leur a un jour dit qu'ils étaient sa famille. Ils ont alors doucement reposé les choses sous les termes de « lieu ressource ».

Violence ?

Sur des moments de stress, de panique, Marianne a pu se retrouver face à des émotions fortes portées par les patients, pouvant mener à des comportements violents. Le jeu de propositions s'instaure également dans ces cas. Les propositions peuvent être de tous ressorts : temps à l'écart, discussions, raccompagnement à la maison voir directement à l'hôpital dans les situations plus extrêmes.

La violence des patients n'est pas prise personnellement par les soignants expérimentés. De nombreuses réunions sont mises en place, durant lesquelles les soignants déversent leurs questions, s'entraident. Un « bip » qui permet d'appeler des collègues est également présent dans le couloir, dans le cas où un infirmier aurait besoin d'aide dans une situation à risque. Elle ne l'a personnellement jamais utilisé, mais il s'est avéré utile pour certains de ces collègues.

Pour Marianne, la violence viendrait finalement plus de l'institution. Le manque d'effectif dans les structures hospitalières contraint les soignants de sa structure à faire des remplacements au CHU. Ces remplacements, qui s'effectuent généralement sur des périodes allant de deux à trois jours, demandent beaucoup d'énergie aux soignants. Il leur faut en effet d'abord se réhabituer au lieu, elle exprime avoir sur le premier jour la sensation de « poser des questions stupides », comme

l'endroit où se trouvent les cuillères. Un référent de l'unité doit être également présent lors de la distribution des traitements, puisqu'elle ne connaît pas les patients et que Dupont pourrait prétendre s'appeler Durant.

II. Les enjeux derrière la relation entre l'infirmier et le patient

1.1 Le constat douloureux d'un manque de maîtrise

Qu'est-ce qui pousse les infirmiers psychiatriques à devenir soignants ? Historiquement, les premières infirmières étaient des religieuses. Était alors associé au rôle d'infirmier le dévouement à l'autre et le sacrifice de soi. Le métier est aujourd'hui encore imprégné de ces valeurs, bien que dans une mesure moins tragique. En effet, les arguments avancés pour le choix de ce métier s'articulent pour la plupart autour de valeurs humanitaires, comme l'altruisme, l'aide aux autres. Derrière le « vouloir soigner », se cache pour l'infirmier une position rassurante de celui en capacité d'agir, en contraste avec la position passive du patient en perte de maîtrise. L'image qui en découle est alors celle du patient allongé dans un lit entouré de soignants en action. On trouve alors chez l'infirmier l'illusion de maîtrise du parcours de la personne. Ainsi, lorsque le patient ressent une douleur que le soignant ne peut soulager sur le moment, ou lorsque le soignant ne parvient pas à apaiser et autonomiser le patient sur la durée de l'hospitalisation, il peut lui apparaître chez l'infirmier un sentiment d'échec, que le travail demandé n'a pas été correctement accompli, et la frustration peut même se reporter sur le patient, accusé de ne pas y avoir mis assez du sien. C'est ici que transparait la limite du « pouvoir soignant ». Face à cette limite qui semble infranchissable, il n'y a d'autres choix que de remettre en cause le rôle du soignant.

Le diagnostic peut également apporter une touche de fatalité qui conditionne la relation patient/soignant. En effet, pour ce qui est des psychoses, le diagnostic pose un cadre qui fait se dérouler les événements comme si tout était joué d'avance. L'exemple de la schizophrénie le démontre bien, si le terme permet de mettre tous les schizophrènes dans une même case, elle ne permet pas de les distinguer entre eux, de percevoir des évolutions dans la maladie au fil du temps. H. Ey soulignait d'ailleurs « Il faut être le dernier à faire le diagnostic de schizophrénie, tant l'étiquette est indélébile et conditionne l'attitude des soignants ». La volonté du soignant est en effet alors confrontée à un tel mur qu'il lui est compliqué de ne pas se contenter de le contourner au possible. Le soignant, mis face à ses limites, peut alors avoir tendance à réduire le patient à sa pathologie. Ces mécanismes de défense, souvent inconscients, peuvent entraver la qualité de l'accompagnement de l'infirmier.

Ainsi, se pose le constat douloureux du manque de maîtrise de l'infirmier. Si le soignant travaille avec le patient pour contribuer à son « mieux-être », il ne peut ni faire le nécessaire à sa place, ni même parfois le soulager dans l'immédiat. Ce constat en rupture avec le sentiment et l'envie du « pouvoir soigner » peut créer la culpabilité du « j'aurais pu, j'aurais dû », ou à l'inverse la dynamique d'abandon « on ne peut rien y faire ». Quelle que soit alors la direction prise, consciemment ou non, par le soignant pour se confronter à sa désillusion et à sa propre souffrance, les dynamiques qui en découlent ne peuvent être bénéfiques pour le patient. Il s'agit alors pour l'infirmier de sa confronter à ses pertes, à ses désillusions, de les accepter pour retrouver un élan dans une position plus ajustée.

1.2 Dépasser le mur de la frustration

Accepter d'être perméable.

Si le soignant veut se défaire de son idéal du « pouvoir soigner », il lui faut avant tout accepter qu'il ne soit pas imperméable au vécu du patient. En se confrontant aux doutes et à la désespérance des patients, la frontière entre le soignant et le patient peut se retrouver menacée. S'il est important pour l'accompagnement d'accueillir le vécu du patient, il convient également de conserver une distance. En effet, la frontière entre le patient et le soignant est un équilibre fin à trouver qui constitue pourtant l'un des grands enjeux du métier. Une distance trop importante occulterait le vécu du patient, lui retirant tout rôle dans le soin qu'il lui est apporté. Or c'est là toute la nuance entre le sauveur et le soignant. Le soignant agit avec le patient et non pour ou sur ce dernier. C'est d'ailleurs ce que soulevait Etienne quand il évoquait que pour lui le patient n'était pas assez maître de son parcours. En effet, seul le patient a l'expérience de la maladie, donnée essentielle pour l'accompagnement. Il n'est donc ici pas juste question de valeur, une distance trop importante empêchant la participation du soigné ne permettrait pas au patient de jouer son rôle dans le soin, pourtant essentiel à ce dernier. A l'inverse, une proximité désajustée qui empêcherait la distinction entre ce qui appartient au patient et ce qui appartient au soignant, couperait le soignant de son rôle, de ses moyens d'action. Une telle situation pourrait provoquer un rejet du soignant, envahi d'un poids qui ne lui appartient pas et dont il ne sait que faire. Outre le risque du rejet, le soignant pourrait également sortir de son rôle dans le soin, des pratiques thérapeutiques, par l'adoption de comportements plus maternels, en prenant le patient dans ses bras par exemple. Si l'équilibre est loin d'être évident à trouver, c'est sur lui que repose en grande partie le soin. Il n'y a qu'en trouvant la bonne distance au patient que le soignant et le soigné peuvent chacun jouer leur rôle essentiel. La gestion de cet équilibre s'acquiert essentiellement par la pratique, c'est notamment sur ce point que l'on pourra repérer un infirmier aguerri dans une structure qui permet le contact au patient.

Travailler en équipe.

Un autre des aspects essentiels du travail d'infirmier en psychiatrie est la collaboration entre les soignants. Comme nous l'avons vu dans l'entretien avec Marianne, il y a constamment un nombre minimum d'infirmiers requis pour le bon fonctionnement de la structure. L'infirmier n'est ainsi pas seulement présent pour les patients, il l'est aussi pour les autres infirmiers. Les soignants sont des ressources les uns pour les autres. Cette ressource est primordiale pour le bon fonctionnement de la structure. En effet, même un infirmier expérimenté peut se retrouver désajusté vis-à-vis d'un patient qui viendrait le chercher dans des enjeux lourds sur le plan personnel, pouvant remettre en cause le juste équilibre dans la relation patient-soignant. Il est alors important de pouvoir en faire part aux autres infirmiers. Être attentif à son équipe fait aussi parti des enjeux tacites de l'infirmier en psychiatrie. L'équipe permet aussi de manière plus globale à l'infirmier de ne pas incarner seul, d'autant plus quand il se sent dans une impasse. Ainsi, même dans les temps individuels que le soignant passe avec le soigné, le patient s'adresse à l'un des soignants de l'équipe.

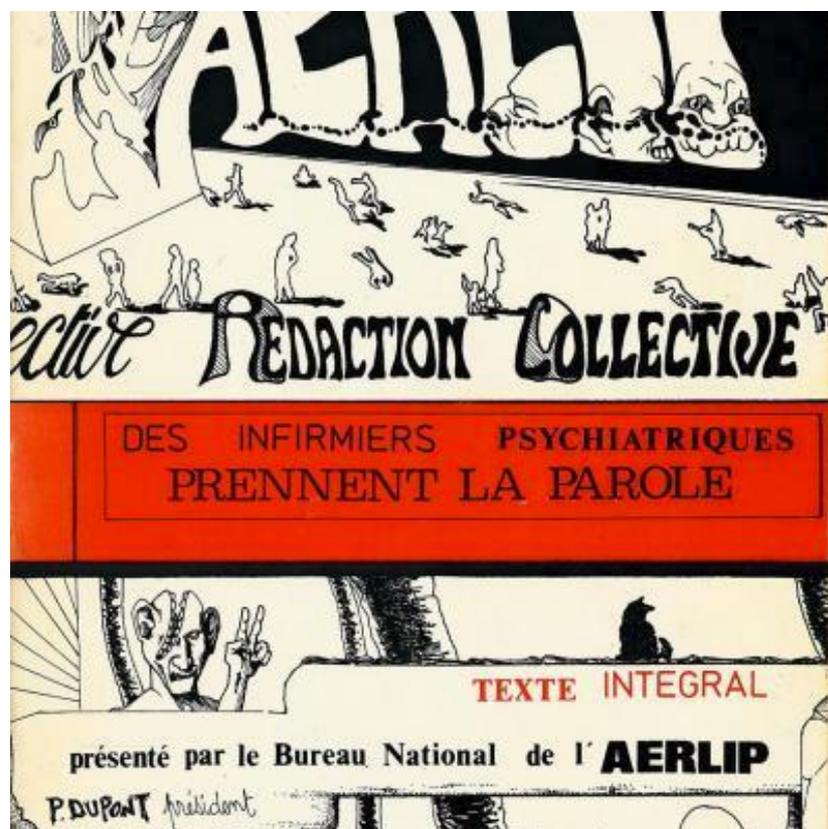
Finalement, l'un des rôles essentiels du soignant réside dans la préservation de la structure de liens. Il se passe en effet un phénomène de transduction autour du *soigner* qui inclut le soignant et le patient. De cette transduction découle la nécessité de la préservation du rôle du patient et de celui du soignant pour le *soigner*, préservation qui repose essentiellement sur les épaules des infirmiers en psychiatrie. L'équipe au service du soin nécessite également une attention particulière.

Les infirmiers doivent en effet également jouer un rôle de ressource les uns pour les autres. L'infirmier en psychiatrie dans les structures d'accompagnement se consacre donc en bonne partie à la préservation d'un équilibre dans la structure de liens.

III. Un aperçu de l'histoire du monde psychiatrique

Si nous voulions vous parler de l'histoire des infirmiers en psychiatrie, nous aurions besoin d'écrire un deuxième mémoire. En effet, selon Wikipédia, on retrouve des hôpitaux psychiatriques dès 705 à Bagdad, en 800 au Caire ou encore en 1270 à Damas et Alep. L'hôpital psychiatrique est donc une institution millénaire dont de nombreuses sociétés ont vu l'intérêt.

Cependant, en France, ce métier de *soignant* a été marqué par un épisode de conscientisation particulier : l'AERLIP (Association pour l'Etude et la Rédaction du Livre Blanc des Institutions Psychiatriques), en 1973.



Sources : <https://www.serpsy1.com/pages/des-livres-a-lire/a-e-r-l-i-p-des-infirmiers-psychiatriques-prennent-la-parole.html>

Ce livre blanc, rédigé par des infirmiers en psychiatries qui ont créé l'association, trouve ses origines dans un travail collaboratif entre lesdits infirmiers et les responsables du 72^e Congrès de Psychiatrie et Neurologie de langue française. Les infirmiers devaient rédiger un rapport à présenter au congrès sur le rôle de leur métier et sur la formation adéquate, fruit d'un travail de deux ans. Les infirmiers y décrivaient leurs conditions de travail déplorables, avec des locaux sales, les conditions de vies difficiles des internés, qui dormaient en dortoirs, devaient se contenter de douches froides et communes et se voyaient administrer des neuroleptiques agressifs. Ils souhaitaient présenter des pistes d'amélioration plus globale pour les soignants et les patients. Initialement, puisque l'on y présenterait leur rapport, la présence des infirmiers à ce Congrès avait été accordé, mais des médecins s'y sont opposé. Le congrès sur le métier d'infirmier en psychiatrie allait donc se tenir

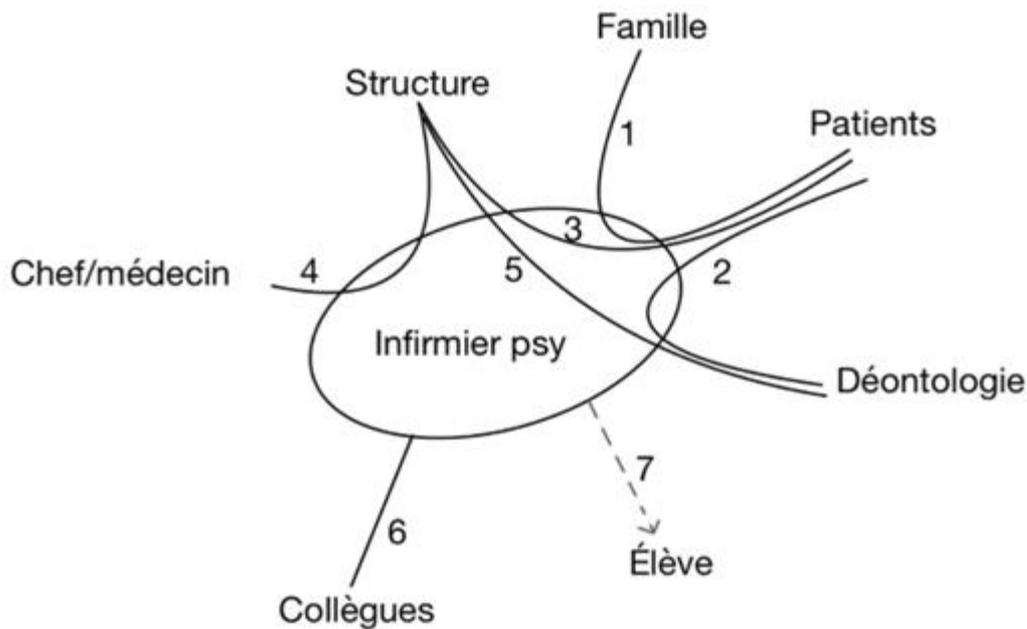
sans infirmier. 300 infirmiers ont alors décidé d'envahir la salle de réunion. Ils souhaitent passer du rôle de geôliers de l'aliéné au rôle du soignant du patient. En effet, les soins en psychiatrie ne concernent qu'en partie les aspects physiologiques, une grande partie des soins à administrer se basent sur des échanges avec les patients.

Cet évènement représente une première syndicalisation dans le monde infirmier, au moins dans la deuxième partie du XX^e siècle. Cette syndicalisation va changer le visage de la psychiatrie. Par exemple, les étudiants en soins infirmiers ne sont plus seulement formés par des médecins mais aussi par des infirmiers. C'est un processus mené par des infirmiers pour des infirmiers, mais aussi pour l'hôpital psychiatrique en générale. Le livre blanc comprend de la reconnaissance des compétences du métier, la possibilité d'être acteur de la profession en étant autorisé à être plus libre de pratiquer et de former ; mais il comprend aussi une charte des droits des patients. L'intervention des infirmiers lors du congrès critique aussi vivement les relations très verticales entre les médecins et les infirmiers à ce moment-là.

Encore aujourd'hui, les relations en institut psychiatrique, ouvert ou fermé, sont encore organisées selon des relations très hiérarchiques entre médecins et infirmiers. Il est souvent difficile de s'opposer à un médecin en tant qu'infirmier puisque la médecine « scientifique » et « médicamenteuse » est toujours plus valorisée que le soin et l'accompagnement, qui sont pourtant tout autant importants dans un processus de guérison.

I. De la pratique à la structure

4.1 Les sources de prescription sur le travail d'infirmier psychiatre



- 1) Éducation à la maladie, séances et discussions dédiées à la compréhension de la pathologie du proche. Au-delà du soin du patient, on tente aussi d'aider son entourage face à la maladie. On ne considère pas le patient comme isolé mais comme un tout, à qui on apporte ensuite un soin. Le patient prescrit à l'infirmier d'améliorer sa vie personnelle. La famille prescrit à l'infirmier un soin particulier et personnel du patient.
- 2) Il y a des obligations morales en addition des prescriptions hiérarchiques. L'infirmier se doit d'aider, de comprendre et de respecter son patient. L'infirmier est parfois « seul » à le gérer, c'est-à-dire que certains patients sont très isolés et l'infirmier peut vite devenir son seul point de contact avec le monde. C'est ainsi un métier presque risqué, puisque si l'empathie est nécessaire, une distance doit toujours être gardée pour que le soin soit efficace. La déontologie prescrit au soignant le devoir d'un soin empathique et personnalisé et prescrit un soin efficace qui nécessite de la distance.
- 3) Pas de patient sans structure et pas de structure sans patient. L'hôpital est un lieu où on tente de prendre soin de vous au mieux et où on ne souhaite jamais vous revoir. L'hôpital psychiatrique n'échappe pas à la règle. C'est un lieu paradoxal pour le patient car c'est un espace où il sera écouté et responsabilisé pour la première fois, avec le sentiment de compter pour la structure, mais l'objectif pour lui est qu'il en sorte. La relation d'attachement des patients à la structure est complexe, elle peut s'avérer bénéfique comme toxique. La structure prescrit à l'infirmier le devoir

de soigner le patient, de l'écouter, de l'inviter au soin dans la structure, et lui demande dans le même temps d'avoir l'objectif de lui faire quitter la structure.

- 4) Le chef prescrit à l'infirmier quoi faire et lui alloue le budget dans le cas de la structure de Marianne. L'infirmier reçoit la prescription de rendre des comptes à la hiérarchie concernant l'évolution des patients et la pertinence des soins prescrits.
- 5) La structure est censée permettre l'application de la déontologie. Cependant, la déontologie s'applique parfois malgré la structure qui comprend mal le métier d'infirmier.
- 6) Les collègues infirmiers se prescrivent un devoir de solidarité, sur lequel repose le fonctionnement de l'hôpital. Ce devoir de solidarité joue quand les infirmiers doivent aller remplacer des collègues dans d'autres établissements ou superviser les activités proposées dans leur unité, qui se font le plus souvent à plusieurs pour des questions de sécurité.
- 7) Enfin, dans le cas où l'infirmier est formateur, les infirmiers ont pour prescription de former de futur infirmier et ils leurs prescrivent alors du travail et des méthodes à maîtriser.

3.2 Infirmier en psychiatrie, un métier sous tensions et soumis à des prescriptions paradoxales

Des sources de tensions :

	Besoin de soignants spécialisés	Besoin de combler le manque de personnel
	Symptômes	Symptômes
Hôpital	Besoin d'avoir des soins psychiatriques de qualité, avec un diplôme réservé aux infirmiers psychiatriques gage de qualité du service (avant 1992)	De moins en moins de soignants, besoin de soignants « intérimaires », qui puissent s'adapter à n'importe quelle structure sans temps d'adaptation et en connaissant toutes les tâches à réaliser. Ces soignants intérimaires effectuent alors des remplacements dans des unités d'hospitalisation plus « urgentes » pour que le système de santé survive au manque de personnel.
Hiérarchie directe	Devoir de faire fonctionner le service efficacement avec des infirmiers qui connaissent très bien le lieu, ont les compétences précises de leur domaine, qui y reste tout le long de leur carrière	Nécessité de « combler les trous ». Les infirmiers ont des connaissances dans tous les secteurs et qui sont applicables partout. Ils s'adaptent au secteur même pour n'y passer que quelques jours par an. Les remplacements dans les unités sont tellement communs que l'esprit d'équipe, indispensable au fonctionnement d'un service, n'existe plus
Infirmiers	Ne peut plus aller d'un service à un autre. Reste cloisonné à une tâche et à un type de soin en particulier N'exerce plus que dans un domaine pour lequel il est compétent, perte de la diversité du travail d'infirmier Soins faits à la chaîne, sur un modèle de soin-type pour des patients divers : les patients sont donc moins bien soignés car les soins ont été découpés en trop de petits morceaux pour former un tout cohérent	Les infirmiers ne peuvent plus créer de liens avec leurs collègues : le système dysfonctionne car leur solidarité le faisait vivre. Les malades sont mal soignés car les infirmiers ne peuvent plus les connaître. Les soignants sont interchangeable et sans compétences spécifiques. Le soin se fait à la chaîne, sur un modèle de soin unique pour des patients divers

Les deux cas de figure aboutissent à une prolétarianisation du métier. Dans un cas, le métier perd de sa diversité et dans un autre, les soignants, interchangeables, n'ont pas de compétences spécifiques. Si les deux situations ne s'équilibrent pas, c'est en raison d'une méconnaissance du métier d'infirmier leur hiérarchie. De cette méconnaissance naît des maladresses managériales qui, à force de changer la forme du métier, finissent par en changer le fond.

Tableau d'un paradoxe de la réalité du métier :

	Besoin de soin	Besoin de libérer des lits
	Symptômes	Symptômes
Société civile	<p>Croissance de la sensibilité vis-à-vis des maladies mentales</p> <p>Besoin de sécurité</p> <p>Respect des droits humains</p>	<p>Sentiment d'être « volé » par un système public (police/école/santé) trop onéreux</p> <p>Baisse d'impôt souvent tourné en argument électoral</p> <p>Baisse des investissements dans le domaine de la santé et investissements plutôt « réserver » à des lits pour de médecine d'urgence qu'à une population stigmatisé par leur pathologie mentale</p>
Hiérarchie	Organise le soin de manière à ce que celui-ci soit de la meilleure qualité possible, permettre au patient de prendre le temps nécessaire pour le soigner et le placer dans l'institution qui lui convient	Doit répondre aux demandes du gouvernement et aux coupes budgétaires : on doit alors policer les entrées et les sorties dans un services, avec la nécessité de vider les lits, pour permettre à tout le monde d'être un peu soigné
Infirmier	<p>Déontologie</p> <p>Connaissance de la vie personnelle du patient et aide dans ce domaine</p> <p>Développer ses compétences en contact avec les patients, en expérimentant le métier d'infirmier psychiatrique au contact du patient. Avoir le temps de côtoyer les patients pour compléter sa formation infirmière</p>	<p>Les soignants doivent parfois « abandonner » leurs patients dans des situations où ils auraient encore besoin d'eux et les patients sont parfois réorientés vers des structures qui ne leur sont pas forcément adapter, dans lesquelles les infirmiers sont impuissants. Il y a une discordance entre la déontologie des infirmiers et ce qui leur est demandé de faire.</p> <p>Il y a un modèle de soin qui est appliqué à la chaîne sur des patients tous différents, avec une date de fin d'hospitalisation « idéale »</p>

3.3 Une réflexion sur la structure dans laquelle évolue un infirmier en psychiatrie

Il y a dans les deux cas une prolétarianisation du métier en cours. Il y a un besoin de rentabiliser le système de santé actuel. Il faut pour ce faire installer des routines de soin pour toutes les unités pour rendre possible et praticable les remplacements. Or ces remplacements cristallisent de nombreuses tensions. En effet, les infirmiers ne sentent pas de reconnaissance de la part de leur hiérarchie de leurs compétences ou de la réalité de la pratique de leur métier. S'il paraît possible d'instaurer un modèle de soin type au premier abord, ce dernier n'a aucun sens quand on essaye de l'appliquer. En effet, le métier d'infirmier est intrinsèquement multi-tâche. Nier la diversité des actes dans le métier d'infirmier, c'est déjà le considérer comme un métier prolétaire, sans besoin de réelles compétences. Les remplacements introduisent l'idée que le métier d'infirmier est le même dans toutes les unités de soin et que les soignants font les mêmes gestes partout.

Pourtant, la nuance de la profession se joue dans le soin personnalisé et donc la relation que l'infirmier entretient avec son patient. L'intérêt du soin, notamment en psychiatrie, est justement d'avoir la possibilité de connaître le patient. Au contraire, la routine peut presque être dangereuse, car elle engendre des moments de négligence. Par exemple, en lavant un malade non-verbal, Marianne s'est fait frapper par ce dernier car il avait eu peur des infirmiers, qui eux n'avaient pas du tout perçu sa panique en effectuant leur routine. Ou encore, en voulant prendre la température d'un patient, celui-ci a interprété le thermomètre comme un revolver qu'on lui avait posé sur la tempe dans son pays d'origine.

La pratique du métier oblige à s'adapter à des patients très divers. L'écart prescrit-réel repose sur l'écart entre ce que la hiérarchie voit du métier et ce que l'infirmier vit. Soigner s'avère être une tâche beaucoup plus complexe et diverse que d'enchaîner des routines, même si celles-ci font aussi partie du métier.

La hiérarchie de l'infirmier est souvent un médecin. Or, l'écart prescrit-réel provient de l'écart des rôles attribués à l'infirmier par le médecin et ceux endossés par les infirmiers eux-mêmes dans leur expérience du métier. En effet, le médecin est souvent celui qui prend toutes les décisions de soins pour un patient. Dans un système où les soins sont très médico-centrés, l'infirmier ne représente alors plus que l'extension opérationnelle du médecin. En psychiatrie, l'infirmier devrait se cantonner à la collecte d'informations et à l'observation des éventuels changements de comportement du patient. Cependant, dans l'expérience qu'un infirmier a de son propre métier, il est beaucoup plus que l'outil du médecin. Il doit assurer des rôles et possède des compétences que le médecin n'a pas. Lorsque qu'on demande à un infirmier de « libérer des lits » en renvoyant un patient qui a encore besoin de soin, ou qu'on lui demande d'effectuer des remplacements de quelques jours dans des unités qu'il ne connaît pas, on lui donne une prescription qui rentre en contradiction avec les prescriptions phares de son métier.

De la même manière, en reconsidérant la tension, le métier de soignant est nécessairement multi-tâche. Toutes les professions demandent un large éventail de compétences, pour le métier d'infirmier la première prescription est de soigner. Le développement de compétences très spécifiques est intrinsèque à l'exercice de la profession et ne peut pas être simplement copié dans une autre unité. Pour soigner correctement, un infirmier en psychiatrie a pour prescription de connaître suffisamment bien son patient. Tenter de rationaliser le métier d'infirmier en psychiatrie en essayant d'instaurer un patient-type à soigner est contre-productif. De plus, le type de soin change d'une unité à une autre. Le travailleur développe des compétences spécifiques. La diversité des soins qu'un infirmier doit apporter à ses patients est trop importante pour sur-rationaliser le métier et tenter d'écraser les coûts sur celui-ci, si on tient à soigner qualitativement.

Nous pouvons éventuellement proposer quelques pistes d'amélioration pour permettre un fonctionnement plus harmonieux de la profession.

Dans un premier temps, peut-être le plus évident, donner plus de moyens pour disposer d'un plus grand nombre d'infirmiers. Les augmentations de salaires consenties aux soignants ne suffisent pas, car elles ne compensent pas le manque de personnel qui se fait ressentir dans l'exercice de ce métier. De fait, même si des gratifications financières sur le salaire des infirmiers seraient bienvenues, la priorité reste de donner au système de santé publique des dotations financières de fonctionnement plus raisonnables. Ces dotations permettraient de limiter la rationalisation imposée par les nombreuses coupes budgétaires qui nuisent au bon fonctionnement de la profession.

Dans un deuxième temps, une organisation moins hiérarchique de l'hôpital serait aussi bénéfique à ce dernier. Les infirmiers auraient alors plus de facilité à communiquer avec les médecins, et auraient la possibilité de faire évoluer le diagnostic grâce à leurs connaissances de terrain. Dans le cas où le diagnostic de la maladie revient toujours au médecin, une structure hospitalière moins hiérarchique retirerait la peur de « mal faire » des infirmiers, ainsi d'augmenter l'efficacité d'un service. Avoir une relation plus égalitaire permettrait une meilleure symbiose dans le service, puisqu'il n'y aurait plus « ceux qui savent mieux que d'autres », mais des professions qui n'ont pas les mêmes rôles et qui se complètent.

Conclusion

Ainsi, le métier d'infirmier en psychiatrie dans les structures d'accompagnement repose d'abord sur la préservation de la transduction entre le soignant et le soigné, au service du soin. Cette préservation passe notamment par un travail sur soi et par l'équipe. À plus large échelle, le métier d'infirmier en psychiatrie est soumis à de nombreuses sources de prescription, parfois paradoxales. Rattaché à des hôpitaux en manque de moyens, une bonne partie du métier se consacre à combler un vide structurel. La non-reconnaissance du métier infirmier, inscrite dans une hiérarchie trop verticale, constitue également une fuite d'énergie chez le personnel qui est pourtant le plus à même de suivre les patients.

BIBLIOGRAPHIE

DELIEUTRAZ Séverine, « Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé », *Cliniques*, 2012/2 (N° 4), p. 146-162. DOI : 10.3917/clin.004.0146. URL : <https://www.cairn.info/revue-cliniques-2012-2-page-146.htm>

OGIEN Albert, « Le travail en équipe : l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie » In: *Sciences sociales et santé*. Volume 5, n°2, 1987. La sociologie de la santé en R.F.A. (2e partie) pp. 61-84.

Ponet Blandine, Fauconnier Coline, « Petite discussion autour du métier d'infirmier en psychiatrie aujourd'hui », In : *VST - Vie sociale et traitements*, n° 129, 2016, Éditions Érès, pp. 48-54

Cereyon A., Masquelier J.Y, Olié Jean-Pierre, Poirier Marie-France, « Quels rôles pour les soignants ? », In : *Recherche en soins infirmiers*, n° 84, Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2006, pp. 29-40

CORNEAU Pascale, HOLMES Dave, Jacob Jean Daniel, Rioux Désiré, « Contentions mécaniques en psychiatrie : étude phénoménologique de l'expérience vécue du personnel infirmier », In : *Recherche en soins infirmiers*, n° 128, Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2017, pp. 41-53

Beauvais Louise, Bérubé David, Corbeil Danielle, Jacob Jean Daniel, Perron Amélie, « Identification et gestion de la violence en psychiatrie : perceptions du personnel infirmier et des patients en matière de sécurité et dangerosité », In : *Recherche en soins infirmiers* n° 120, Éditions Association de Recherche en Soins Infirmiers, 2015, pp. 47-60