

Institut de formation en soins infirmier Pontchaillou

2 Rue Henri le Guilloux

35000 Rennes

# Le positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie

SARRON Nicolas

Formation infirmière

Promotion 2014-2017



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET  
DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

Diplôme d'Etat d'Infirmier

**Travaux de fin d'études :**

***Le positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie***

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

**Phrases à insérer par l'étudiant, après la page de couverture, du *Le positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie*, à dater et à signer**

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

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

***Le 13/04/2017***

***Signature de l'étudiant : SARRON Nicolas***

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA  
CONFIANCE PUBLIQUE CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

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

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

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

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

## Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont participé à mon épanouissement au cours de ma formation, et tout particulièrement :

Mes camarades de promotion, avec qui j'ai pu vivre trois années inoubliables.

Les professionnels que j'ai rencontrés en stage, pour leur approche bienveillante et leur investissement auprès de moi.

Mes amis, ma famille, qui ont su me soutenir et croire en moi.

Ma référente pédagogique, qui a été présente toute au long de ma formation et avec qui j'ai pu me voir évoluer vers mes objectifs.

Ma référente de mémoire, qui a toujours fait preuve de confiance et de pertinence envers moi et mon travail.

L'équipe pédagogique de l'institut, qui a su me transmettre sa passion pour cette fabuleuse profession qu'est le métier d'infirmier.

# Sommaire

|  |    |
|--|----|
| I Introduction .....   | 4  |
| I.1 Intérêts professionnels et motivations.....              | 4  |
| I.2 Situations d'appels.....                                 | 5  |
| II Cadre conceptuel.....                                     | 7  |
| II.1 Le positionnement infirmier.....                        | 7  |
| II.1.1 La profession infirmière .....                        | 7  |
| II.1.1.1 Historique.....                                     | 7  |
| II.1.1.2 L'infirmier aujourd'hui.....                        | 8  |
| II.1.1.3 L'infirmier en psychiatrie .....                    | 9  |
| II.1.2 L'identité infirmière en psychiatrie .....            | 10 |
| II.1.2.1 Qu'est-ce qu'une identité ? .....                   | 10 |
| II.1.2.2 L'identité infirmière.....                          | 10 |
| II.1.2.3 Le positionnement professionnel en psychiatrie..... | 11 |
| II.2 Le projet de soin.....                                  | 12 |
| II.2.1 Le patient, sujet du soin.....                        | 12 |
| II.2.1.1 Le patient en psychiatrie .....                     | 12 |
| II.2.1.2 La relation de soin.....                            | 14 |
| II.2.1.3 La distance professionnelle.....                    | 15 |
| II.2.2 Le projet de soin en psychiatrie.....                 | 16 |
| II.2.2.1 Les caractéristiques du projet de soin .....        | 16 |
| II.2.2.2 La cohésion soignante dans le prendre soin.....     | 18 |
| III Enquête .....  | 19 |
| III.1 Méthodologie.....                                      | 19 |

|   |    |
|---|----|
| III.2 Analyse .....   | 20 |
| III.2.1 Le positionnement infirmier en psychiatrie .....        | 20 |
| III.2.1.1 Le rôle infirmier .....                               | 20 |
| III.2.1.2 Le positionnement infirmier .....                     | 21 |
| III.2.1.3 Les valeurs soignantes .....                          | 21 |
| III.2.2 La relation soignant-soigné .....                       | 22 |
| III.2.2.1 Le patient en psychiatrie.....                        | 22 |
| III.2.2.2 L’alliance thérapeutique .....                        | 22 |
| III.2.2.3 Les attitudes relationnelles .....                    | 23 |
| III.2.3 Le projet de soin en psychiatrie .....                  | 24 |
| III.2.3.1 Particularités du projet de soin en psychiatrie ..... | 24 |
| III.2.3.2 L’interdisciplinarité .....                           | 24 |
| III.2.3.3 Cohésion d’équipe .....                               | 25 |
| IV Discussion.....  | 26 |
| V Conclusion .....  | 32 |
| Bibliographie .....   | 33 |
| Annexe .....  | 1  |
| Annexe 1 : Situations de départs.....                           | 1  |
| Annexe 2 : Guide d’entretien.....                               | 6  |
| Objectifs de l’entretien : .....                                | 6  |
| Questions lors de l’entretien : .....                           | 6  |
| Annexe 3 : Retranscription de l’entretien .....                 | 7  |
| Annexe 4 : Tableau d’analyse.....                               | 20 |

# I Introduction

Ce travail est pour moi l'opportunité de pouvoir contribuer à l'édifice des recherches en soins infirmiers. Je présente ici tout mon investissement et toute ma passion pour le métier d'infirmier ainsi que pour la préparation de mon avenir professionnel.

## I.1 Intérêts professionnels et motivations

La psychiatrie est un univers complexe où la relation à l'autre est clé pour le prendre soin. Suite aux deux stages de cinq semaines que j'ai pu effectuer en psychiatrie lors de ma deuxième année de formation, ce secteur a suscité en moi un intérêt profond. Ces stages m'ont permis d'apprécier des situations de soins singulières où l'expertise des soignants se montre indispensable à leur compréhension. Les infirmiers et professionnels que j'ai pu y rencontrer se sont montrés passionnés par leur exercice dans ce secteur. Voyant mon envie de comprendre à mon tour pour pouvoir prendre en soin, ils ont su me transmettre leurs pratiques professionnelles.

Les soins relationnels ont toujours été pour moi un intérêt majeur lors de ma formation. Je prends cœur à faire vivre les outils relationnels lors de mes stages. Cette mécanique humaine et intangible qu'est la relation à l'autre est pour moi une évidence et fait partie intégrante du prendre soin.

Je souhaiterais, par ce travail, pouvoir en apprendre encore davantage sur la relation au patient sous un angle différent. En effet, le prendre soin du patient ne peut être pleinement bénéfique que s'il est orchestré par un projet.

C'est également mon intérêt pour ce projet de soin qui m'anime dans la réalisation de ce travail. Élément phare de la formation en soins infirmiers, je chercherai ici à approfondir cette notion pour mieux l'appréhender en tant que professionnel.

A ce jour, mon projet professionnel est l'oncologie. Secteur où la technicité et l'aspect relationnel du soin se croisent pour ne former qu'un. J'ai choisi d'étudier la psychiatrie dans ce travail car c'est ce domaine qui illustre à mon sens l'aspect majoritairement relationnel du soin. Cela me permettra de développer mes connaissances à ce sujet et donc mes bagages pour mon exercice de demain.

Dans un premier temps, nous étudierons deux situations que j'ai pu vivre en psychiatrie et qui m'ont posé question. Par ce questionnement nous cheminerons jusqu'à une question de départ. Ensuite, cette question de départ sera explorée, d'une part par l'étude théorique des différents concepts impliqués, et d'autre part avec un entretien réalisé auprès d'un infirmier exerçant en psychiatrie. In fine, nous confronterons ces deux parties pour poursuivre notre raisonnement vers une question de recherche.

## I.2 Situations d'appels

Ce travail se base sur deux situations rencontrées en stage. Ces deux situations prennent place au cours de ma deuxième année de formation, durant le semestre quatre. J'effectuais alors un stage en service d'admission psychiatrique. Ces situations traitent de la prise en soin de Monsieur E, un patient de dix-huit ans, hospitalisé pour troubles du comportement et syndrome frontal consécutif à un accident de la voie publique.

De par son syndrome frontal, la prise en soin de ce patient est très spécifique. En effet, de par ses ralentissements psychomoteurs et son altération du langage et de la concentration, il est nécessaire de prendre le temps de s'entretenir avec lui et de l'accompagner pour le comprendre. Ses troubles du comportement font que ce patient peut vite avoir des attitudes inadaptées à la situation, notamment en faisant rapidement preuve d'agressivité s'il ressent de l'opposition. Il se montre très opposant aux règles d'hospitalisation ainsi qu'aux règles sociétales, de ce fait il est important de poser un cadre et des limites dans la prise en soin de Monsieur E. Le patient manifeste son opposition avec des comportements agressifs comme des gestes brusques visant à blesser ou intimider, voir des attouchements sexuels. L'imprévisibilité et la gravité de ses comportements font que ces derniers sont régulièrement sujets à des discussions pluridisciplinaires, toutefois à ce jour aucune réponse homogène n'a été trouvée.

De ce fait, quand le patient va exprimer des demandes sortant du cadre instauré, certains collègues vont choisir de maintenir les règles en faisant face à l'agressivité du patient alors que d'autres vont choisir d'accéder à ses demandes dans le but d'esquiver une éventuelle mise en danger. Le projet de soin de ce patient, décidé initialement par une réunion interdisciplinaire, a pour principal objectif une réinsertion sociale du patient passant par une meilleure gestion des émotions et des règles sociales par ce dernier. Pour

cela, il avait été prévu à la base un cadre responsabilisant et homogène pour Monsieur E. Cependant la réalité actuelle diffère de l'objectif initial.

La première situation traite du fait que Monsieur E pénètre sans autorisation dans un espace de soin. Je le surprends et je décide de venir le voir pour faire respecter le projet de soin. Je lui rappelle donc avec bienveillance les règles et lui explique qu'il n'a pas le droit à être dans cet espace. En réponse à mon attitude, le patient fait preuve d'agressivité et tente de me porter un coup de poing. Le patient est conduit en chambre de soins intensifs.

La seconde situation se déroule dans la salle de soin, une heure après la collation de seize-heure. J'étais alors avec l'infirmière, en train de préparer les piluliers. Monsieur E vient nous surprendre et nous demande d'un ton menaçant une nouvelle collation. Le projet de soin pose que Monsieur E doit respecter les heures de repas pour lui permettre de mieux respecter les règles simples de son cadre de vie. Voyant le patient devenir de plus en plus agressif dans ses demandes, l'infirmière y accède et lui apporte une collation supplémentaire pour éviter une réponse agressive de la part du patient.

La prise en soin de ce patient m'a induit un questionnement professionnel. Comment réagir face à ce contexte de non-respect des règles, à savoir l'intrusion en salle de soin ? Comment gérer un contexte d'agressivité voir de violence ? Dans quelle mesure la pathologie du patient influence-t-elle son comportement ? La volonté de l'infirmière était-elle d'éviter la réaction du patient ou uniquement de satisfaire le patient ? La présence d'un autre collègue au moment des deux situations aurait pu-t-elle donner une suite différente ? Comment se fait-il que les soignants n'adoptent pas la même attitude dans l'application du cadre de ce patient ? La réponse de l'infirmière est-elle le résultat d'un manque de concertation avec d'autres membres de l'équipe ? Comment une posture soignante adaptée peut-elle servir dans l'élaboration du projet de soin de ce patient ?

Ce questionnement nous amène à une question de départ qui initiera les recherches de ce travail.

En quoi le positionnement infirmier influence-t-il le respect du projet de soin du patient en santé mentale ?



## II Cadre conceptuel

### II.1 Le positionnement infirmier

#### II.1.1 La profession infirmière

##### II.1.1.1 Historique

La profession infirmière est fruit d'un héritage riche en réformes et législations. Il est intéressant d'en étudier son histoire pour mieux comprendre l'infirmier contemporain. Nous débuterons notre étude à partir du dix-neuvième siècle. C'est à partir de cette période marquée par des progrès techniques et sociaux majeurs que le milieu hospitalier va connaître d'importants changements. Michel Poisson, cadre infirmier, décrit l'hôpital du dix-neuvième siècle comme « encore profondément ancré dans les siècles passés. Il est le lieu de deux pouvoirs distincts, réunis par un contrat formel, mais aussi par une connivence multiséculaire; le pouvoir administratif et le pouvoir ecclésiastique » (Poisson, M. (1998). p. 37). L'auteur traduit ici le profond passé religieux du domaine hospitalier, qui marquait le clivage entre le domaine religieux et médical. « Les religieuses, assidues depuis longtemps, monopolisent encore tout ce qui concerne les soins aux malades » (Poisson, M. (1998). p. 37).

Une avancée remarquable aura lieu pour la psychiatrie au début de ce siècle. « Le 30 juin 1838, une loi sur les aliénés est promulguée » (CNLE, 2009). Elle sera inspirée par Jean-Etienne Esquirol et obligera que soit créé « dans chaque département un asile d'aliénés » (Garrabé, J. 2017). Peu après, en 1860, est mis en place « la clinique de la schizophrénie. En effet, c'est l'époque du développement de la psychanalyse. La psychiatrie devient une spécialité médicale » (CNLE, 2009). « En 1877, une décision déposée au conseil municipal de Paris propose d'ouvrir les premières écoles d'infirmières d'asile » (Leyreloup, 2010). Dans le même temps, en 1880 débutera la laïcisation des hôpitaux parisiens. A cette période, « on comptait dans les hôpitaux, pour 472 religieuses, 2319 infirmiers et infirmières laïques » (Poisson, 1998, p.39). Vont alors cohabiter médecin, infirmier et religieuses. La médecine gagnera progressivement du terrain au dépend de la religion dans le secteur hospitalier. En parallèle, la condition infirmière se précisera et s'adaptera aux évolutions. « L'arrêté du 23 juillet 1955 régleme le premier

diplôme pour les infirmiers des hôpitaux psychiatriques » (Leyreloup, 2010). Sera alors « définit une formation de deux ans » (Leyreloup, 2010). Après, « avec l'arrêté du 23 mars 1992, on assiste à la fusion des formations d'infirmier en soins généraux et en soins psychiatriques » (Leyreloup, AM, 2010). Ainsi les infirmiers suivent à ce jour un cursus commun.

#### II.1.1.2 L'infirmier aujourd'hui

Maintenant que nous avons étudié les grands changements que la profession infirmière a pu connaître au cours de son histoire, nous allons nous intéresser à ce que représente l'infirmier de nos jours. Le dictionnaire Larousse définit l'infirmier comme une « personne habilitée à assurer la surveillance des malades et à les soigner sur prescription médicale » (<http://www.larousse.fr>). Nous allons préciser cette définition à l'aide de l'article L4311-1 du code de la santé publique qui dispose que « est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu » (<https://www.legifrance.gouv.fr>). Cet article met en relief ici la notion de soins infirmiers.

Tout d'abord définissons les soins. Le dictionnaire explique que ce sont des « actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, ou des actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps » (<http://www.larousse.fr>). Walter Hesbeen expliquera le « soin infirmier » par le fait qu'il est « l'attention particulière portée par une infirmière ou un infirmier à une personne et à ses proches », « il s'inscrit dans une démarche interpersonnelle et comprend tout ce que les infirmières font, dans les limites de leurs compétences, pour prendre soin des personnes » (Hesbeen, 1997, p.65).

La notion de compétence évoquée par cet auteur renvoie aux rôles infirmiers précisés dans le code de la santé publique. L'article R4311-3 du code de la santé publique dispose que « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes » (<https://www.legifrance.gouv.fr>). D'autres soins sont sous prescription médicale et sont encadrés par l'article R4311-7 disposant que « L'infirmier ou l'infirmière est habilité à

pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin » (<https://www.legifrance.gouv.fr>). L'article nommera les différents actes concernés.

L'infirmier serait donc un professionnel capable de prendre soins d'autrui selon un référentiel de compétences. Walter Hesbeen « pose le concept de prendre soin comme une valeur et non comme une vérité » (Hesbeen, 1997, p.37). Il précisera qu'une valeur « c'est ce à quoi on accorde de l'importance, c'est ce qui vaut quelque chose à nos yeux et que l'on a envie de faire vivre » (Hesbeen, 1997, p.38). Les soins infirmiers sont donc encadrés légalement par le code de la santé publique et s'inscrivent dans une démarche philosophique soignante.

### II.1.1.3 L'infirmier en psychiatrie

Nous allons maintenant nous intéresser à l'infirmier en psychiatrie. Pour comprendre cette notion nous allons définir la psychiatrie. Le dictionnaire pose que c'est une « spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques » (<http://www.larousse.fr>). D'après cette définition, les maladies mentales se placent comme l'élément caractéristique de la psychiatrie.

L'Organisation Mondiale de la Santé parlera de « troubles mentaux » et précisera que « les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux » (OMS, 2017). La confrontation de ces différentes définitions nous amène à comprendre que la psychiatrie va s'intéresser à ce qui peut toucher le comportement des patients vis-à-vis de leur environnement. Nous allons poser également la notion de santé mentale afin de mieux comprendre la relativité de la maladie. Selon l'OMS, « la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles » (OMS, 2017).

Les notions définies ici nous posent le cadre du domaine d'exercice de l'infirmier en psychiatrie. Nous étudierons comment ces notions interagissent avec la définition de

l'infirmier évoquée précédemment. Jacky Merklings, cadre de santé exerçant en centre médico-psychologique, précise que « les soins psychiatriques sont des soins spécifiques, particuliers qui, s'ils comptent de nombreux points communs avec les soins somatiques, comptent aussi de grandes différences » (Merklings, 2007, p.9). L'infirmier en psychiatrie dispose de compétences propres spécifiées par le cadre légal. L'article R4311-6 du code de la santé publique dispose des soins spécifiques qu'il peut réaliser en plus de ceux disposés par l'article R4311-5. C'est en nous basant sur ce postulat que nous allons nous intéresser aux différentes spécificités de l'infirmier exerçant en psychiatrie.

## II.1.2 L'identité infirmière en psychiatrie

### II.1.2.1 Qu'est-ce qu'une identité ?

Pour comprendre la position de l'infirmier en psychiatrie, il nous faudra dans un premier temps comprendre son identité, puis les éléments la caractérisant. Le dictionnaire nous apporte qu'une identité est un « ensemble des données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un » (<http://www.larousse.fr>). Dans l'ouvrage *Le métier d'infirmier en santé mentale*, Jacky Merklings définit l'identité comme étant « ce qui caractérise l'individu, ce qui lui permet de nourrir un sentiment d'existence », elle peut être « personnelle ou professionnelle » (Merklings, 2007, p.143). Dans l'ouvrage *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*, Annick Perrin-Niquet induit la notion d'identité professionnelle où elle explique qu'elle « se construit sur une appartenance à des valeurs, des conceptions, des techniques, donnant lieu à une cohérence entre culture et pratique » (Perrin-Niquet, 2004, p.186). Annick Perrin-Niquet est cadre supérieur de santé au Centre Hospitalier Spécialisé de Saint-Cyr-au-Mont-d'or.

### II.1.2.2 L'identité infirmière

Maintenant que nous avons défini la notion d'identité professionnelle, nous allons pouvoir la rattacher à la profession infirmière. Pascal Schindelholz, cadre de santé, problématise la question en se demandant « Qu'est-ce- que l'identité infirmière aux yeux des collègues, des cadres, des patients? » (Schindelholz, 2006, p.58). Il va ici poser les différentes composantes de l'identité infirmière. Il mentionne dans un premier temps le « Le cadre légal professionnel » (Schindelholz, 2006, p.58) que nous avons pu évoquer

préalablement. Ensuite, il expose l'importance de la formation dans la construction de l'identité en disant que « c'est la rencontre de la formation, des expériences de stage, puis des professionnels plus tard qui vont contribuer à faire évoluer le positionnement et l'identité professionnelle » (Schindelholz, 2006, p.59). Lors de la formation, ce sont alors ces expériences qui vont faire avancer le futur professionnel. L'auteur précise que « Le champ de l'étudiant renvoie au processus de l'élaboration de sa personnalité. Ceci touche à l'éthique de la construction de soi. » (Schindelholz, 2006, p.59).

Maintenant que nous avons défini la notion d'identité infirmière, nous allons nous intéresser aux valeurs s'y rattachant comme y faisait précédemment référence Walter Hesbeen. Marie-Claude Vallejo, cadre de santé au CHU de Toulouse, témoigne que « L'expérience d'infirmière m'a montré l'importance des valeurs telles que le respect et le souci de l'autre, patient ou proche » (Vallejo, 2015). Elle mentionne les valeurs infirmières en soulignant que « Le patient doit pouvoir compter sur la fiabilité et l'honnêteté de cette promesse. À partir de cette parole fiable, la confiance peut s'installer » (Vallejo, 2015).

L'identité infirmière est donc un composé de plusieurs notions indissociables. Nous poursuivons maintenant notre étude en nous intéressant à l'identité de l'infirmier en psychiatrie. Jacky Merklings précise que cette dernière se caractérise par « l'omniprésence de la relation à l'autre et par la spécificité des pathologies qui transforment la personnalité même de l'individu souffrant ». (Merklings, 2007, p.157). Annick Perrin-Niquet ajoutera que « la maladie mentale appelle un soin dont la dimension d'aide est médiatisée par la relation de soin » (Perrin-Niquet, 2004, p.187). L'approche relationnelle serait donc un élément clé de l'identité professionnelle de l'infirmier psychiatrique et des soins qu'il réalise.

### II.1.2.3 Le positionnement professionnel en psychiatrie

Nous poursuivons maintenant notre étude en nous intéressant au positionnement de l'infirmier en psychiatrie. Nous allons dans un premier temps définir le positionnement. Rachel Chamla précise cette définition au milieu professionnel en posant que « le positionnement professionnel est un processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini » (Chamla, 2010, p.70).

Est alors évoqué ici la notion d'environnement, nous allons la définir en la spécifiant au référentiel de l'infirmier. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales pose l'environnement comme un « ensemble des conditions matérielles et des personnes qui environnent un être humain, qui se trouvent autour de lui » (<http://www.cnrtl.fr>). En se positionnant, l'infirmier cherchera alors à se placer dans cet environnement défini et à rentrer en interaction avec celui-ci. Ce positionnement caractérisera la marge d'action de l'infirmier ainsi que sa prise de décisions sur son environnement ainsi qu'avec les acteurs qui l'entourent.

## II.2 Le projet de soin

### II.2.1 Le patient, sujet du soin

#### II.2.1.1 Le patient en psychiatrie

Après avoir défini les notions d'infirmier en psychiatrie et de positionnement professionnel, nous allons nous intéresser au destinataire des soins infirmiers, le patient. Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales définit le patient comme « Malade ; (celui, celle) qui subit ou va subir un examen médical ou une opération chirurgicale » (<http://www.cnrtl.fr>). Cette définition faisant intervenir la notion de malade, il est intéressant de la définir à son tour. Le dictionnaire expose que le terme malade « se dit d'un être vivant qui souffre d'une maladie » (<http://www.larousse.fr>). Walter Hesbeen appuiera cette distinction en précisant que « le malade n'est donc pas à confondre avec la maladie. Celui qui est malade, est celui qui souffre, c'est-à-dire celui qui doit supporter, endurer, subir quelque chose qui lui est pénible » (Hesbeen, 1997, p.27). Cet auteur préférera le terme de « personne soignée », qui bénéficiera d'une « perspective soignante, porteuse de sens et aidante » (Hesbeen, 1997, p.3).

Ces définitions nous illustrent que le patient est un être souffrant de la maladie et qui bénéficiera de soins. Walter Hesbeen poursuit en expliquant que « le soin, au singulier, permet de rappeler qu'il s'agit – ou devrait s'agir – d'une œuvre à création unique qui concerne une personne dans sa singularité » (Hesbeen, 1997, p.9). Virginia Henderson amènera que « les besoins de l'humanité sont à la source des soins infirmiers » (Henderson, 1977, p.3). Virginia Henderson amène la notion de « besoins fondamentaux

de l'homme » (Henderson, V, 1977, p.8) et précise que « l'infirmière ne doit jamais perdre de vue que tout être humain est animé d'un désir inné de sécurité, de nourriture, d'abri, de vêtement : d'un besoin d'affection et d'approbation ; d'un sentiment d'utilité, de confiance mutuelle dans ses relations sociales » (Henderson, 1977, p.8).

Ainsi, la notion de singularité évoquée par Virginia Henderson est rejointe par Walter Hesbeen à propos des besoins car elle souligne que « dans tout énoncé des besoins humains, il faut tenir compte que la motivation est plus forte chez certaines personnes que chez d'autres » (Henderson, 1977, p.8). Le patient répondrait donc à des besoins communs à l'humanité, toutefois il trouverait sa singularité dans leurs différentes satisfactions propres à sa situation.

Roland Narfin, psychologue clinicien, nous éclaire sur la maladie mentale et sur les soins associés. Il dissocie ici les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et anxieux. A propos des troubles psychotiques, il évoquera que « la psychose est une pathologie lourde, invalidante avec une désorganisation de la pensée et de la relation avec la réalité, exprimée souvent par le délire, l'émergence d'idées de grandeur, d'influence » (Roland, 2010, p.48). Il associera ces troubles à la « schizophrénie, paranoïa » ainsi qu'aux « troubles de l'humeur ou troubles bipolaires » (Roland, 2010, p.48). Il ajoutera que « les soins peuvent être imposés au sujet lorsqu'il ne peut pas saisir le caractère pathologique de ses troubles ». (Roland, 2010, p.48). De même, il argumentera les troubles névrotiques et anxieux en précisant que « la personne concernée est dominée par l'anxiété et l'angoisse ». (Roland, 2010, p.48). Il précisera que l'anxiété de la personne « peut la submerger au point de lui faire éprouver des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne » (Roland, 2010, p.48).

Le patient souffrant de maladie mentale aura donc des besoins spécifiques à sa pathologie, allant de la non conscience de la nécessité des soins au besoin d'être accompagné dans les actes de la vie quotidienne. Nous avons ici défini la notion de patient dans sa dimension humaine et nous avons spécifié ses particularités dans le cas de la maladie mentale.

### II.2.1.2 La relation de soin

Nous allons maintenant étudier la relation entre l'infirmier et le patient. Le dictionnaire définit une relation comme « caractère, état de deux ou plusieurs choses entre lesquelles existe un rapport » (<http://www.larousse.fr>). Nathalie Dugravier-Guérin, enseignante en philosophie, précise cette relation dans le cadre du soin. Elle évoque que :

Comme dans toute relation humaine, la relation de soin se tisse dans un espace où a lieu une rencontre entre deux personnes, deux sujets ayant chacun sa propre histoire, son caractère, sa vie. Cette rencontre difficile est caractérisée par une asymétrie fondamentale, avec le corps offert de la personne soignée, parfois silencieuse, souvent alitée, toujours souffrante, dépendant du pouvoir du vouloir et du savoir de l'autre, le soignant. (Dugravier-Guérin, 2010, p.7).

La relation de soin aurait donc lieu entre deux acteurs, le soigné et le soignant. La revue Soins nous éclaire sur ce point en soulignant que « la thématique de la relation soignant/soigné représente l'un des champs d'intérêt majeur de la discipline et de la profession infirmière » (Bigoni, Marchand, 2012, 16). De même, ces auteurs précisent que « la relation soignant-soigné émanant du développement de la médecine moderne aurait fait place, depuis plusieurs décennies, à une relation plus égalitaire, centrée sur le patient » (Bigoni, Marchand, 2012, 16). Laurent Morasz, psychiatre et psychanalyste, précise cette relation au domaine de la psychiatrie en posant que « la relation soignante » est « un élément fondamental du soin psychique ». (Morasz, 2004, p.97). Le psychiatre approfondit cela en expliquant que « la première fonction de l'espace de soin relationnel est celle de la rencontre. Pour rencontrer le malade, nous devons nous mettre dans une place relationnelle qui exclut l'extériorité pure et qui inclut une véritable ouverture sur ce qu'il est » (Morasz, 2004, p.97).

Gertrude K. McFarland, Evelyn L. Wasli, Elizabeth K. Gerety vont développer cette idée en expliquant que la relation va « permettre au patient d'aborder certaines de ses difficultés, d'acquérir des informations, de modifier son comportement et favoriser ainsi le développement personnel » (McFarland, Wasli, Gerety, 1999, p.24). Laurent Morasz ajoute que « la relation soignante se doit d'exercer en parallèle une fonction de pare-excitation » (Morasz, 2004, p.97). « Il s'agit ainsi d'établir un filtre protecteur entre le



patient et ses pulsions, suffisamment solide pour éviter leur acting direct, et assez souple pour laisser une place à leur évocation et à leur compréhension » (Morasz, 2004, p.97).

Le psychiatre poursuit en expliquant que cette relation est « basée sur des mouvements transférentiels et contre-transférentiels » (Morasz, 2004, p.98). Il évoque que « le transfert désigne en psychanalyse le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent dans le cadre de la relation analytique. Il s'agit là d'une répétition de prototypes infantiles vécus avec un sentiment d'actualité marqué (Laplanche et Pontalis, 1967) » (Morasz, 2004, p.98). Il explique ensuite le contre-transfert par le fait qu'ils « constituent en quelque sorte la réaction psychique subjective de chaque professionnel placé face à un patient dans le cadre d'une relation » (Morasz, 2004, p.98). « Par extension les mouvements contre transférentiels sont les mouvements inconscients (affectifs, agis, contre-investis...) éprouvés par tout soignant à l'égard du soigné et de ses mouvements transférentiels » (Morasz, 2004, p.98). En psychiatrie, la relation avec le patient sera alors marquée par ce transfert allant du patient au soignant où les désirs profonds du patient apparaîtront. Le soignant y répondra par un contre-transfert qui se caractérisera par ses attitudes inconscientes. Après avoir étudié la relation de soin et ses particularités dans le domaine de la psychiatrie, nous allons aborder la distance entre le patient et le soignant.

### II.2.1.3 La distance professionnelle

La relation entre le soignant et le soigné étant riche d'échange, nous pouvons nous questionner sur la notion de distance séparant l'un de l'autre. Le dictionnaire définit que la distance est un « intervalle, espace qui sépare deux ou plusieurs personnes » (<http://www.larousse.fr>). Comme nous avons pu le voir précédemment, le patient est un être qui souffre. Elke Mallem, psychologue, explique que « se mettre professionnellement à l'écoute du besoin d'un autre que soi demande au soignant un effort important de décentration » (Mallem, 2005, p.22).

La psychologue nous éclaire sur la notion de distance professionnelle en précisant que « une bonne distance professionnelle doit permettre de tenir la souffrance à un niveau qui permette de travailler avec elle afin de dégager le manque à combler » (Mallem, 2005, p.22). Le psychiatre Laurent Morasz établit que « la pratique du soin relationnel nous

entraînait – par sa nature même – au plus près des souffrances des patients » (Morasz, 2004, p.110). Il rejoint Elke Mallem en concluant que « la bonne distance, c'est celle qui tient compte du fait que la relation soignante est une succession d'attirance et de distance, d'intérêt et de désintérêt pour le patient et sa problématique » (Morasz, 2004, p.114). Ainsi, il expose que « la bonne distance, celle du soin, nécessite d'interroger et de mettre en réflexion nos contre-attitudes. Faire cela c'est être dans le soin et éviter de nous placer dans les extrêmes du rejet, de la normalisation ou de la réparation » (Morasz, 2004, p.114).

L'infirmier devra donc ici se questionner à son rapport avec le patient pour comprendre et non subir sa souffrance. Cette distance sera d'autant plus importante pour l'infirmier exerçant en psychiatrie. Il souligne que « la relation soignante en santé mentale requiert alors plus que de la disponibilité et de l'attention ; elle nécessite impérativement des techniques spécifiques protégeant le soignant et assurant son efficacité » (Merkling, 2007, p.221). La distance entre le soignant et le patient est donc une pratique complexe qui doit permettre au soignant et au patient d'être en sécurité lors de l'échange relationnel tout en donnant au soignant une certaine proximité pour être dans le soin avec le patient.

## II.2.2 Le projet de soin en psychiatrie

### II.2.2.1 Les caractéristiques du projet de soin

Après avoir étudié les notions d'infirmiers, de patients et de relation soignant-soigné, nous allons nous intéresser au projet de soin. Tout d'abord, nous allons définir un projet. Le dictionnaire pose qu'un projet est « Étude de conception de quelque chose, en vue de sa fabrication » (<http://www.larousse.fr>). Dans le cadre du soin, Annick Perrin-Niquet, cadre supérieur de santé en centre hospitalier spécialisé, définit le projet de soin infirmier comme « organisateur du présent, de la temporalité » (Perrin-Niquet, 2004, p.191). Le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière nous précise que le projet de soin individualisé est un « plan d'action élaboré par une équipe soignante avec la collaboration du patient et/ou de sa famille » (Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, 2005, p.218). Les Nouveaux Cahiers de l'Infirmière explique la notion de démarche de soin en évoquant que « la démarche de soin est un processus (...) dynamique, composé d'étapes qui s'étendent du recueil d'informations nécessaires

à la connaissance de la personne et de son état de santé jusqu'à l'évaluation des soins prodigués » (Amar, Gueguen, 1999, p.97).

Le projet de soin se définit donc comme personnalisé au patient, il serait établi par une équipe soignante et avec le patient. Nous allons maintenant définir l'équipe soignante. Vincent Chagué, maître de conférence, nous éclaire sur cette notion en précisant que « certains types de services impliquent nécessairement une action collective autour de l'utilisateur. C'est le cas des services hospitaliers. Le patient bénéficie de l'action collective de plusieurs catégories de personnels : infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier (ASH), médecins... » (Chagué, 2008, p.8). L'équipe soignante regroupe alors l'ensemble des professionnels travaillant avec le patient dans le cadre de ses soins. Annick Perrin-Niquet précise le projet de soin au domaine de la psychiatrie.

Ce projet cherche à regrouper plusieurs champs. Le champ médical qui s'illustrera à partir de la maladie. Il définira « les diagnostics médicaux » et fera apparaître « la notion de rôle en collaboration qui se déroule à partir des prescriptions médicales ». Sera également présent le champ infirmier par lequel « sont identifiés les besoins non satisfaits, des problèmes réels ou potentiels nécessitant une intervention infirmière et une stratégie relationnelle, le tout devant reposer sur une faisabilité et un intérêt clinique ». Le champ psychologique où seront regroupées des interventions « pensées à partir des problématiques en jeu et des objectifs définis dans le projet de soin ». Ainsi que le champ social qui s'intéressera à « accompagner la personne dans ses projets de soin et projet de vie » (Perrin-Niquet, 2004, p.191). Ces différents champs montrent le large spectre de domaines couvert par le projet de soin et explique la nécessité de travailler en équipe.

Ce projet comporte selon Annick Perrin-Niquet quatre étapes. D'abord « l'identification » (Perrin-Niquet, 2004, p.192). Cette étape se caractérise par « le recueil de données » qui « a un caractère fondamental et dépend de la qualité de l'observation infirmière » (Perrin-Niquet, 2004, p.193). Annick Perrin-Niquet explique que « cette étape permet de rester dans une logique de soins personnalisés, dans une cohérence des soins et une cohésion des intervenants » (Perrin-Niquet, 2004, p.197). Vient ensuite la « réalisation des soins » (Perrin-Niquet, A. (2004). p. 198). Puis l'évaluation qui « porte sur les résultats, les améliorations observées » (Perrin-Niquet, 2004, p.198).

Ces quatre étapes nous permettent de comprendre la construction de la mise en œuvre d'un projet de soin, il est initié d'une observation clinique donnant lieu à une prévision des soins qui sont ensuite réalisés puis évalués.

#### II.2.2.2 La cohésion soignante dans le prendre soin

Comme nous avons pu l'aborder précédemment, le projet de soin met en avant différents acteurs du soin travaillant avec le patient afin d'aboutir à la personnalisation des soins. Il est intéressant de définir la notion de cohésion pour mieux comprendre ce qu'elle représente au sein d'une équipe soignante. Le dictionnaire définit la cohésion comme « Propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont solidaires » (<http://www.larousse.fr>). La cohésion serait donc la réunion de différentes parties formant un tout uni. Vincent Chagué parle de coopération et en dit que « la coopération au sein de l'équipe soignante contribue à un parcours de soins plus efficient et à un meilleur service rendu au patient » (Chagué, 2008, p.8). Nous pouvons également définir la notion de coopération par le fait que « Action de coopérer, de participer à une œuvre commune ; collaboration, concours » (<http://www.larousse.fr>). Annick Perrin-Niquet met en valeur cette collaboration en évoquant que dans le « projet de soin, fruit d'une construction commune, chacun prend sa part d'intervention » (Perrin-Niquet, 2004, p.191). Elle rejoint la notion de projet de soin en expliquant que « le projet de soin se formalise dans une approche systémique. Il est donc différent d'un système additionnel d'actions car « le tout » est plus que la somme des parties » (Perrin-Niquet, 2004, p.191). Cela nous amène donc à penser que le travail de l'infirmier est donc amené à résonner avec celui des autres professionnels pour potentialiser les actions entrepris. Annick Perrin-Niquet poursuit en concluant que « ce « tout » bénéficie d'une synergie clinique dont il serait absolument impossible de dire quel aurait été l'impact thérapeutique si chaque intervention était prise isolément » (Perrin-Niquet, 2004, p.191).

Cela nous amène donc à conclure par le fait que le projet de soin se construit par une équipe soignante autour d'un patient considéré dans sa singularité. C'est la cohésion et la collaboration des différents soignants et l'adhérence du patient au projet qui lui donneront toute sa valeur thérapeutique. C'est par des outils relationnels et des connaissances que l'infirmier pourra entrer dans le soin avec le patient hospitalisé en psychiatrie pour comprendre ses besoins et y répondre par un prendre soin personnalisé.

## III Enquête

### III.1 Méthodologie

#### Type d'entretien

Pour la collecte des données empiriques, j'ai opté pour l'entretien semi-directif afin d'aborder les principaux thèmes de mon cadre conceptuel. Ce type d'entretien m'a permis de mener l'entretien par des questions semi-ouvertes. Il amène le recueil d'une information complète sans attendre de réponses particulières. Le professionnel peut ainsi avoir une certaine marge d'expression et possiblement faire apparaître de nouvelles notions.

#### Population

J'ai mené cet entretien auprès d'un infirmier exerçant dans un établissement privé psychiatrique. Cet infirmier m'a été recommandé par la cadre de santé du service. Fort de ses dix années d'expérience en psychiatrie dans différents établissements, son expertise m'a paru intéressante dans le cadre de cette étude.

#### Lieu

L'entretien a été réalisé au sein d'un établissement privé psychiatrique dans un service d'hospitalisation complète. Accueillant des patients souffrant de troubles psychiatriques en hospitalisation libre.

#### Objectif

Pour assurer la pertinence de cet entretien, j'ai préalablement posé quatre objectifs. Le premier traite de comprendre ce qu'est un projet de soin en psychiatrie. Le deuxième concerne l'identification des différents acteurs du projet en psychiatrie. Ensuite vient l'identification des bénéfices et difficultés à respecter le projet de soin, côté soignant et patient. Puis comprendre le rôle infirmier dans le projet de soin en psychiatrie. Ces objectifs permettent de reprendre les notions évoquées dans le cadre conceptuel tout en les adaptant à l'exercice professionnel infirmier.

## III.2 Analyse

L'entretien réalisé a mis en relief trois principaux thèmes. Nous allons analyser cet entretien en classant les données recueillies en thème et sous-thème. Nous aborderons dans un premier temps le positionnement infirmier en psychiatrie, puis la relation soignant-soigné et le projet de soin en psychiatrie.

### III.2.1 Le positionnement infirmier en psychiatrie

#### III.2.1.1 Le rôle infirmier

Lors de l'entretien, le professionnel définit l'infirmier et son rôle en psychiatrie. Il explique que « l'infirmier c'est un peu l'extension du médecin. C'est l'extension du médecin qui est auprès du patient. C'est lui qui va donner les médicaments, c'est lui qui va faire, qui va délimiter, par exemple le droit de sortie ou alors qui va devoir cadrer. C'est les yeux, c'est l'écoute, c'est un peu tout ça ». Il va ici soutenir l'importance de la collaboration médicale tout en nuancant que « un infirmier n'est pas un médecin, il n'est pas là à visée diagnostic mais pour informer et donner des signes cliniques. L'infirmier va être là pour voir exactement comment se comporte le patient ». Le professionnel approfondit son propos en précisant que « le but de l'infirmier c'est de recueillir avec les entretiens institutionnels, motivationnels, les synthèses qui sont faites en équipe ». L'infirmier met ici l'accent sur l'importance du recueil de données dans le rôle infirmier.

Il ajoute alors que le « le rôle de l'infirmier c'est (...) mettre en place (...) la relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique ». Le professionnel rattache ici le rôle de l'infirmier au patient en posant qu'il doit « savoir où il se situe. Ses vulnérabilités aussi ». Le professionnel illustre l'importance de la mise en place de la « relation thérapeutique » et de la connaissance du patient par un exemple. Il évoque, en parlant du patient, « si vous voulez qu'il adhère à un projet de soin et qu'il vous dit qu'il voit des chauves-souris et que vous dites « bah moi aussi je vois des chauves-souris » et que ce n'est pas vrai. Non, on n'est pas dans le soin. On peut dire simplement « Vous vous les voyez, moi je ne les vois pas, c'est qu'il y a peut-être un souci, il faudrait qu'on voit ça ensemble. Je ne dis pas que vous ne les voyez pas mais je dis qu'on a une perception différente de la chose ». Cet exemple nous permet de comprendre la perception du rôle de l'infirmier vis-à-vis du

patient psychiatrique dans le prendre soin. L'infirmier affirme cela en disant qu'il ne faut « jamais entrer dans le délire du patient ».

### III.2.1.2 Le positionnement infirmier

L'infirmier va aborder le positionnement infirmier en évoquant que « la position soignante (...) a été un peu faite à partir des stages que vous avez faits. Moi je vois que dans mon exercice professionnel ça a été ça. On a toute une série de stages sur trois ans et demie. Et ensuite, eh ben quand vous commencez à acquérir votre expérience, vous faites vous-même votre propre positionnement ». Selon lui, le positionnement infirmier serait propre à chaque professionnel par son parcours et ses expériences. Il confirme cela en expliquant que le positionnement infirmier « va être à la subjectivité de chacun » et va être basé sur « les connaissances qu'on a eu à l'IFSI (Institut de formation en soins infirmier) ».

Selon lui, le positionnement est également amené à partir de l'environnement de l'infirmier. En effet, il expose qu'il est fait « en fonction des gens qui sont autour de vous pour vous accompagner dans les projets de soin. En plus de ça en fonction de vous, de votre authenticité ». Il rattache le patient au positionnement en ajoutant qu'« il faut qu'il y est une confiance entre l'infirmier et le patient ». Le professionnel illustre le positionnement infirmier par un exemple personnel. Il témoigne « J'ai travaillé, bon je ramène ça un peu à moi mais, j'ai travaillé dans une structure d'addictologie. En tant que, que soignant, mais personnellement, personnellement j'ai déjà fumé du cannabis, d'accord. Donc ça veut dire que je connais les effets du cannabis, je sais ce que ça peut être et pour autant je ne pense pas être un dégénéré. Des collègues infirmiers, soignants, n'ont jamais fumé de cannabis. Prenaient en charge des patients qui avaient des problèmes de cannabis et pour eux c'était des toxicos très avertis ». Par ses propos, il met en relief la subjectivité du positionnement soignant dans le prendre soin ainsi que l'importance des expériences du soignant.

### III.2.1.3 Les valeurs soignantes

Pour enrichir son propos sur le rôle et positionnement infirmier, il amène la notion de valeur soignante. Il précise ces valeurs au domaine psychiatrique. Le professionnel insiste sur « la franchise et l'honnêteté », il précise qu'il faut « toujours avoir un dialogue

franc, honnête et objectif avec un patient ». Il témoigne que ces valeurs « ont toujours payées, que ce soit dans toutes relations humaines ». Il nuance toutefois ses paroles au milieu du soin en posant qu' « il faut savoir dire les choses mais toujours être en accord avec ses valeurs de soignant ».

A cette importance du rapport honnête avec le patient, l'infirmier témoigne qu' « il faut faire notion d'empathie, c'est-à-dire être au plus proche du patient ». Il souligne la bienveillance du soignant en terminant par le fait que « le jugement de valeur est prohibé dans notre profession ».

### III.2.2 La relation soignant-soigné

#### III.2.2.1 Le patient en psychiatrie

Le professionnel aborde la notion de relation soignant-soigné en commençant par définir le patient en psychiatrie. Selon lui, « il faut savoir que certains patients sont là, pour comment dirais-je, pour avoir des limites. Le but est d'avoir des limites, donc le cadre, les limites, et pour certains patients ça peut être très rassurant de pouvoir être guidé comme ça ». D'après ses propos, le patient en psychiatrie a besoin d'être accompagné dans un cadre.

Il ajoute qu'il faut prendre en considération les différentes dimensions du patient. Il place parmi elles, « la sphère personnelle » et « la sphère professionnelle ». Il ajoute également qu' « on voit tout ce qu'il y a par rapport aux quatorze besoins de Virginia Henderson ». Il amène le prendre soin du patient en précisant qu' « Il faut avoir tout ça dans la globalité et voir à peu près où est-ce qu'il se situe. Et savoir aussi les antécédents ». L'infirmier place le patient en psychiatrie comme un individu qu'il faut connaître en globalité pour pouvoir en prendre soin et l'accompagner.

#### III.2.2.2 L'alliance thérapeutique

Le professionnel reprend la notion d'alliance thérapeutique qu'il a évoqué dans le rôle infirmier en la définissant. Il pose que « l'alliance c'est que le patient veuille aller avec nous dans la même direction ». Il ajoute que « l'alliance thérapeutique (...) se fait entre tous les professionnels. C'est le patient qui est au centre ». L'alliance thérapeutique concerne donc l'ensemble des professionnels et le patient dont ils prennent soin. Par sa



singularité, le patient sera l'élément central de cette alliance. Il expose l'importance de l'alliance thérapeutique en psychiatrie en précisant son but. Il témoigne « l'alliance thérapeutique va permettre quoi ? Ce qu'on appelle la compliance au traitement. Donc la compliance c'est le patient qui est d'accord pour prendre son traitement et qu'il voit qu'il peut avoir un bénéfice avec ».

Cette alliance thérapeutique va, selon lui, s'inscrire dans ce projet de soin. Il évoque que « Sans alliance thérapeutique, on peut toujours essayer de faire un projet de soin, il ne pourra pas forcément être abouti ou il sera abouti sous la contrainte ». Le professionnel place ici l'alliance thérapeutique comme essentiel dans l'établissement d'un projet de soin construit avec le patient, elle permettrait au patient de prendre conscience des bienfaits de ce projet de soin.

Le professionnel nous informe également sur l'importance de la relation soignant-soigné dans la construction de l'alliance thérapeutique. Il explique que « ça nécessite du temps de devoir asseoir les choses. De rentrer en contact avec la personne, et parfois ça marche, et parfois ça ne marche et après les patients disent « oui en effet ça marche » et à ce moment-là il peut déjà y avoir une alliance thérapeutique de créée ». L'infirmier souligne donc que l'alliance thérapeutique va être le fruit d'une relation de soin constructive avec le patient.

### III.2.2.3 Les attitudes relationnelles

Le professionnel nous explique que pour établir cette relation de soin il faut faire preuve de vigilance par rapport aux attitudes que l'on peut adopter dans la relation soignant-soigné. Il évoque qu' « en fait il y a une projection qui peut se faire sur le patient. Donc là il faut déjà être très attentif et faire très attention ». Le soignant conclut concisément son propos en disant « je vous renvoie un peu à la notion du transfert, contre-transfert ».

### III.2.3 Le projet de soin en psychiatrie

#### III.2.3.1 Particularités du projet de soin en psychiatrie

L'infirmier va définir dans un premier temps le projet de soin. Il pose qu' « un projet de soin c'est une ligne directrice qu'on va essayer d'adopter pour faire en sorte que le patient puisse avoir les soins nécessaires ». Il fait référence à la notion d'alliance thérapeutique en illustrant que le projet de soin est « une espèce de pacte avec le patient pour pouvoir faire en sorte que le patient soit mieux sur un bien-être psychologique et mental dans la santé mentale mais aussi physique dans tout autre service de soins. Et les deux vont de pair ». Il nous témoigne ici l'importance de la relation soignant-soigné dans le projet de soin. Il approfondit en expliquant que « c'est qu'à partir du moment où vous pouvez travailler avec la motivation et le bon vouloir du patient. Vous arrivez à des projets de soins qui sont beaucoup établis et mis en forme ». Par ses propos, l'infirmier souligne l'importance de la participation du patient dans la mise en œuvre de ce projet.

Il enrichit sa définition en précisant que « le projet de soin ce n'est pas quelque chose d'arrêté. Il doit toujours évoluer, et bien sûr essayer d'évoluer dans le bon sens ». L'infirmier induit ici la notion de dynamique dans le projet de soin.

#### III.2.3.2 L'interdisciplinarité

Le professionnel nous informe sur les différents acteurs du projet de soin. Il mentionne qu' « il y a l'infirmier qui est avec l'aide-soignant car l'aide-soignant c'est la personne qui va être au plus proche du patient dans son intimité ». L'infirmier va donc être amené à travailler en complémentarité avec d'autres professionnels pour prendre soin du patient. Il ajoute que cette complémentarité « peut aller jusqu'à l'agent des services hospitaliers qui (...) va ramasser les détritiques parce que, par exemple, bah c'est bizarre mais dans la corbeille il y a plein de petits papiers déchirés. Ce qui normalement est un peu la collection de psychotiques ». De même, il précise le rôle du médecin en posant que « le médecin (...) est là pour savoir exactement la visée diagnostic et d'avoir, de comprendre tout ce qui peut se passer ». Chaque professionnel a donc son rôle dans le projet de soin. Il ajoute que ces différents acteurs doivent « faire des réunions de synthèse

régulièrement pour pouvoir asseoir ensemble les choses ». Cela permet en outre d'assurer la communication entre professionnels.

### III.2.3.3 Cohésion d'équipe

L'infirmier conclut l'entretien en illustrant l'importance de la cohésion d'équipe par un exemple. Il explique, « vous prenez quelqu'un par exemple qui est fan de moto, qui est fan de mécanique, qui a un esprit (...) à l'emporte-pièce. Vous avez un provocateur (...) parmi les soignants dans un même service et vous en avez un autre, un réservé. Tous les trois vont faire en sorte que les choses vont avancer (...) c'est ce qui va faire aussi avancer le projet de soin. Donc c'est une bonne chose ». Il établit ici que c'est la singularité de chaque soignant qui va permettre d'enrichir et de compléter le projet de soin. Il ajoute à cela le fait qu'il est essentiel que les soignants soient d'accord entre eux pour faire vivre le projet de soin. Il définit cet accord en donnant pour exemple, « être en accord ça veut dire que si vous avez un soignant A qui dit oui à quelque chose et un soignant B qui dit non à cette même chose, forcément ça s'analyse et ça peut ruiner le projet de soin. Ce que l'on appelle communément avoir une faille, c'est-à-dire que le patient va pouvoir entrer dans cette faille pour semer le désaccord au niveau de l'équipe. Et le projet de soin peut voler en éclat ». Par son propos, il nous souligne la notion de cohésion en la rapportant au fait que sans elle, le projet de soin ne peut pas aboutir.

Il va plus loin dans sa réflexion en évoquant l'importance de la formation pour l'actualisation de nos pratiques. Il témoigne, « on a besoin d'être formé, ce n'est pas seulement avec le baguage qu'on a eu à l'IFSI (...) qu'on va pouvoir s'en sortir. La nécessité d'être toujours en relation sur le corps médical et toujours essayer de voir avec ce qu'il peut se faire à côté ».

Ses propos nous permettent de comprendre l'essence du projet de soin en psychiatrie ainsi que la place du positionnement infirmier aussi bien avec le patient qu'avec les autres membres de l'équipe pour la bonne réalisation de ce dernier.

## IV Discussion

Nous allons maintenant poursuivre notre travail de recherche en mettant en relation les données théoriques du cadre conceptuel avec les données empiriques retranscrites dans l'analyse de l'entretien. Grâce à l'ensemble des données recueillies, nous discuterons dans un premier temps du positionnement infirmier en psychiatrie, puis du projet de soin en psychiatrie et in fine de la cohésion d'équipe dans ce projet.

Pour comprendre le positionnement infirmier il est important de connaître l'identité infirmière. Comme nous avons pu le voir, cette identité est constituée d'une part du rôle légal de l'infirmier. Celui-ci est précisé en compétences dans les différents articles du code de la santé publique. Ce sont donc ces articles qui vont encadrer les pratiques infirmières et qui vont déterminer ses limites dans le prendre soin. L'infirmier en psychiatrie dispose également de compétences propres précisées par l'article R4311-6. Ce cadre législatif est complété par une approche philosophique du soin. Walter Hesbeen illustrera cette approche par une réflexion sur le prendre soin dans son ouvrage *Prendre soin à l'hôpital*. Il aura pu définir ici le prendre soin comme une « attention portée à l'autre en vue de lui venir en aide » (Hesbeen, 1997, p.65). Ces deux aspects de l'identité infirmière sont confirmés par l'infirmier de terrain. Il précisera sa vision de l'infirmier au domaine de la psychiatrie. Il fera référence aux compétences légales en témoignant que l'infirmier « va donner les médicaments, c'est lui qui (...) va délimiter, par exemple le droit de sortie ou alors qui va devoir cadrer ». Il rejoindra la notion de valeurs soignantes exposée par Walter Hesbeen en abordant les valeurs de l'infirmier en psychiatrie. Selon lui, l'infirmier doit faire preuve « d'empathie » et de « franchise ». Il précise qu'il doit « savoir dire les choses mais toujours être en accord avec ses valeurs de soignants ». L'infirmier exerçant en psychiatrie répond donc à des compétences et des valeurs soignantes qui lui sont propre.

C'est par la connaissance de notre identité que nous pouvons nous positionner dans notre environnement. Rachel Chamla définit le positionnement professionnel en disant qu'il « permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini » (Chamla, 2010, p.70). L'infirmier interrogé complète cette définition, il dit que le positionnement « va être à la subjectivité de chacun ». Il évoque

que « quand vous commencez à acquérir votre expérience, vous faite vous-même votre propre positionnement ». Il nuance son propos en incluant que le positionnement se complète « avec les connaissances qu'on a eu à l'IFSI ». L'infirmier sera amené à interagir avec différents acteurs. Parmi eux, nous auront les différents membres de l'équipe soignante, le patient et son entourage. L'infirmier témoigne que notre positionnement se fait « en fonction des gens qui sont autour de vous pour vous accompagner dans les projets de soin ». Le positionnement infirmier est donc construit à partir de nos expériences et de nos connaissances. Ce sont ces éléments qui détermineront la manière dont l'infirmier va s'intégrer dans la dynamique du projet de soin.

Nous allons maintenant discuter du projet de soin en psychiatrie. Comme a pu le définir le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, le projet de soin est un « plan d'action élaboré par une équipe soignante avec la collaboration du patient et/ou de sa famille » (Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière, 2005, p.218). L'infirmier de terrain rejoint cette définition en expliquant que « c'est une ligne directrice qu'on va essayer d'adopter pour faire en sorte que le patient puisse avoir les soins nécessaires ». Ces deux approches nous permettent de mettre en relief l'importance de l'équipe soignante et la collaboration faite avec le patient dans le cadre du soin. L'infirmier interrogé insiste sur ce point en précisant « qu'à partir du moment où vous pouvez travailler avec la motivation et le bon vouloir du patient. Vous arrivez à des projets de soins qui sont beaucoup établis et mis en forme ». Cela nous amène au fait que la participation du patient est essentielle dans la réalisation de ce projet, à ce fait il serait acteur à l'instar de l'équipe soignante.

Pour comprendre le projet de soin en psychiatrie, il est donc important d'aborder la notion du patient en psychiatrie. Walter Hesbeen explique que le patient est « celui qui est malade, est celui qui souffre, c'est-à-dire celui qui doit supporter, endurer, subir quelque chose qui lui est pénible » (Hesbeen, 1997, p.27). Le psychologue clinicien Narfin Roland complète cette définition en abordant la maladie mentale. Il évoque notamment la psychose qui « est une pathologie lourde, invalidante avec une désorganisation de la pensée et de la relation avec la réalité » (Roland, 2010, p.48). Il ajoutera aux psychoses les troubles névrotiques et anxieux. Selon lui, les patients souffrants de ces pathologies auront des soins adaptés à leur pathologie, il explique que

« les soins peuvent être imposés au sujet lorsqu'il ne peut pas saisir le caractère pathologique de ses troubles ». (Roland, 2010, p.48). Le patient souffrant de maladie mentale manifestera des difficultés qui lui sont propres comme « des difficultés dans les gestes de la vie quotidienne » (Roland, 2010, p.48). L'infirmier entretenu précisa la particularité de la maladie mentale dans le projet de soin, en effet il cherchera à « faire en sorte que le patient soit mieux sur un bien-être psychologique et mental dans la santé mentale ». Il rejoindra les particularités des soins abordés par le psychologue clinicien en témoignant que « certains patients sont là (...) pour avoir des limites. Le but est d'avoir des limites, donc le cadre, les limites, et pour certains patients ça peut être très rassurant de pouvoir être guidé comme ça ». Cette approche complète les propos de Narfin Roland en évoquant que le patient souffrant de maladie mentale peut avoir besoin d'un cadre et de limites du fait qu'il peut ne pas se rendre compte de la nécessité et de l'importance des soins. Pour répondre au mieux aux besoins du patient, l'infirmier nous explique qu'il est nécessaire de le voir dans « la globalité et voir à peu près où est-ce qu'il se situe ». Le patient est donc acteur du projet de soin. Toutefois, selon la pathologie mentale dont il souffre, il pourra avoir besoin d'un cadre dans lequel il sera accompagné pour atteindre les objectifs du projet de soin.

De même, le projet de soin implique une équipe soignante. Vincent Chagué, maître de conférence, nous explique que « le patient bénéficie de l'action collective de plusieurs catégories de personnels : infirmières, aides-soignantes, agents de service hospitalier (ASH), médecins... » (Chagué, 2008, p.8). L'infirmier entretenu nous précise la notion d'équipe soignante à la psychiatrie en expliquant que « l'infirmier qui est avec l'aide-soignant car l'aide-soignant c'est la personne qui va être au plus proche du patient dans son intimité », il ajoute la collaboration de « l'agent des services hospitaliers qui va ramasser » qui va pouvoir apprécier des éléments caractéristiques d'un état de la pathologie durant le bio-nettoyage de l'environnement du patient. De plus, il amène « le médecin qui est là pour savoir exactement la visée diagnostic ». Les propos du maître de conférence et de l'infirmier se concordent pour témoigner de l'importance des différents professionnels dans le prendre soin du patient. C'est par les compétences de chacun et leurs différentes observations que le patient peut être apprécié de manière holistique. Annick Perrin-Niquet complète son explication en précisant les différents champs du

projet de soin en psychiatrie. Elle aura abordé le champ médical, psychologique et social (Perrin-Niquet, 2004, p.191). C'est dans ces champs que s'illustreront les différentes compétences des professionnels. L'équipe soignante sera ici un ensemble de plusieurs professionnels exerçant leurs compétences pour prendre soin du patient. L'infirmier trouvera sa place au sein de celle-ci et collaborera avec eux pour faire vivre et faire progresser le projet de soin. L'infirmier nous éclaire sur le fait qu'il est nécessaire de « faire des réunions de synthèse régulièrement pour pouvoir asseoir ensemble les choses ». Cela permet à l'infirmier et aux autres professionnels de synchroniser leurs actions et de faire le point sur les objectifs, les résultats et les besoins du patient. Il ajoute à cela que le projet de soin « doit toujours évoluer, et bien sûr essayer d'évoluer dans le bon sens ». L'équipe soignante s'inscrit donc dans une dynamique qui amènera le projet de soin à évoluer en temps réel.

L'infirmier va prendre soin du patient en s'inscrivant dans une dynamique d'équipe. Comme nous avons pu le voir, le patient est un véritable acteur du projet de soin et sa participation est essentielle pour la bonne marche du projet. C'est pour cela que nous allons étudier la relation existant entre l'infirmier et le patient souffrant de maladie mentale. Nathalie Dugravier-Guérin a pu nous expliquer que « la relation de soin se tisse dans un espace où a lieu une rencontre entre deux personnes, deux sujets ayant chacun sa propre histoire » (Dugravier-Guérin, 2010, p.7). L'infirmier interrogé complète la notion de relation de soin en abordant celle d'alliance thérapeutique. Il définira l'alliance par le fait « que le patient veuille aller avec nous dans la même direction ». Cette alliance thérapeutique se servira donc de la relation de soin comme base et permettra une collaboration entre le patient et l'infirmier. De même, l'entretien nous éclaire sur le fait que c'est alliance va induire « la compliance au traitement », « c'est le patient qui est d'accord pour prendre son traitement et qu'il voit qu'il peut avoir un bénéfice avec ». En disant que la relation est « un élément fondamental du soin psychique » (Morasz, 2004, p.97). Il rejoint le témoignage de l'infirmier en mettant en valeur que c'est cette relation qui permet que le patient et le soignant progressent ensemble. L'infirmier de terrain va préciser l'importance de cette alliance thérapeutique dans le projet de soin en appuyant le fait que « sans alliance thérapeutique, on peut toujours essayer de faire un projet de soin, il ne pourra pas forcément être abouti ou il sera abouti sous la contrainte ». Il va ensuite

élargir cette notion en évoquant que « l'alliance thérapeutique (...) se fait entre tous les professionnels. C'est le patient qui est au centre ». Nous comprenons ici que l'alliance thérapeutique permet la cohérence entre l'équipe soignante et le patient, c'est ce qui va faire que le patient va être acteur autant que les soignants et que tous vont regarder dans la même direction.

Nous allons maintenant traiter de la cohésion d'équipe. Comme nous avons pu le voir, le projet de soin concerne autant le patient que l'équipe soignante. C'est par l'alliance thérapeutique créée entre le patient et les professionnels de l'équipe soignante que le projet de soin va pouvoir évoluer et progresser. La cohésion de l'équipe soignante va donc avoir une importance dans cette dynamique. Comme nous a pu le confirmer Vincent Chagué en explorant la notion de coopération, « la coopération au sein de l'équipe soignante contribue à un parcours de soins plus efficient et à un meilleur service rendu au patient » (Chagué, 2008, p.8). Cette cohésion entre les soignants aboutirait donc à une optimisation des actions soignantes et de la prise en soin du patient. Annick Perrin-Niquet formule la puissance de cette cohésion en expliquant que « le projet de soin se formalise dans une approche systémique. Il est donc différent d'un système additionnel d'actions car « le tout » est plus que la somme des parties » (Perrin-Niquet, 2004, p.191). L'infirmier rentrerait donc dans une synergie avec les différents professionnels de l'équipe, cela permettrait à l'ensemble des actions mises en place d'être en cohérence et de se potentialiser les unes des autres. Cette potentialisation serait ici profitable à l'ensemble des acteurs du projet de soin et elle permettrait une prise en soin plus adaptée et pertinente. L'infirmier va amener cette cohérence en coopérant avec les différents membres de l'équipe interdisciplinaire. Il pourra chercher à affiner son appréciation clinique en comptant sur l'expertise de ses collègues aides-soignants ou agents de service hospitalier. De même, cette coopération s'étendra à tous les intervenants du projet de soin patient, allant de l'assistance sociale à l'ergothérapeute. Le patient souffrant de maladie mentale pourra nécessiter l'intervention de multiples acteurs dans le cadre de son projet de soin de par les problématiques soulevées par sa pathologie. Ce qui explique l'importance de cette coopération. La coopération avec le corps médical sera tout aussi essentielle comme nous a pu l'expliquer précédemment l'infirmier de terrain, la bonne efficacité du travail de chacun dépend de la participation des uns et des autres. L'infirmier interrogé a également



souligné le fait que cette cohésion est essentielle dans le projet de soin. Il explique que « si vous avez un soignant A qui dit oui à quelque chose et un soignant B qui dit non à cette même chose, forcément ça s'analyse et ça peut ruiner le projet de soin. Ce que l'on appelle communément, avoir une faille, c'est-à-dire que le patient va pouvoir entrer dans cette faille pour semer le désaccord au niveau de l'équipe. Et le projet de soin peut voler en éclat ». Son observation revient directement faire référence à nos situations de départ où la problématique était amenée par une différence dans le respect du projet de soin. L'infirmier formalise par là le fait que le projet de soin en psychiatrie demande cette cohésion de par le besoin que peut avoir le patient à avoir un cadre et des limites. Ce sont les spécificités de la maladie mentale qui vont amener l'équipe soignante à favoriser leurs échanges et leurs coopérations pour ne pas se retrouver individuellement en difficulté.

Pour conclure cette discussion, nous avons pu étudier la complétude des idées des auteurs cités dans le cadre conceptuel et celles de l'infirmier entretenu. Nous avons déterminé par leurs échanges que le positionnement de l'infirmier en psychiatrie est une notion complexe traduisant notre façon de faire vivre notre rôle infirmier. Ce positionnement nous inclus dans un environnement de soin où le projet de soin va s'articuler. Ainsi, c'est par sa manière de se positionner par rapport aux autres soignants et au patient que l'infirmier va pouvoir participer à l'évolution du projet de soin. Le patient souffrant de pathologie mentale pourra avoir besoin d'un cadre personnalisé instauré par l'équipe soignante. Le respect de ce cadre fera partie intégrante du rôle infirmier et du projet de soin en psychiatrie. Pour cela, l'infirmier sera amené à travailler avec une équipe interdisciplinaire où chaque professionnel aura ses compétences et ses observations du patient. C'est la cohésion de l'ensemble de ses professionnels qui permettra le respect et l'évolution du projet de soin. Les actions des différents professionnels se potentialiseront et seront synchronisées avec la participation du patient. Cela nous permet de formuler la question de recherche suivante :

En quoi la cohésion d'équipe peut-elle favoriser le prendre soin infirmier en psychiatrie ?

Nous pourrions donc poursuivre notre réflexion sur les enjeux de la cohésion de l'équipe soignante dans la pratique infirmière en psychiatrie.

## V Conclusion

Ce mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmier a été pour moi un travail riche de sens dans l'aboutissement de mes trois années de formation. J'ai vécu, au cours de son élaboration, une formidable aventure humaine qui m'a amené à rencontrer des étudiants et des professionnels de santé. Ils ont été pour moi des ressources précieuses de par leurs expériences et leur regard pertinent et bienveillant sur ce travail.

Mon exploration théorique m'a amené à découvrir que le positionnement infirmier est une notion traduisant l'identité et la philosophie infirmière par rapport à un environnement de soin. L'enjeu en psychiatrie est alors mis en relief par l'importance relationnel dans la prise en soin du patient. Le projet de soin se voit alors comme une dynamique comprenant patient et soignant où la cohésion des positionnements de chacun est important pour sa bonne évolution.

Au cours de la réalisation ce travail, j'ai décidé de m'engager, par le biais de ma formation, dans un séminaire interprofessionnel. Celui-ci m'a permis de travailler avec des étudiants de différentes professions médicales et paramédicales afin de consolider mes connaissances sur l'interprofessionnalité.

L'entretien a été pour moi une expérience enrichissante. L'infirmier avec qui j'ai pu le mener nous a précisé l'enjeu du positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie par son expérience du terrain. Son argumentation a rejoint celle des auteurs pour nous éclairer sur l'importance de la cohésion d'équipe dans le projet de soin en psychiatrie. Il aurait été toutefois intéressant de réaliser d'autres entretiens afin d'apprécier les témoignages d'infirmiers exerçant dans différents services psychiatriques.

Cette approche théorique et empirique nous a conduit à raisonner sur la notion de cohésion d'équipe. Elle souligne qu'être infirmier c'est avant tout travailler en équipe. C'est par ce constat que nous pourrions être amené à poursuivre notre réflexion vers les enjeux de l'interdisciplinarité et de la cohésion d'équipe dans le soin infirmier en psychiatrie.

J'espère que vous avez pris autant de plaisir à lire ce travail que j'ai pu en prendre à le faire.

## Bibliographie

### Ouvrages :

- Morasz, L. Perrin-Niquet, A. Vérot, J.-P. Barbot, C. (2004). *Les principes de la démarche de soin*. Paris : Masson.
- Merklings, J. (2007). *Le métier d'infirmier en santé mentale*. Paris : Seli Arslan.
- McFarland, G.K, Wasli, E.L, Gerety, E.K. (1999). *Santé mentale Démarche de soins et diagnostics infirmiers* (deuxième édition). Paris : Masson.
- Poisson, M. (1998). *Histoire de la profession infirmière en France*. Vincennes : Editions Hospitalières.
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson.
- Henderson, V. (1977). *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Genève : Conseil International des Infirmières.
- Dugravier-Guérin, N. (2010). *La relation de soin. Approches éthiques et philosophiques*. Paris : Seli Arslan.
- Laplanche, J. Pontalis, JB. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Amiec Recherche. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. (Troisième édition). Paris : Masson.
- Amar, B. Gueguen, JP. (1999). *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière. Concepts et théories démarche de soins*. (Deuxième édition). Paris : Masson.

### Articles :

- Schindelholz, P. (2006). L'identité infirmière existe-t-elle? *Soins Cadres*. Numéro 57. P.58-60.
- Chamla. R (2010). A propos de la réforme du DEASS : de l'intervention sociale et de l'expertise sociale. *La Revue de Française de Service Social*. Numéro 236. P63-76.
- Roland, N. (2010). La maladie mentale dans le quotidien des soins. *La revue de l'infirmière*. Numéro 163. P.48-49.
- Bigoni, C. Marchand, P. (2012). Le soin relationnel, un modèle à questionner. *Soins*. P16-19.

- Mallem, E. (2005). La distance professionnelle. *Objectif soins*. P22-23.
- Chagué, V. (2008). Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante ? *Soins Cadres de santé*. Supplément au numéro 65. P8-14.

### Ressources numériques :

- Service Public. (2016). Hospitalisation pour troubles mentaux.

Repéré à <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>

- Garrabé, J. (2017). Aliénisme.

Repéré à <http://www.universalis.fr/encyclopedie/alienisme/>

- Infirmier. Soins. Identité. Relation. Distance. Projet. Coopération. (2017). Larousse. Dictionnaire.

Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

- CNLE. (2009). Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste ».

Repéré à <http://www.cnle.gouv.fr/Le-XIXe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>

- OMS. (2017). Troubles mentaux.

Repéré à [http://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)

- Légifrance. (2017). Article L4311-1 relatif à la profession infirmière. Code de la santé publique. En vigueur du 28/1/16 au 23/05/17.

Repéré à

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006689209>

- Légifrance. (2017). Articles R4311-3, R4311-5, R4311-6, R4311-7 relatifs aux actes professionnels infirmiers. Code de la santé publique. En vigueur au 10/4/17.

Repéré à

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=68E038EBA4CAFA3EDC853EF52248A2FC.tpdila22v\\_2?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170410](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=68E038EBA4CAFA3EDC853EF52248A2FC.tpdila22v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006190610&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170410)

- Vallejo, MC. (2015). Faire vivre les valeurs du soin.

Repéré à <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/faire-vivre-les-valeurs-du-soin>

- Environnement. Patient. (2017). CNRTL. Dictionnaire.

Repéré à <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/>

- Leyreloup, AM. (2010). Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie. *Sud/Nord*, numéro 25, p.121-128.

Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-121.htm#pa2>

## Annexe

### Annexe 1 : Situations de départs

#### Situation 1

La situation a lieu le soir dans un service d'admission de santé mentale dans le cadre de mon stage de semestre quatre, je suis alors en milieu de stage. Je suis ici étudiant infirmier sur un horaire d'après-midi. Il est 19h, le dîner des patients fini d'être préparé et est sur le point d'être servi. Les patients sont ici invités à partager leur repas dans une grande salle commune adjacente à l'office, où les repas sont préparés, mais où ils ont l'interdiction d'entrer. Je me trouve à ce moment-là dans l'office afin de préparer les plateaux et les traitements des patients les plus dépendants restant en chambre. Alors que j'étais concentré sur la préparation des traitements, j'entends quelqu'un entrer silencieusement dans l'office. Je me retourne alors et je vois Monsieur E, jeune patient de dix-huit ans, hospitalisé pour syndrome frontal causé par un accident de la voie publique et troubles du comportement.

De par son syndrome frontal, la prise en soin de ce patient est très spécifique. En effet, de par ses ralentissements psychomoteurs et son altération du langage et de la concentration, il est nécessaire de prendre le temps de s'entretenir avec lui et de l'accompagner tout en mettant en jeu le feed-back pour s'assurer d'avoir bien compris ses demandes. Ses troubles du comportement font que ce patient peut vite avoir des attitudes inadaptées à la situation, notamment en faisant rapidement preuve d'agressivité s'il ressent de l'opposition. Il se montre très opposant aux règles d'hospitalisation ainsi qu'aux règles de société, ce qui fait qu'il est souvent nécessaire de le cadrer afin de garantir le bon fonctionnement de la dynamique du service de soin ainsi que le maintien du confort et de la sécurité de chacun. Toutefois, ces comportements vont s'illustrer de différentes manières en fonction de qui il se trouve. En effet, avec les co-patientes ou les professionnelles il va avoir tendance à manifester des gestes à type d'attouchements ou de mimiques d'acte sexuel. A l'inverse, avec les patients et collègues masculins, il va répondre par des gestes violents et brusques visant à intimider, voir blesser. L'imprévisibilité et la gravité de ses comportements font que ces derniers sont régulièrement sujets à des discussions pluridisciplinaires, toutefois à ce jour aucune

réponse homogène a été trouvée. De ce fait, quand le patient va exprimer des demandes sortant du cadre instauré, certains collègues vont choisir de maintenir les règles en faisant face à l'agressivité du patient alors que d'autres vont choisir d'accéder à ses demandes dans le but d'esquiver une éventuelle mise en danger. Le projet de soin de ce patient, décidé initialement par une réunion interdisciplinaire, a pour principal objectif une réinsertion sociale du patient passant par une meilleure gestion des émotions et des règles sociales par ce dernier. Pour cela, un cadre responsabilisant et homogène de Monsieur E avait été prévu à la base pour lui. Cependant la réalité actuelle diffère de l'objectif initial.

Je suis donc seul dans l'office avec Monsieur E qui s'approche du réfrigérateur. Je m'avance doucement vers lui et je lui demande avec légèreté ce qu'il fait ici. Il vient en face de moi et exprime avec un léger sourire qu'il a faim. Je souris à mon tour et je lui indique que je comprends qu'avec la balade qu'on a fait cet après-midi c'est normal d'avoir faim. J'ajoute à cela que son repas va être servi d'ici moins de cinq minutes. Il se tourne alors vers le réfrigérateur sans me répondre et l'ouvre. Je l'avertis sur un ton plus ferme qu'il n'a pas le droit d'ouvrir le frigidaire et l'office est réservée au personnel. Il le referme alors brutalement. Je laisse un court moment de silence. Le patient se tourne vers moi, le visage crispé et les yeux perçants. Devant la colère apparente du patient, je lui indique doucement, afin de l'apaiser, qu'il peut s'installer dans la salle à manger et que je vais lui servir à boire pour qu'il puisse patienter. En espérant réussir cette négociation, je me décale du côté de la porte en l'ouvrant.

Il avance lentement en direction de la porte, poing serré et dents grinçantes. Arrivé à mon niveau, il s'arrête et se tourne de nouveau face à moi tout en étant très près. Il me fixe en grinçant d'autant plus fort des dents. Je garde mon sang froid et mon calme en lui disant que j'ai bien compris sa demande et que son repas sera servi dès qu'il sera installé. Intérieurement, j'appréhendais une réponse agressive. Il pousse alors un cri grave et projette son poing en direction de mon abdomen, je parviens à esquiver le coup de justesse.

Alerté par le cri guttural du patient, un collègue se précipite en ma direction, une fois arrivé le patient essaie de lui mettre un autre coup de poing. Le collègue active son PTI (système de Protection pour Travailleurs Isolés). En attendant l'arrivée des renforts, mon

collègue tente d'apaiser le patient et de négocier mais celui-ci redouble d'agressivité. Les renforts arrivent enfin, et le patient est conduit en chambre d'apaisement conformément à la prescription médicale.

Plusieurs émotions m'ont ici traversé le temps de cette situation. J'ai tout d'abord vécu de la surprise quand le patient s'est introduit dans l'office, j'étais ici pris au dépourvu et j'avais dû rapidement réfléchir à une stratégie pour resituer le patient en apaisant une éventuelle opposition. Se sont enchaînés la peur et le stress quand le patient s'est opposé à moi et s'est montré imperméable à mes tentatives d'apaisement, j'étais ici impressionné par la force de ces actes. Puis est arrivé l'interrogation, quand la situation a été prise en charge par mes collègues, j'ai été amené à m'interroger sur les causes de la réaction du patient ainsi que sur la solution trouvée à savoir installer le patient en chambre d'apaisement.

## Situation 2

Cette situation prend place dans le même cadre que la précédente. Je suis cette fois-ci en fin de stage. Il est dix-sept heures, les patients ont pris leur collation dans la salle à manger commune il y a une heure. Ils peuvent maintenant s'adonner à leurs loisirs en attendant le dîner. Monsieur E, le patient présent dans la première situation, n'a pas manifesté d'agressivité ni de manque de respect aux règles depuis le début de l'après-midi. Il a pris sa collation de seize heures avec les autres co-patients dans le calme, en attendant patiemment son tour pour être servi. Je fais équipe cet après-midi avec deux infirmières et une aide-soignante. Depuis le début de l'après-midi, les infirmières témoignent ponctuellement leur satisfaction de l'attitude conciliante de Monsieur E. En effet, l'une d'elle se dit « rassurée » et « espère que cela ne changera pas jusqu'à ce soir ». C'est principalement avec cette collègue que je suis amené à travailler cet après-midi.

L'infirmière et moi sommes dans la salle de soin en train de préparer les piluliers des patients pour le dîner. La porte est alors fermée pour que nous puissions rester concentré dans notre travail. Toutefois, nous restons disponibles en cas de besoin ou si un patient exprime le souhait de partager un temps d'entretien. C'est alors que quelqu'un toque brusquement contre la porte. On reconnaît la démarche et la respiration



caractéristique de Monsieur E. Ma collègue est alors surprise, je décide d'ouvrir la porte. J'ouvre doucement la porte et l'accueille avec un sourire. Il me regarde fixement avec sa main crispée sur son ventre. Je lui demande ce qui l'amène. Il grimace un instant puis hurle « J'ai faim ! ». Je prends mon inspiration pour lui répondre quand je sens une main se poser sur mon épaule. L'infirmière, juste derrière moi, me dit de poursuivre la préparation des traitements et m'indique qu'elle va s'occuper du patient. Je me soustrais alors et je regagne la paillasse située juste derrière elle. Curieux de savoir la suite, je reste observateur de la situation. Je me tiens prêt à soutenir ma collègue si la situation en crée le besoin. Voyant son interlocuteur changer, le patient réitère sa demande en criant plus fort encore « J'ai faim ! ». La main sur son ventre se crispe fermement et son visage se fronce excessivement. L'infirmière masque son appréhension derrière un visage assuré. Elle lui répond doucement qu'il a déjà eu une collation il y a une heure et qu'il doit maintenant attendre le dîner servi dans deux heures. En effet, le projet de soin du patient souligne la nécessité du respect des heures de repas pour permettre la consolidation du cadre de vie du patient ainsi que pour créer et maintenir le respect de règles simples. Le patient s'avance vers l'infirmière et grinçant des dents et en serrant le poing. Elle fait un pas en arrière en précisant d'un ton faussement calme qu'il peut s'occuper en attendant et que le temps va passer vite. Sans un mot, il la pousse en modérant sa force de telle manière à l'intimider. Je pense alors que l'infirmière va activer son PTI pour appeler d'autres collègues en renfort. En effet, de par mon statut d'étudiant, ma position est inconfortable par le fait qu'on m'a énoncé clairement que je ne dois pas intervenir dans ce type de situation. Toutefois ici, notre sécurité est clairement mise en jeu. A mon grand étonnement, l'infirmière ne déclenche pas son PTI et répond sèchement au patient qu'elle va lui donner quelque chose à manger, elle lui demande de s'installer dans la salle à manger. Elle part donc avec lui de la salle de soin. Surpris par le déroulement de la situation, je poursuis la préparation des traitements pour ne pas prendre de retard tout en attendant ma collègue pour pouvoir discuter de cela avec elle.

Un quart d'heure plus tard, elle revient dans la salle de soin d'un air soulagé et soupire profondément. Je lui laisse le temps de s'installer pour qu'elle reprenne ce qu'elle était en train de faire. Elle reste silencieuse. Je lui demande si elle n'a pas eu de

soucis avec Monsieur E dans la salle à manger. Elle répond négativement en soulignant le fait que l'accès à ses demandes permet d'éviter les complications. Je l'interroge alors sur le respect de la consigne présente dans le projet de soin. A cela, elle évoque en avoir connaissance mais explique que nous avons beaucoup de travail ce soir, il n'est pas nécessaire de risquer de créer un débordement par rapport à l'enjeu de la situation. Elle ajoute qu'il n'y a aucun professionnel masculin dans l'équipe cet après-midi donc qu'il ne vaut mieux pas prendre de risque. Ma collègue a ensuite enchaîné sur un autre sujet de conversation.

Plus tard, au moment du dîner, l'infirmière a transmis aux autres collègues l'évènement passé. Certains collègues se sont étonnés mais compte-tenu des circonstances, ont dit comprendre que l'infirmière ai agi ainsi. Quant-au patient, il est resté calme le reste de la soirée, bien qu'abordant un air victorieux et satisfait devant les soignants.

## Annexe 2 : Guide d'entretien

### Objectifs de l'entretien :

- Comprendre ce qu'est un projet de soin en psychiatrie.
- Identifier les différents acteurs du projet de soin en psychiatrie.
- Identifier les bénéfices et difficultés à respecter le projet de soin, côté soignant et patient.
- Comprendre le rôle infirmier dans le projet de soin en psychiatrie.

### Questions lors de l'entretien :

- Qu'est-ce qu'un projet de soin en psychiatrie?  
*- Sa place et son rôle dans la prise en soin du patient. Les différents modes d'hospitalisation.*
- Qui sont les différents acteurs dans ce projet de soin?  
*-La place de la cohésion d'équipe et l'importance de l'interprofessionnalité.*
- Quel est le rôle de l'infirmier dans ce projet de soin?
- Comment l'infirmier investit-il la posture soignante pour respecter au mieux le projet de soin?
- Quels sont les bénéfices et les préjudices possibles à faire respecter le projet de soin? Tant pour le soignant que pour le patient.  
*-Comprendre les différentes difficultés possibles, s'appuyer sur un exemple du soignant si besoin.*

### Annexe 3 : Retranscription de l'entretien

Moi : Nous allons pouvoir commencer cet entretien. J'ai plusieurs questions à vous poser. Par exemple, pour commencer, qu'est-ce qu'un projet de soin ?

IDE (Infirmier diplômé d'état) : Un projet de soin c'est une ligne directrice qu'on va essayer d'adopter pour faire en sorte que le patient puisse avoir les soins nécessaires. Le projet de soin ne peut qu'être établi à partir du moment où il y a quand même accord avec le patient. Vous pouvez très bien être dans un milieu restrictif avec le patient, comme par exemple les hospitalisations qu'on appelait auparavant HO et HDT donc soins psychiatriques à la demande d'un tiers et à la demande d'un représentant de l'état. Ça maintenant c'est dit, c'est la nouvelle nomenclature. Ces patients là en fait on peut toujours avoir un projet de soin avec eux mais il faut avoir ce que l'on appelle l'alliance thérapeutique. Sans alliance thérapeutique, on peut toujours essayer de faire un projet de soin, il ne pourra pas forcément être abouti ou il sera abouti sous la contrainte. Donc le projet de soin, qu'est-ce que le projet de soin, c'est pouvoir faire entre guillemets une espèce de pacte avec le patient pour pouvoir faire en sorte que le patient soit mieux sur un bien-être psychologique et mental dans la santé mentale mais aussi physique dans tout autre service de soins. Et les deux vont de pair.

Moi : D'accord, donc vous dites un accord avec le patient.

IDE : Oui

Moi : Dans quelle mesure cet accord va être formulé avec le patient ?

IDE : Déjà ça commence par, je dirais, la confiance. Il faut qu'il y est une confiance entre l'infirmier et le patient. L'infirmier c'est un peu l'extension du médecin. C'est l'extension du médecin qui est auprès du patient. C'est lui qui va donner les médicaments, c'est lui qui faire, qui va délimiter, par exemple le droit de sortie ou alors qui va devoir cadrer. C'est les yeux, c'est l'écoute, c'est un peu tout ça. Tout ça va être mêlée par faire en sorte que le cadre puisse tenir et d'avoir une notion de confiance. Il faut savoir que certains patients sont là, pour comment dirais-je, pour avoir des limites. Le but est d'avoir des limites, donc le cadre, les limites, et pour certains patients ça peut être très rassurant de pouvoir être guidé comme ça. Bien sûr, il faut faire notion

d'empathie, c'est-à-dire être au plus proche du patient. Je vous renvoie à la définition de Karl Rogers. Pour pouvoir faire en sorte d'être au plus proche du patient, pour voir ce qu'il ressent, être en accord ça veut dire que si vous avez un soignant A qui dit oui à quelque chose et un soignant B qui dit non à cette même chose, forcément ça s'analyse et ça peut ruiner le projet de soin. Ce que l'on appelle communément, avoir une faille, c'est-à-dire que le patient va pouvoir entrer dans cette faille pour semer le désaccord au niveau de l'équipe. Et le projet de soin peut voler en éclat.

Moi : Donc le but de ce projet de soin, ça va être de finalement fixer un cadre au patient ?

IDE : Tout à faire, un cadre au patient. Avec comme je disais cette notion de contrat et d'alliance. L'alliance c'est que le patient veuille aller avec nous dans la même direction. Si vous faites par exemple, que seuls les soignants veulent que, par exemple... Je vais faire un exemple. Le patient va aller dans la structure A. Les soignants disent « Bah non, la structure A n'est pas forcément bien pour vous, pour des soins de suite, il vaut mieux aller dans la structure B ». Si la motivation du patient reste d'aller dans la structure A alors qu'on va lui imposer la structure B, forcément que la confiance ne sera pas là. Il n'aura pas du tout la même motivation à se prendre en main pour pouvoir aller dans cette structure. Ce que je veux dire derrière c'est qu'à partir du moment où vous pouvez travailler avec la motivation et le bon vouloir du patient. Vous arrivez à des projets de soins qui sont beaucoup établis et mis en forme.

Moi : Faut-il donc travailler avec le patient pour le projet de soin ?

IDE : Tout à fait, c'est le but de l'infirmier. Le but de l'infirmier c'est de recueillir avec les entretiens institutionnels, motivationnels, les synthèses qui sont faites en équipe. De pouvoir voir dans quel micro-cause est le patient, savoir où il se situe. Ses vulnérabilités aussi. Vous pouvez très bien avoir un patient entre guillemets avec une capacité d'élaboration quasi-nulle. Et qui vous dit « Moi j'ai simplement envie de fumer des clopes ». On est soignant on dit « Bah mince, en santé publique fumer des clopes c'est pas cool quoi, il ne faut pas. Ce n'est pas bien de fumer des clopes ». Le patient lui ce qu'il veut c'est que fumer des clopes. On va peut-être essayer de voir pour accéder à sa demande. Est-ce qu'il a envie de fumer des cigarettes et que lui c'est que comme ça

qu'il voit la chose ? Bien sûr on ne va pas non plus axer, ça ne va pas être une carotte. On ne va pas lui dire tu vas faire-ci et ça et on va te filer une clope. Ce n'est pas comme ça que ça marche. Il faut voir exactement où est-ce qu'il veut aller et essayer de faire en sorte de maturer un projet en lui.

Moi : Vous avez parlé tout à l'heure que l'infirmier est l'extension du médecin.

IDE : Oui.

Moi : Cela veut dire qu'il y a différents acteurs ?

IDE : Il y a différents acteurs, tout à fait. C'est-à-dire que le médecin est là. Bien sûr c'est la personne qui prescrit, qui a la connaissance médicale. Un infirmier n'est pas un médecin, il n'est pas là à viser diagnostic mais pour informer et donner des signes cliniques. L'infirmier va être là pour voir exactement comment se comporte le patient. La sphère où il est. Généralement quand on fait un entretien infirmier il y a plusieurs cas que l'on voit. Ainsi, si vous voulez que je les détaille je peux les détailler. Mais en gros on essaie de voir la sphère personnelle.

Moi : D'accord.

IDE : La sphère professionnelle. Je fais un gros récapitulatif. On voit tout ce qu'il y a par rapport aux quatorze besoins de Virginia Henderson.

Moi : D'accord.

IDE : Que l'on apprend à l'IFSI et ce n'est pas pour rien. Et en plus cela on voit dans quelle mouvance, dans quel contexte il arrive dans la structure. Il faut avoir tout ça dans la globalité et voir à peu près où est-ce qu'il se situe. Et savoir aussi les antécédents. Je vous donne un exemple. Un patient qu'a un passé psychiatrique de 20 ans. Il vient et puis il me dit « bon bah voilà chaque fois c'est la même chose, je viens chez vous, je vais me faire enfermé, je vais me faire piquer ». Alors si commence comme ça va être compliqué quoi. Tout de suite ce n'est pas « comment et pourquoi vous voyez le soin ? » par exemple. Toujours avoir un dialogue franc, honnête et objectif avec un patient. Parce que c'est sûr que c'est sûr qu'on a toujours de peur de l'agressivité pour certaines personnes. Sauf que la franchise et l'honnêteté ont toujours payés, que ce soit dans toutes relations humaines. On dit toujours que toute vérité n'est pas bonne à dire,

je pense que c'est faux. Il faut savoir dire les choses mais toujours être en accord avec ses valeurs de soignants.

Moi : Vous parlez donc de franchise, d'honnêteté. Donc ce sont des valeurs à faire vivre dans le projet de soin ?

IDE : Ces valeurs à faire vivre dans le projet de soin. Si vous n'êtes pas du tout, si vous ne croyez pas au projet et que vous le donnez simplement comme ça pour plaisir. Vous-même en tant que soignant, vous n'allez pas avoir la même motivation et du tout le projet va en être altéré. Forcément puisque ce qui est valable pour le patient dans un sens, pour lui s'il n'est pas motivé ça va être altéré, pour le soignant aussi. Alors il va le faire parce qu'il y a un cadre déontologique, éthique. Sauf que si on travaille avec son authenticité, bah ça devient compliqué quoi.

Moi : Tout à fait. Par rapport justement à l'infirmier, comme vous le décrivez, quel va être son rôle dans ce projet de soin ?

IDE : Alors le rôle de l'infirmier, c'est justement, c'est un peu le bras de confiance. Il est là pour mettre en place dans ce qu'on appelle la relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique. Donc l'alliance thérapeutique va permettre quoi ? Ce qu'on appelle la compliance au traitement. Donc la compliance c'est le patient qui est d'accord pour prendre son traitement et qu'il voit qu'il peut avoir un bénéfice avec. Je vous fais un exemple ça va être plus simple. Un patient schizophrène cri énormément. Il cri énormément. Je vous fais un exemple ça va être plus simple. Un patient schizophrène crie énormément. Il crie énormément, il n'a pas envie, en fait on s'aperçoit qu'il est pas du tout dans la réalité. Il est très angoissé, il a peur. Il a peur et sans doute qu'il a un mécanisme hallucinatoire qui fait que bah, il y a quelqu'un qui le poursuit par exemple. Il a cette vision, il y a quelqu'un qui le poursuit, qui veut le tuer. Et donc il a un dialogue tout à fait désordonné : " on veut me tuer". Alors on peut très bien le regarder de manière hagard sauf que si on connaît la maladie on voit ce qu'il se passe. Donc soit on va lui dire « tenez monsieur il faut prendre votre traitement » avec bien sûr cette tension en miroir, c'est à dire que le patient donne une tension donc ça peut renvoyer de la tension chez le soignant en se disant « mon dieu il peut y avoir de l'agressivité ça va être compliqué ». C'est vrai, ce n'est pas simple. Ou alors, asseoir les choses et dire avec,

avec heu, simplement « bon bah écoutez, on voit que ça ne va pas trop là, expliquez-moi un peu ce qu'il y a ». Alors, le patient il est un petit peu décontenancé car il a peur, il n'est pas bien. Bon bah « Vous avez peur, vous êtes angoissé ? Ecoutez, faites-moi confiance bon là on peut vous donner un traitement qui peut vous apaiser. Ça pourrait être pas mal et puis on sent que c'est compliqué et voilà ». Alors c'est sûr, ça nécessite du temps de devoir asseoir les choses. De rentrer en contact avec la personne, et parfois ça marche, et parfois ça marche et après les patients disent « oui en effet ça marche » et à ce moment-là il peut déjà y avoir une alliance thérapeutique de crée à ce moment-là.

Moi : Dans l'exemple que vous m'avez donné, vous m'aviez que la connaissance de la maladie est importante. Est-ce-que l'infirmier doit vraiment l'investir pour prendre soin le mieux possible du patient ?

IDE : Investir quoi ? La connaissance ou la maladie ?

Moi : Heu, je dirais la connaissance de la maladie.

IDE : Connaissance de la maladie. Oui c'est important, comme il est tout à fait important au fur et à mesure de son parcours professionnel de se former. La connaissance, elle est nécessaire. Si un médecin vous demande « bon est-ce-que ça va aujourd'hui ? ». Qui est quelque chose de très vague. « Bon est-ce-que ça va aujourd'hui avec tel patient ? ». Alors que par exemple si on sait que ce patient en question a fait des achats impulsifs à hauteur de 3000 euros en une journée, que la personne est désinhibée, qu'elle vous tape dans le dos en vous disant « salut vieille branche » admettons. Et qu'il commence à faire, entre guillemets, des mimiques tels que faire l'avion dans un couloir. Forcément que ça peut poser question. Quelqu'un qui n'a aucune connaissance sur la maladie va se dire « bon bah, c'est quelqu'un, c'est un joyeux gai luron ». Sauf que si on a la connaissance, on peut se dire « est-ce qu'il n'est pas bipolaire ce monsieur, en phase maniaque ? ». Donc le but est de devoir donner des signes cliniques. On n'est pas



médecin. Il faut donner des signes cliniques au médecin. Le médecin va investir les signes cliniques et quand il va. Nous en fait le but est un peu de prémâcher ce que peut faire le médecin. Quand il va voir le patient. Après lui il va pouvoir mettre le doigt sur telle et telle chose. Oui il est bipolaire, non il n'est pas bipolaire.

Moi : D'accord.

IDE : On est vraiment dans cette catégorie-là. Et c'est l'alliance. L'alliance thérapeutique elle se fait entre tous les professionnels. C'est le patient qui est au centre. Il y a l'infirmier qui est avec l'aide-soignant car l'aide-soignant c'est la personne qui va être au plus proche du patient dans son intimité. Donc je pense par exemple à des syndromes tel que syndrome de Charcot et ainsi de suite. Ou le corps est quelque chose de très important à connaître. Heu, même ça peut aller jusqu'à l'agent des services hospitaliers qui va ramasser ; qui va ramasser les détritrus parce que, par exemple, bah c'est bizarre mais dans la corbeille il y a plein de petits papiers déchirés. Ce qui normalement est un peu la collection de psychotiques. Vous pouvez, donc le médecin qui là pour savoir exactement la visée diagnostic et d'avoir, de comprendre tout ce qui peut se passer. Et le médecin quand il passe, il a un temps assez limité. Il faut qu'il comprenne tout et qu'il voit tout et que le patient ai confiance envers toute la structure qui l'entoure.

Moi : D'accord, donc là on voit qu'il y a l'infirmier ainsi que d'autres acteurs qui participent au prendre soin.

IDE : Tout à fait.

Moi : Maintenant, pour partir sur la posture soignante.

IDE : Oui.

Moi : A votre avis, comment l'infirmier investi-t-il la posture soignante pour respecter au mieux le projet de soin ?

IDE : Alors je dirais déjà que c'est un point de vue très subjectif puisque c'est propre à chacun.

Moi : D'accord.

IDE : Il y en a qui, de toute façon on a tous une expérience de vie différente. Donc ce qui va donner des, des moyens différents. Admettons, je vous fais un exemple. J'ai un exemple assez concret. Heu, j'ai travaillé, bon je ramène ça un peu à moi mais, j'ai travaillé dans une structure d'addictologie. En tant que, que soignant, mais personnellement, personnellement j'ai déjà fumé du cannabis, d'accord. Donc ça va dire que je connais les effets du cannabis, je sais ce que ça peut être et pour autant je ne pense pas être un dégénéré. Des collègues infirmiers, soignants, n'ont jamais fumé de cannabis. Prenaient en charge des patients qui avaient des problèmes de cannabis et pour eux c'était des toxicos très avertis. Ce que je veux dire derrière, c'est que notre passé ou du moins ce qui nous constitue peut avoir une représentation sur, heu, on peut faire un projection sur, on peut faire une projection. Je vous renvoie un peu à la notion du transfert, contre-transfert. Donc en fait il y a une projection qui peut se faire sur le patient. Donc là il faut déjà être très attentif et faire très attention, c'est à dire qu'il faut, on est là, ce qu'il faut savoir c'est qu'il ne faut absolument pas faire de jugement de valeur. Le jugement de valeur est prohibé dans notre profession. On est là que pour des faits, que pour des faits et c'est toujours les faits qui vont primer. Ensuite, ça fait en fonction de notre authenticité. En gros c'est, le résumé c'est ça, c'est l'authenticité de la personne. Vous pouvez avoir une originalité en tant que soignant, on ne vous l'enlèvera jamais, et c'est très bien. Parce que c'est la multiplicité des profils qui font le, que le, le

service, va avoir, je dirais, va avoir une perception différente. Vous prenez quelqu'un par exemple qui est fan de moto, qui est fan de mécanique, qui a un esprit un peu, un peu heu, on va dire à l'emporte-pièce. Vous avez un provocateur, un peu, parmi les soignants dans un même service et vous en avez un autre, un réservé. Tous les trois vont faire en sorte que les choses vont avancer. Pas avancer dans le même sens mais au moins il va y avoir des conflits, des choses où ils ne vont pas être d'accord par rapport à un projet de soin. Mais c'est ce qui va faire aussi avancer le projet de soin. Donc c'est une bonne chose.

Moi : Donc d'après ce que vous m'avez dit là, le positionnement soignant va être plus sujet à la subjectivité de chacun ?

IDE : Ça va être à la subjectivité de chacun tout à fait et bien-sûr avec les connaissances qu'on a eu à l'IFSI et heureusement qu'on a les connaissances à l'IFSI. Par rapport à la maladie, tout ce qu'on a vu. La position, la position soignante elle a été un peu faite à partir des stages que vous avez faits. Moi je vois que dans mon exercice professionnel ça a été ça. On a toute une série de stage sur les trois ans et demie. Et ensuite, eh ben quand vous commencez à acquérir votre expérience, vous faites-vous même votre propre positionnement. Et faites-en fonction des gens qui sont autour de vous pour vous accompagner dans les projets de soin. Et en plus de ça en fonction de vous, de votre authenticité.

Moi : Dans le prendre soin patient justement. Dans ce projet de soin, les positionnements vont-ils être complémentaires les uns les autres ?

IDE : Il peut y avoir de tout, il peut y avoir de tout. Ce qu'il faut savoir c'est qu'à partir où on est critique, si on commence à être critique. C'est bien beau d'être critique, on peut toujours dire "je n'aime pas » mais il faut proposer autre chose. Donc, la critique amène toujours de devoir proposer autre chose. Le but est d'avancer pas de détruire.

Maintenant ce qu'il faut voir, je dirais par-dessus tout ça, c'est que, et c'est, vous pouvez, on va dire que ça dépend de chacun. C'est surtout rappeler aux autres qu'il ne faut pas aller dans le jugement c'est surtout ça. Je ne dis pas que mes paires juges, je dis facilement par des situations similaires on peut se calquer sur des anciennes prises en charge en faire des raccourcis et ça c'est pas bon.

Moi : D'accord, il faut donc que la prise en charge soit propre au patient c'est ça ?

IDE : Tout à fait.

Moi : D'accord. Nous allons maintenant aborder le respect du projet de soin. Il y a-t-il des bénéfices et préjudices pour le patient à respecter ce projet de soin ?

IDE : Des bénéfices et des préjudices, ça peut aller dans l'un comme dans l'autre ouais c'est sûr. Les bénéfices, c'est quoi ? C'est que vous avez un projet de soin, il est mené, s'il est mené à bien, par exemple heu une sortie d'un, d'un milieu fermé pour un patient psy vers un milieu ouvert, ça peut être un projet de soin. S'il est validé le patient est content. Lui ce qu'il voulait c'est de ravoir, de ravoir une autonomie, une liberté. Donc ça peut être une bonne chose. Maintenant, savoir si ça peut être délétère, tout dépend. Si on a joué franc jeu avec le patient et que c'était le souhait du patient et que nous en tant que, avec un aide-soignant on se dit c'est bon il n'y a pas de soucis. Maintenant, je fais l'inverse. Le patient veut aussi sortir, le psychiatre dit « bah en fait, pour moi il n'est pas prêt », le souci c'est que, entre guillemets, on va, jugement de valeur « il nous casse les couilles tous les soir, bah on va le faire sortir et s'il se pend bah tant pis ». Je donne vraiment l'exemple et le contre-exemple. Ce que je veux vous dire c'est que le projet de soin, il faut qu'il faut soit vraiment mûrement réfléchi par l'équipe comme, soignante, comme par le patient pour être mise en...branle. Et il faut absolument, et ça je reviens toujours là-dessus, c'est que le dialogue d'une partie comme de l'autre soit empreint d'authenticité dans le sens où il faut, il faut être vrai sur ce que l'on dit. Si vous avez un

patient qui triche ou quoique ce soit, forcément ça va donner un mauvais projet de soin parce que en fait il y avait un bénéfice secondaire derrière. Ou alors si c'est au niveau soignant parce que, heu, admettons ils n'en peuvent plus ou quoique ce soit ça veut dire le patient on s'en fout quoi.

Moi : Et concernant justement le soignant, par le fait qu'il fasse respecter le projet de soin. Est-ce qu'il peut y avoir justement des préjudices pour sa personne ?

IDE : Heu, c'est assez vaste comme question.

Moi : Dans le sens où, heu lorsque le soignant s'attelle à respecter les consignes du projet de soin.

IDE : Oui

Moi ; Par rapport au patient, le soignant peut-il par exemple se mettre en danger ou se mettre dans ses situations difficiles ?

IDE : Il peut être mis dans des situations difficiles à partir du moment, où heu, on n'est pas, où nous même on est pas adhérent. Vous avez un projet de soin qui va être fait par, heu, qui va être fait par des multiples soignants, environ je ne sais pas, on va dire qu'on est cinq ou six. Forcément qu'il y a des points de vue qui vont diverger sur la prise en charge sur les cinq ou six. S'il y en a un qui n'est pas en accord avec, avec ce qu'on fait les autres, forcément que ça peut être délétère. Ça peut être délétère pour le soignant comme le patient. Heu, c'est ce que je vous disais, c'est qu'à partir du moment, où vous avez, admettons, un. Un soignant qui ne croit pas, qui ne croit pas au projet de soin et

qui pense que tout va se casser la gueule, la motivation pour le mener à bien va en être, heu va en être entaché hein.

Moi : Vous parlez justement de, de dynamique d'équipe ou l'ensemble des soignants où l'ensemble des soignants doit croire au projet de soin. Peut-on parler de cohésion d'équipe ?

IDE : Cohésion d'équipe c'est important. En fait il y a trois choses qui sont très importantes. Comme je disais, c'est, heu, c'est être authentique avec le patient, on l'a déjà vu. C'est-à-dire, dire les choses. Toujours les pose, dire les choses, même quand elles ne sont pas agréables. Heu, deuxième chose. Alors j'en met quatre quand même, pour la psychiatrie, il y a qui est quand même important pour la psychiatrie. C'est, heu, ce n'est ne pas entrer dans le délire du patient.

Moi : D'accord.

IDE : Jamais entrer dans le délire du patient. Si vous avez un patient, qui, heu, si vous voulez adhérer ou que vous voulez qu'il adhère à un projet de soin et qu'il vous dit qu'il voit des chauves-souris et que vous dites « bah moi aussi je vois des chauves-souris » et que ce n'est pas vrai. Non, on n'est pas dans le soin. On peut dire simplement « Vous vous les voyez, moi je ne les vois pas, c'est qu'il y a peut-être un souci, il faudrait qu'on voit ça ensemble. Je ne dis pas que vous ne les voyez pas mais je dis qu'on a une perception différente de la chose ». Ça c'est les deux premiers. Heu, la troisième c'est... Heu excusez-moi parce que j'étais en train de ... on en est où ?

Moi : Ne pas entrer dans le délire du patient.

IDE ; Oui juste avant je disais ?

Moi : Dire les choses avec le patient.

IDE : Dire les choses avec le patient. Et la question c'était ? Je suis désolé j'ai un petit peu perdu mon fil.

Moi : Pas de soucis. Alors la question justement c'était par rapport à la cohésion soignante autour du patient.

IDE : La cohésion. Faire des réunions de synthèse régulièrement pour pouvoir asseoir ensemble les choses. C'est à dire que si vous avez un projet de soin qui a été fait à T premier jour et le projet de soin à T deux semaines forcément qu'entre les deux, et ben il y aurait peut-être une évolution par les traitements, par le travail du patient, auprès par exemple de la psychologue ou ainsi de suite. Là déjà, peut-être que le projet de soin sera réévaluer. Le projet de soin ce n'est pas quelque chose d'arrêté. Il doit toujours évoluer, et bien sûr essayer d'évoluer dans le bon sens. Le but c'est toujours de faire, de faire des réunions de synthèse. C'est pour ça que les réunions de synthèse sont très importantes, on peut savoir exactement où est-ce qu'on va. Ce que ressens le patient et partager ça en équipe. Donc il y a aussi le partage derrière. Et enfin, ce que je disais, c'est la mise en place de connaissances. C'est à dire que la psychiatrie comme toute discipline médicale, il y a des avancées. Quand on sait que le premier neuroleptique a été découvert en 1960, on n'imagine bien qu'il va y avoir d'autres produits qui vont venir. Là ces dernières années on a eu deux nouveaux traitements qui étaient pour éviter tout ce qui était addiction. Donc pour les personnes qui ont des problèmes d'addiction à l'alcool, au cannabis tout ça. Aux cigarettes. On a besoin d'être formé, ce n'est pas seulement avec le baguage qu'on a eu à l'IFSI, heu, qu'on va pouvoir s'en sortir. Ça nécessité d'être toujours en relation sur le corps médical et toujours essayer de voir avec ce qu'il peut se faire à côté. Et par exemple, ça peut être, le partage de savoir est une très bonne chose.

Comme avoir des étudiants infirmiers qui viennent nous voir en nous disant, bah voilà ce qu'on apprend en ce moment, voilà quels sont les nouvelles techniques. Tout est toujours bon à prendre.

Moi : Cette actualisation est donc nécessaire dans le projet de soin ?

IDE : Tout à fait, tout à fait. Elle est nécessaire car ce qu'on prenait hier comme certaines maladies. Par exemple, je rebondis là-dessus, l'homosexualité en psychiatrie était une maladie auparavant, et maintenant on a bien vu que ce n'était pas une maladie.

Moi : D'accord. Je vous remercie beaucoup pour vos réponses.

IDE : Je vous en prie.



## Annexe 4 : Tableau d'analyse

| Thème                                      | Sous thèmes       | Items  |
|--|-------------------|--|
| Le positionnement infirmier en psychiatrie | Le rôle infirmier | <p>« L'infirmier c'est un peu l'extension du médecin. C'est l'extension du médecin qui est auprès du patient. C'est lui qui va donner les médicaments, c'est lui qui faire, qui va délimiter, par exemple le droit de sortie ou alors qui va devoir cadrer. C'est les yeux, c'est l'écoute, c'est un peu tout ça »</p> <p>« Alors le rôle de l'infirmier, c'est justement, c'est un peu le bras de confiance. Il est là pour mettre en place dans ce qu'on appelle la relation thérapeutique, l'alliance thérapeutique »</p> <p>« On n'est pas médecin. Il faut donner des signes cliniques au médecin »</p> <p>« On est là que pour des faits, que pour des faits et c'est toujours les faits qui vont primer »</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>« Le but de l'infirmier c'est de recueillir avec les entretiens institutionnels, motivationnels, les synthèses qui sont faites en équipe »</p> <p>« Savoir où il se situe. Ses vulnérabilités aussi »</p> <p>« Un infirmier n'est pas un médecin, il n'est pas là à viser diagnostic mais pour informer et donner des signes cliniques. L'infirmier va être là pour voir exactement comment se comporte le patient. La sphère où il est. Généralement quand on fait un entretien infirmier »</p> <p>« Jamais entrer dans le délire du patient. Si vous avez un patient, qui, heu, si vous voulez adhérer ou que vous voulez qu'il adhère à un projet de soin et qu'il vous dit qu'il voit des chauves-souris et que vous dites « bah moi aussi je vois des chauves-souris » et que ce n'est pas vrai. Non, on n'est pas dans le</p> |
|--|--|--|

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
|  |                                    | <p>soin. On peut dire simplement "Vous vous les voyez, moi je ne les vois pas, c'est qu'il y a peut-être un souci, il faudrait qu'on voit ça ensemble. Je ne dis pas que vous ne les voyez pas mais je dis qu'on a une perception différente de la chose »</p>  |
|  | <p>Le positionnement infirmier</p> | <p>« Il faut qu'il y est une confiance entre l'infirmier et le patient »</p> <p>« Ça va être à la subjectivité de chacun tout à fait et bien-sûr avec les connaissances qu'on a eu à l'IFSI et heureusement qu'on a les connaissances à l'IFSI »</p> <p>« La position, la position soignante elle a été un peu faite à partir des stages que vous avez faits. Moi je vois que dans mon exercice professionnel ça a été ça. On a toute une série de stage sur les trois ans et demie. Et ensuite, eh ben quand vous commencez à acquérir votre expérience,</p> |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>vous faites-vous même votre propre positionnement. Et faites-en fonction des gens qui sont autour de vous pour vous accompagner dans les projets de soin. Et en plus de ça en fonction de vous, de votre authenticité »</p> <p>« J'ai travaillé, bon je ramène ça un peu à moi mais, j'ai travaillé dans une structure d'addictologie. En tant que, que soignant, mais personnellement, personnellement j'ai déjà fumé du cannabis, d'accord. Donc ça va dire que je connais les effets du cannabis, je sais ce que ça peut être et pour autant je ne pense pas être un dégénéré. Des collègues infirmiers, soignants, n'ont jamais fumé de cannabis. Prenaient en charge des patients qui avaient des problèmes de cannabis et pour eux c'était des toxicos très avertis »</p> |
|--|--|--|

|                             |                           |  |
|-----------------------------|---------------------------|--|
|                             | Valeurs soignantes        | <p>« Le jugement de valeur est prohibé dans notre profession »</p> <p>« Bien sûr, il faut faire notion d'empathie, c'est-à-dire être au plus proche du patient »</p> <p>« Toujours avoir un dialogue franc, honnête et objectif avec un patient »</p> <p>« La franchise et l'honnêteté ont toujours payés, que ce soit dans toutes relations humaines »</p> <p>« Il faut savoir dire les choses mais toujours être en accord avec ses valeurs de soignants »</p> |
| La relation soignant-soigné | Le patient en psychiatrie | <p>« Il faut savoir que certains patients sont là, pour comment dirais-je, pour avoir des limites. Le but est d'avoir des limites, donc le cadre, les limites, et pour certains patients ça peut être très rassurant de pouvoir être guidé comme ça »</p> <p>« Voir la sphère personnelle »</p>  |

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
|  |                                 | <p>« La sphère professionnelle. Je fais un gros récapitulatif. On voit tout ce qu'il y a par rapport aux quatorze besoins de Virginia Henderson »</p> <p>« Il faut avoir tout ça dans la globalité et voir à peu près où est-ce qu'il se situe. Et savoir aussi les antécédents »</p>   |
|  | <p>L'Alliance thérapeutique</p> | <p>« L'alliance c'est que le patient veuille aller avec nous dans la même direction »</p> <p>« Donc l'alliance thérapeutique va permettre quoi ? Ce qu'on appelle la compliance au traitement. Donc la compliance c'est le patient qui est d'accord pour prendre son traitement et qu'il voit qu'il peut avoir un bénéfice avec »</p> <p>« L'alliance thérapeutique elle se fait entre tous les professionnels. C'est le patient qui est au centre »</p> <p>« Sans alliance thérapeutique, on peut toujours essayer de faire un</p> |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   |  | <p>projet de soin, il ne pourra pas forcément être abouti ou il sera abouti sous la contrainte »</p> <p>« Alors c'est sûr, ça nécessite du temps de devoir asseoir les choses. De rentrer en contact avec la personne, et parfois ça marche, et parfois ça marche et après les patients disent « oui en effet ça marche » et à ce moment-là il peut déjà y avoir une alliance thérapeutique de crée »</p> |
|   | <p>Les Attitudes relationnelles</p>                    | <p>« Donc en fait il y a une projection qui peut se faire sur le patient. Donc là il faut déjà être très attentif et faire très attention »</p> <p>« Je vous renvoie un peu à la notion du transfert, contre-transfert »</p>  |
| <p>Le projet de soin en psychiatrie</p> | <p>Particularités du projet de soin en psychiatrie</p> | <p>« Un projet de soin c'est une ligne directrice qu'on va essayer d'adopter pour faire en sorte que le patient puisse avoir les soins nécessaires »</p>  |

|  |                       |  |
|--|-----------------------|--|
|  |                       | <p>« Une espèce de pacte avec le patient pour pouvoir faire en sorte que le patient soit mieux sur un bien-être psychologique et mental dans la santé mentale mais aussi physique dans tout autre service de soins. Et les deux vont de pair »</p> <p>« Ce que je veux dire derrière c'est qu'à partir du moment où vous pouvez travailler avec la motivation et le bon vouloir du patient. Vous arrivez à des projets de soins qui sont beaucoup établis et mis en forme »</p> <p>« Le projet de soin ce n'est pas quelque chose d'arrêté. Il doit toujours évoluer, et bien sûr essayer d'évoluer dans le bon sens »</p> |
|  | L'Interdisciplinarité | « Il y a l'infirmier qui est avec l'aide-soignant car l'aide-soignant c'est la personne qui va être au plus proche du patient dans son intimité »  |



|  |                   |  |
|--|-------------------|--|
|  |                   | <p>« Ça peut aller jusqu'à l'agent des services hospitaliers qui va ramasser ; qui va ramasser les détritiques parce que, par exemple, bah c'est bizarre mais dans la corbeille il y a plein de petits papiers déchirés. Ce qui normalement est un peu la collection de psychotiques »</p> <p>« Le médecin qui est là pour savoir exactement la visée diagnostic et d'avoir, de comprendre tout ce qui peut se passer »</p> <p>« Faire des réunions de synthèse régulièrement pour pouvoir asseoir ensemble les choses »</p> |
|  | Cohésion d'équipe | <p>« Être en accord ça veut dire que si vous avez un soignant A qui dit oui à quelque chose et un soignant B qui dit non à cette même chose, forcément ça s'analyse et ça peut ruiner le projet de soin. Ce que l'on appelle communément, avoir une</p>  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>faille, c'est-à-dire que le patient va pouvoir entrer dans cette faille pour semer le désaccord au niveau de l'équipe. Et le projet de soin peut voler en éclat »</p> <p>« Vous prenez quelqu'un par exemple qui est fan de moto, qui est fan de mécanique, qui a un esprit un peu, un peu heu, on va dire à l'emporte-pièce. Vous avez un provocateur, un peu, parmi les soignants dans un même service et vous en avez un autre, un réservé. Tous les trois vont faire en sorte que les choses vont avancer. Pas avancer dans le même sens mais au moins il va y avoir des conflits, des choses où ils ne vont pas être d'accord par rapport à un projet de soin. Mais c'est ce qui va faire aussi avancer le projet de soin. Donc c'est une bonne chose »</p> <p>« On a besoin d'être formé, ce n'est pas seulement avec le baguage qu'on a eu à</p> |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | <p>l'IFSI, heu, qu'on va pouvoir s'en sortir. Ça nécessite d'être toujours en relation sur le corps médical et toujours essayer de voir avec ce qu'il peut se faire à côté »</p> |
|--|--|--|



SARRON Nicolas

Le positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie

Le projet de soin est un élément clé dans l'hospitalisation du patient en psychiatrie. En effet, il va permettre d'assurer la continuité des soins et la collaboration des différents soignants. L'infirmier tient une place centrale dans ce projet par sa proximité avec le patient. Au cours de ce travail, nous allons étudier l'importance du positionnement infirmier dans le projet de soin en psychiatrie. Pour cela, nous réaliserons d'une part une étude théorique et d'autre part un entretien avec un infirmier de terrain. Nous chercherons à comprendre les particularités de l'identité professionnelle infirmière en psychiatrie. Cela nous amènera à nous intéresser à la relation que l'infirmier va entretenir avec le patient et l'équipe soignante. Nos recherches souligneront que le projet ne peut pas évoluer correctement sans un positionnement homogène des infirmiers. Nous poursuivrons notre réflexion sur les enjeux de la cohésion de l'équipe soignante dans le prendre soin infirmier.

The care project is a key point in psychiatric patient management. Indeed, it will ensure the constancy of patient care and close collaboration with caregivers. The nurse plays a significant role in this project because of his or her relationship with the patient. In this study, we will examine the importance of nurses position in the care project in psychiatry. To this effect, we will carry out a theoretical study, as well as an interview with a psychiatric nurse. We will seek to understand the aspects of the professional identity of psychiatric nursing. This will lead us to analyse the nurse's relationship with the patient and the healthcare team. Our research will emphasize the fact that the project can't evolve properly without a homogenous positioning of nurses. We will pursue our reflection on issues such as the cohesion of the health care team in nursing care.

Keywords : Care project, Nursing positioning, professional identity, team cohesion, psychiatry

Mots clés : Projet de soin, positionnement infirmier, identité professionnelle, cohésion d'équipe, psychiatrie

Institut de formation en soins infirmiers Pontchaillou

2 Rue Henri le Guilloux

Mémoire d'initiation à la recherche en soins infirmiers – 2014-2017