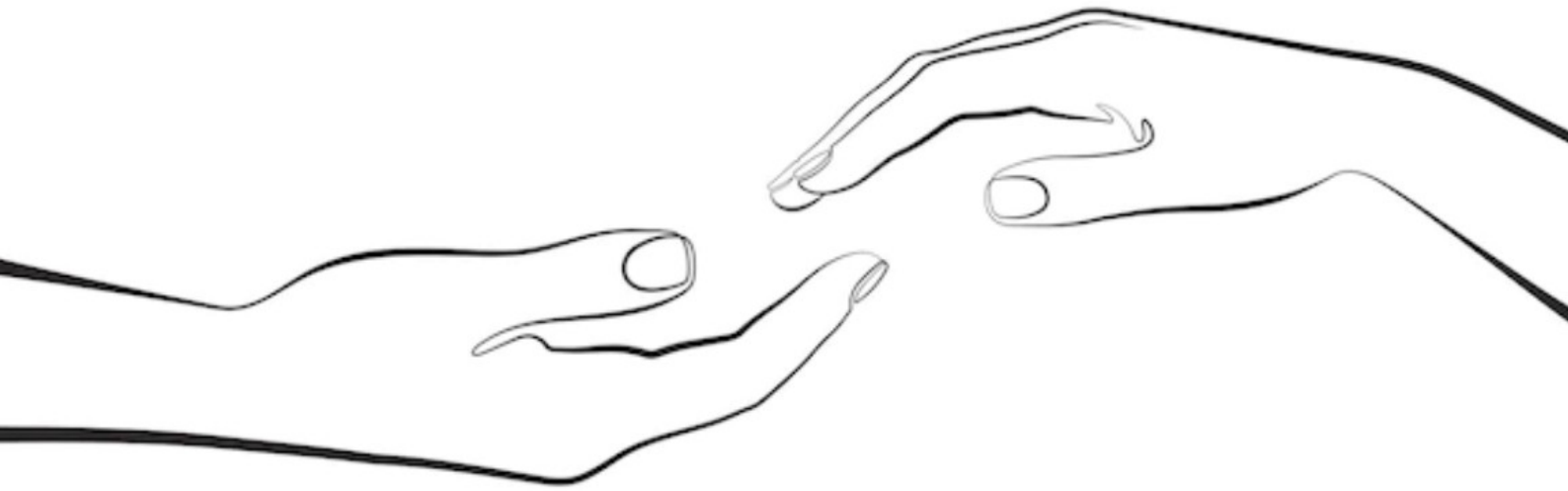


AUBERY
Faustine



Entre alliance et distance : au cœur de la relation de soin en psychiatrie



UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

Date de rendu : Mardi 30 mai 2023

Promotion 2020-2023

Directeur de mémoire : Mme Pieri Nathalie

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Remerciements :

Pour ouvrir cette lettre de remerciements, ma première pensée vient tout naturellement à ma directrice de mémoire Mme Pieri, qui à mes yeux compte beaucoup, car son investissement n'a jamais cessé, même dans les moments compliqués. Et c'est pour cette raison, que je suis extrêmement reconnaissante pour son accompagnement, elle qui a été une personne ressources durant mes trois années de formation. J'ai eu la chance de l'avoir en tant que directrice de mémoire pour m'aider à concrétiser celui-ci. Je la remercie donc chaleureusement pour son temps, ses précieux conseils, son soutien, mais aussi son agréable sourire.

Je tiens ensuite à remercier mes proches : mes parents, mon frère et mes grands-parents adorés pour leur soutien, malgré les hauts et les bas, leur motivation et leur accompagnement dans ce projet de profession. Eux qui m'ont vu grandir au cours de ces dernières années, et ainsi prendre en maturité pour passer d'une petite lycéenne à une infirmière responsable.

Puis, je ne peux pas clore cette lettre de remerciement, sans penser à ces précieuses rencontres, au cours de cette formation, qui marqueront à tout jamais ces années étudiantes inoubliables : Léna, Tiphaine, Mélissa, qui sont aujourd'hui devenues de vraies amies et avec qui, je l'espère, nous resterons proches malgré les prises de chemins différents qui nous attendent.

Une pensée également aux personnes qui ont gentiment accepté de prendre de leur temps et de partager leurs expériences lors des entretiens que j'ai pu conduire. De même, à toutes les personnes ressources qui m'ont transmis leur savoir et m'ont aidé à acquérir toutes ses compétences, tout au long des stages que j'ai pu effectuer.

Pour finir, je souhaite remercier l'Institut de Formation en Soins Infirmier d'Avignon, qui m'a offert l'opportunité de suivre cette formation, ainsi que l'ensemble de son équipe pédagogique, qui nous a permis de devenir les soignants que nous sommes aujourd'hui.

Table des matières

Introduction.....	1
1 Situation d'appel.....	2
1.1 Description de la situation d'appel.....	2
1.2 Questionnement et question de départ.....	5
2 Cadre de références.....	8
2.1 Le patient schizophrène.....	8
2.1.1 La schizophrénie : définitions et étymologie.....	8
2.1.2 Zoom sur la clinique de la schizophrénie paranoïde.....	10
2.2 La relation soignant-soigné en psychiatrie.....	14
2.2.1 Étymologie et premières définitions.....	14
2.2.2 De l'interaction à la relation de soin.....	15
2.2.3 Les soins relationnels en psychiatrie.....	16
2.2.4 Les entretiens infirmiers en psychiatrie.....	18
2.2.5 A la recherche de la juste distance.....	19
2.3 L'alliance thérapeutique.....	22
2.3.1 Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?.....	22
2.3.2 La dimension affective et la dimension professionnelle.....	23
2.3.3 Faire alliance en instaurant la confiance.....	23
3 Enquête exploratoire.....	25
3.1 Méthodologie.....	25
3.1.1 Méthode de recherche.....	25
3.1.2 Choix de l'outil.....	25
3.1.3 Lieux d'enquête et population concerné.....	26
3.2 Réalisation de l'enquête.....	27
3.3 Résultats de l'enquête.....	28
3.3.1 Présentations synthétiques des entretiens.....	28
3.3.2 Analyse thème par thème.....	30
3.4 Synthèse et limites de l'enquête.....	45
4 De la problématique à la question de recherche.....	46
Conclusion.....	47
Bibliographie.....	48

Introduction

Actuellement en dernière année de formation en soins infirmiers et prochainement titulaire du diplôme d'État Infirmier, il est temps pour moi de rassembler, traiter et mobiliser les connaissances apprises lors des longues heures passées sur les bancs de l'école, mais également lors de mes différents stages.

Afin de préciser le contexte du choix de mon sujet, il me paraît important d'évoquer qu'au début de mes études, la psychiatrie n'était pas un secteur de soins qui m'était a priori destiné. Cependant, j'ai eu l'opportunité d'effectuer mon stage de fin de deuxième année, dans un centre hospitalier psychiatrique et plus particulièrement, en unité de soins de suite intersectionnels. Et c'est ainsi que la psychiatrie a été une vraie révélation pour moi. En effet, j'ai tout de suite eu un fort intérêt pour les soins infirmiers en psychiatrie, c'est la raison pour laquelle il est question de vrai coup de cœur pour le secteur de la santé mentale : une certaine évidence à laquelle je ne m'attendais pas. C'est pourquoi, aujourd'hui, j'en ai fait mon projet professionnel. Au cours de ce stage, j'ai pu découvrir le rôle infirmier auprès des personnes atteintes de pathologies ou de troubles psychiatriques. J'ai également, découvert l'ampleur qu'avait la notion de relation de soin et ce que signifiait créer une alliance thérapeutique. J'ai donc pu mettre en œuvre celle-ci à mon tour, mais je me suis rapidement retrouvé confronté à une certaine problématique : celle du bon équilibre entre proximité et distance avec les patients lors de leur prise en soin. Et c'est d'ailleurs une certaine situation de soin, qui m'a amené à réfléchir à ce sujet.

Dans un premier temps, je commencerai par décrire celle-ci. Ensuite, j'exposerai les différents questionnements qui m'ont particulièrement interpellés et au terme de ce questionnement, apparaîtra ma question de départ, qui dévoilera les différents concepts qui m'ont semblé pertinents à aborder par la suite dans mon cadre de références.

Dans un second temps, je poursuivrai mon travail de recherche par une phase exploratoire, c'est-à-dire, une enquête menée sur le terrain. Pour ce faire, je présenterai le déroulement de celle-ci, j'exposerai mes résultats obtenus, à l'issue desquels je pourrai vous proposer une analyse. Tout cela me conduira à l'élaboration d'une problématique. Enfin, nous serons en mesure de dégager une question de recherche, avant de conclure ce travail.

1 Situation d'appel

1.1 Description de la situation d'appel

Dans le contexte de mes études, au semestre 4 j'ai eu l'opportunité de réaliser un stage en psychiatrie en unité de soins de suite intersectionnel, en centre hospitalier. C'est un service d'après-crise, où les patients sont hospitalisés sous contrainte. Une fois l'état pathologique du patient stabilisé, nous les accueillons dans ce service, avant leur retour à domicile. L'objectif est de mesurer leurs progrès cliniques, de les resocialiser avec le monde extérieur et d'observer leur comportement dans leur environnement personnel lors des retour à domicile durant leurs permissions, afin d'évaluer, si la levée de l'hospitalisation sous contrainte est envisageable, pour un retour définitif à domicile pour certains et en foyer pour d'autre. Pour ce faire, chaque patient énonce ses projets, évoque ses envies personnelles et ses besoins. Puis un contrat thérapeutique est discuté et construit en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Par la suite, si le contrat thérapeutique est respecté et sur décision médicale, le patient sera autorisé à sortir. Il paraît important de souligner, que chaque projet est entièrement personnalisé, il est pensé par le patient, rien n'est obligatoire et tout est propre à chacun.

Comme je ne connais pas encore le milieu de la psychiatrie, je me suis laissée conseiller dès le début du stage par les infirmières pour ma prise en charge des patients. Je choisis donc de prendre en charge le patient que nous avons reçu la veille de mon arrivée. Je m'occupe donc de Mr X depuis le début de mon stage. Elles me recommandent de lire son dossier médical pour avoir les informations nécessaires et comprendre son histoire de vie.

Elles me conseillent également d'entamer une phase d'observation, avant d'entrer en relation avec lui, afin d'être attentive, de relever les signes cliniques apparents, pour pouvoir me familiariser avec la pathologie et faire des liens.

Mr X est un jeune patient, âgé de 24 ans, atteint de schizophrénie déclarée vers l'âge de 16 ans suite à un premier passage en hospitalisation d'accueil et crise fermée. A ce jour, il est de nouveau hospitalisé sous contrainte depuis 3 semaines suite à une nouvelle crise pour rupture de traitement à domicile. Une fois la phase aiguë stabilisée, il a été orienté vers mon service de soins de suite afin d'anticiper un éventuel retour à domicile dans les prochaines semaines. Le principal objectif de son hospitalisation, est de rétablir un contrat thérapeutique avec Mr X, pour que, lors de son retour à domicile, celui-ci reste observant concernant ses traitements.

Par observation clinique, je décrirai Mr X, comme un homme assez discret, il paraît à première vue très solitaire, car il passe la plupart de son temps dans sa chambre. J'ai pu observer qu'il ne discute pas avec les autres patients lors des temps en groupe ou lors des repas. Lorsqu'un autre patient lui parle, il fuit la discussion et retourne immédiatement dans sa chambre. Il est plutôt d'humeur ambivalente, et généralement, il semble ne prendre aucun plaisir pour les choses qu'il entreprend dans sa journée. Sur le plan du délire, les symptômes dits 'productifs' sont stabilisés et Mr X ne laisse pas paraître d'idées délirantes. Au fil des jours, le contact avec Mr X semble difficile, sa pathologie est plutôt invalidante pour tisser des liens et entretenir des relations avec les autres. Je sais que son isolement est dû à sa pathologie, car le repli, est un des principaux signes cliniques de la schizophrénie. Il est désintéressé par les activités proposées et ne vient pas de lui-même y participer, il possède donc un manque de volonté important. Avec le temps, j'essaie de créer du contact avec lui, en lui proposant diverses activités possibles qui se déroulent dans le service. Au début, Mr X est froid et distant avec moi, il semblait indifférent face à ma présence. J'essuie plusieurs refus catégoriques, de se mélanger aux autres et de sortir du service pour les activités, telles que les sorties ou les médiations à visées thérapeutiques.

J'essaie de créer une relation, tant bien que mal avec mon patient, avec les quelques outils de soins relationnels de ma formation. Je connais l'importance de l'alliance thérapeutique, pour les patients en psychiatrie et je me mets donc en quête de réussir à en créer une, avec lui, afin de faire avancer le processus et l'implication de Mr X dans ses projets de retour à domicile. Étant donné que Mr X, ne souhaite pas sortir du service je ruse d'astuces pour essayer de discuter avec lui et de gagner sa confiance. Par exemple, un matin, je lui propose de boire un café ensemble dans le jardin de l'unité, puis un autre, je lui suggère de venir fumer une cigarette avec moi. J'ai l'impression que ce sont les petits gestes d'attention, qui lui permettent de s'ouvrir un peu plus à moi. Celui-ci accepte de temps en temps ce moment d'échange qui semble sortir de son quotidien, ce qui ouvre davantage Mr X au dialogue. Petit à petit, je réussis à échanger de mieux en mieux avec lui, il se confie sur certains projets qu'il aimerait entreprendre comme la reprise du sport, car il a toujours été sportif dans son enfance. Je comprends donc que j'ai trouvé une source motivationnelle pour Mr X.

Le plus souvent, c'est lors des temps d'échanges informels, que j'arrive à communiquer au mieux avec lui. Lors d'une de nos conversations, je tente de lui expliquer l'intérêt pour lui de l'observance de ses traitements en lien avec la reprise du sport et d'un éventuel bénéfice pour la stabilisation de sa pathologie, nous parlons également de l'intérêt que cela peut avoir pour lui, tout en intégrant à la discussion, le projet de la reprise du sport afin d'avoir une implication forte de Mr X. Après plus de deux semaines de travail, je trouve que Mr X est plus ouvert à la discussion, il semble investi dans son projet, devient de plus en plus volontaire, s'ouvre de plus en plus à la discussion et à l'humour. De plus, il ne refuse plus la prise de son traitement. Le projet de sortie semble donc se rapprocher.

Nous sommes mardi, jour de la médiation animale, et je décide d'y participer avec l'équipe soignante qui accompagne le groupe de patients. Ce jour-là, il y a une infirmière, une aide-soignante et moi l'étudiante en soins infirmiers. Généralement, cette activité est proposée à un groupe restreint d'environ 4 patients afin de mieux structurer le soin. A cet instant, lors du départ, je propose à Mr X de nous accompagner. Et pour la première fois, il accepte de participer. Alors, nous partons donc à l'activité qui se déroule à la ferme agricole du village d'à côté. Il paraît important de souligner que lors des sorties hors du centre hospitalier, nous ne portons pas la blouse afin de ne pas différencier les patients et donc de respecter le secret professionnel. L'activité se déroule plutôt bien, Mr X semble investi dans les tâches qui lui sont confiées. Je ne l'avais encore jamais vu, s'épanouir et participer autant à une activité. Lors d'un moment d'échange, je lui demande pourquoi il a pris la décision de venir aujourd'hui, alors qu'il a toujours refusé la moindre activité. Celui-ci me répond, qu'il n'était pas sorti depuis longtemps et que même s'il n'aimait pas trop les animaux, il avait envie de prendre l'air et me montrer qu'il en était capable.

Je lui ai donc répondu, que c'était une bonne chose, qu'il prenait le bon sens pour accomplir ses objectifs de retour à domicile, que j'étais fière et que je reconnaissais les efforts, qu'il avait fournis jusqu'ici.

En fin d'activité, avant de remonter dans le van pour rentrer, je me retrouve dans une situation des plus embarrassante. Je suis surprise lorsque Mr X s'approche un peu trop près de moi et me touche l'épaule. Comme je n'ai pas le temps de reculer pour prendre une certaine distance de sécurité, il me souffle dans l'oreille : « Tu es vraiment très belle Faustine, merci de passer autant de temps à t'occuper de moi ». Gênée de la situation, je ne réponds pas et m'éloigne rapidement en direction des soignantes. Je ne sais plus quelle

posture, et quelle attitude adopter face à Mr X. Je monte dans le van et décide de garder le silence sur le chemin du retour. Une fois arrivée dans l'unité, je décide de ne pas en faire part à l'équipe soignante, par peur des conséquences. J'avais l'impression d'avoir fait quelque chose de mal, et que le patient avait dépassé les limites avec moi ; il venait d'être intrusif à mon égard. Je passe alors le reste de la journée à me questionner sur ce qui venait de se passer et me demande si une autre réaction de ma part après cette situation n'aurait pas été plus adaptée, comme essayer de replacer le patient à sa place et de le recadrer. Spontanément, j'ai pris la décision d'engager une conduite d'évitement, de poser une distance davantage importante et donc de ne plus avoir la même attitude envers Mr X que j'ai jugé peut-être trop proche avec du recul.

1.2 Questionnement et question de départ

Cette situation, qui m'a beaucoup questionnée, peut donc être analysée sous différents angles.

Ainsi, j'avais peur de ce qu'avait pu ressentir Mr X et comment avait-il pris ma réaction ? Ce lien que j'avais réussi à entretenir avec lui, qui permettait des progrès conséquents, venait-il d'être endommagé ? Est-ce que je ne venais pas de remettre en question, toute la confiance que Mr X me portait ?

En psychiatrie, l'infirmier doit endosser plusieurs rôles dont le principal connu et reconnu est d'amorcer une relation de confiance allant jusqu'à l'alliance thérapeutique afin d'apprécier une implication complète du patient dans le processus thérapeutique auquel il participe. Alors, cette situation, vécue par Mr X a-t-elle pu mettre en péril cette relation de confiance et donc fragilisé l'alliance thérapeutique que j'avais réussi à construire avec lui ?

Il arrive que la chaîne de confiance soit rompue par certains soignants intentionnellement (par une personne peu intéressée par ce qu'elle fait, trop pressée ou manipulatrice) ou maladroitement, mais quelles peuvent donc en être les conséquences ? Où et quand s'arrête la relation de confiance ? Quelles sont les limites ?

La notion de relation de confiance m'interpelle, comment se crée-t-elle, au fil des soins apportés ? Quelles compétences ? Quelles qualités ? Et quels outils utiliser ? Car pour ma première expérience, j'ai l'impression d'avoir réussi à créer un certain climat de confiance

avec Mr X, mais à quel prix ? De plus, quelles peuvent être les difficultés rencontrées ? Où et comment poser les limites de la relation de confiance et comment ne pas tomber dans la sympathie, dans l'apathie ou la familiarité ? Nous pouvons également questionner l'intérêt de cette alliance thérapeutique pour Mr X, et plus généralement entre soignant-soigné en psychiatrie ? Quels en sont les enjeux de ce contrat thérapeutique ?

Nous pouvons donc observer lors de cette situation, j'ai rencontré certaines difficultés pour entrer en relation avec Mr X du fait de sa pathologie, ce qui fut donc un obstacle pour installer un climat de confiance. Je suis consciente que dans chaque relation, quelle qu'elle soit d'ailleurs, il doit y avoir une partie venant de moi et une partie venant de l'autre. Cependant, face à un patient porteur d'une pathologie psychiatrique, telle que la schizophrénie, nous savons que le repli et l'isolement social de la personne engendre des difficultés relationnelles, ce qui est vrai chez Mr X, en l'occurrence. Alors, le relationnel devient instable, complexe et délicat. Je ne sais donc pas si j'ai toujours eu la bonne attitude face à lui. Ai-je eu la bonne posture et la bonne distance dès le début avec Mr X ? Où aurais-je dû agir et me comporter autrement face à lui ? Une chose est sûre, c'est que j'ai toujours agi avec spontanéité, authenticité et la volonté de bien faire.

Le questionnement que j'entreprends, m'amène donc à m'interroger sur la posture professionnelle des soignants en psychiatrie. Avec du recul, cette situation vécue, m'a permis de me questionner sur le positionnement du soignant acteur du soin. Dans un premier temps, comment définir cette notion de posture professionnelle ? De quoi son adoption peut-elle dépendre ? Est-ce qu'elle dépend de notre âge ? De notre expérience professionnelle ? Dépend-t-elle des normes imposées par l'institution ? Ou s'inspire-t-elle seulement des cours théorique enseigné en formation ? Mais également, garde-t-elle alors une certaine authenticité propre à chaque soignant ou est-elle sous influence ? Que signifie l'adoption d'une posture professionnelle adéquate ? Ou placer le curseur de la juste distance ?

Et quel impact à celle-ci sur la relation soignant soigné ? Ainsi, il me paraît important qu'après ces questions autour de la posture professionnelle, j'aborde donc les notions de distance et de proxémie dans la relation soignant soigné. En effet, lors de cette situation, la distance physique m'a paru franchie. Cependant, existe-t-il une notion de distance symbolique ? Celle que l'on pourrait associer à l'attitude d'esprit ? Celle qui nous protège d'une certaine sympathie ? En effet, dans les soins infirmiers, il se peut que la distance

physique soit abolie comme lors de soins rapprochés, tels que les soins d'hygiène ou les actes invasifs. Mais inconsciemment posons-nous une certaine distance symbolique permettant alors de garder une posture professionnelle adaptée ? Ce qui m'interpelle, c'est de savoir quel est l'intérêt d'adopter cette distance finalement ? Et de quoi peut-elle bien nous protéger en tant que soignant ? Et en contre partie : de quoi la distance peut-elle protéger le patient ? Quels sont ses mécanismes transférentiels ? Et en tant que professionnel de santé : sommes nous bien préparés à cela ? Dans relation soignant-soigné les limites sont-elles seulement imposées par le cadre institutionnel ? Ou il y a-t-il d'autres facteurs à prendre en compte ? La distance ne devient-elle pas une limite à la relation de confiance ? Existe-t-il un juste équilibre permettant de jongler entre proxémie et distance dans la relation de soin ? En somme, une certaine distance ne s'avère-t-elle pas contre-thérapeutique pour le patient ?

Au terme de ce questionnement, je souhaite plus particulièrement travailler sur la notion de distance dans la relation de soin en psychiatrie, et notamment les patients schizophrènes car dans ce contexte l'alliance thérapeutique me questionne beaucoup. J'en viens donc à me poser la question de départ suivante :

Dans quelle mesure, un équilibre proxémique se révèle précieux dans la relation de soin avec un patient schizophrène, pour qu'une alliance thérapeutique s'instaure ?

2 Cadre de références

A l'issue de ce questionnement et de ma question de départ, j'ai souhaité extraire les différents thèmes dans le but de les définir et de les développer, afin de clarifier certaines notions qui apparaîtront tel que, la schizophrénie, la relation soignant-soigné en psychiatrie et le concept l'alliance thérapeutique en psychiatrie. Pour ce faire, j'ai entrepris une quête d'ouvrages et de revue de soins, tous issus de notre centre de documentation, j'ai également pu consulter des sites internet reconnus et des articles scientifiques extraits de la plateforme internet Cairn.

2.1 Le patient schizophrène

Pour engager la première partie de mon cadre de référence qui s'intitule : le patient schizophrène, j'envisage dans un premier temps de définir cette pathologie « *dont sont atteintes environ 24 millions de personnes, soit une sur 300, dans le monde* » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Puis, nous aborderons la clinique de la schizophrénie paranoïde. A l'issue de cette partie, nous ferons le lien avec la notion de difficultés relationnelles auxquelles sont confrontés ces patients.

2.1.1 La schizophrénie : définitions et étymologie

Il me paraît nécessaire de définir cette pathologie afin de pouvoir construire, par la suite, un cadre de références cohérent en lien avec ma question de départ. Pour ce faire, j'ai choisi de me référer à un ouvrage de référence dans le domaine de la psychiatrie : le *DSM-5* (Diagnostic and Statistical Manual) paru en 2013, et écrit par l'Association américaine des psychiatres, traduit en langue française par Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. Mais il m'a été également conseillé, d'orienter mes lectures vers un second ouvrage, de référence en terme de clinique de la psychiatrie, qui s'intitule *Psychiatrie* écrit par Julien Daniel Guelfi, Patrice Boyer, Silla Consoli et René Olivier-Martin en 1987.

Tout d'abord, la schizophrénie est une affection mentale chronique, c'est à dire « *une affection de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement* » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Toujours selon l'OMS, c'est une pathologie du sujet jeune car en effet, la maladie se déclare généralement au cours ou en fin de période d'adolescence, avec donc une moyenne de tranche d'âge de 15 à 25 ans.

Schizophrénie provient du terme grec *skhizein* qui signifie « *fendre* », et *phrên* qui veut dire « *pensée* », selon le dictionnaire Larousse. Concernant cette pathologie « *On désigne généralement sous le nom de schizophrénie une maladie, un groupe de maladie ou un ensemble syndromique, caractérisé par des symptômes plus ou moins spécifiques évoluant généralement vers une désorganisation profonde de la personnalité.* » (J.D Guelfi &al.,1987, p.190).

D'après le DSM-5, la schizophrénie fait partie de la famille des troubles psychotiques. Parmi lesquels, 5 éléments clés les définissent : « *ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs.* » (2013, p.109). La plateforme internet officielle du CAMH : Center for Addiction and Mental Health (centre de toxicomanie et de santé mentale) explique que la psychose est un symptôme « *la psychose se caractérise par une perte de contact avec la réalité, une personne qui ne peut pas faire la différence entre ce qui est vrai et ce qui ne l'est pas* ». Et toujours selon le CAMH, la psychose peut être un des symptômes d'un certain nombres maladies d'origines psychiatriques tels que la psychose maniaco-dépressive, la psychose délirante aiguë, la schizophrénie ou encore les délires chroniques systématisés.

Le psychiatre Christophe Versaevel, explique son mode d'entrée. Elle peut être soit de forme insidieuse, c'est à dire progressive avec présence de symptômes annonciateurs. Avec notamment, la perte de repères petit à petit et un retrait progressif de la réalité se manifestant par des troubles de la personnalité, du comportement et de l'humeur. Ou à l'inverse, elle peut être inauguré sous forme d'épisodes aiguës appelé : bouffée délirante aiguë, qui se traduit par une expérience délirante primaire. (2007, p.18)

2.1.2 Zoom sur la clinique de la schizophrénie paranoïde

Il est important de souligner qu'il existe une multitude de symptômes et qu'aucun d'entre eux ne caractérisent spécifiquement la schizophrénie : « *de très nombreux symptômes ont été décrits, dont aucun n'est pathognomonique* » (J.D Guelfi &al.,1987, p.218). Et comme nous l'avons vu précédemment, la schizophrénie est plutôt définie comme un ensemble de symptômes. Ainsi, la clinique de la schizophrénie se caractérise par un trépied qui « *s'ordonnent autour de trois grandes dimensions cliniques, la dissociation, le délire et l'autisme.* » (J.D Guelfi &al.,1987, p.218).

La dissociation

La dissociation de la vie mentale serait considéré comme « *le trouble fondamental* » (J.D Guelfi &al., 1987, p.193). Celle ci est définie comme « *la perte d'unité de la personnalité du sujet, qui se traduit dans le domaine de la pensée, de l'affectivité, comme dans les comportements* » (J.D Guelfi &al., 1987, p.193). Ainsi, c'est sur le plan de l'intelligence cognitive, de l'affectivité et du comportement que l'on retrouve les caractéristiques cliniques essentiels de la schizophrénie. Cette affection, est donc une perturbation concomitante des divers aspects de la personnalité.

Cette rupture de l'esprit, se reflète cliniquement chez l'individu par une *dissociation de la pensée*. Celui-ci rencontre des difficultés à structurer sa pensée : « *le déroulement de la pensée est souvent perturbé* » (J.D Guelfi &al., 1987, p.193). La désorganisation est l'un des signes cliniques le plus perceptible chez les schizophrènes, on peut observer notamment l'association d'idées illogiques entres elles, des coqs à l'âne, une digression faite de digressions incontrôlables et sans rapport entre elles, qui peuvent être plus ou moins importante selon les patients : « *peut passer ainsi d'un sujet à l'autre... le discours peut être si gravement désorganisé qu'il est pratiquement incompréhensible et ressemble à une aphasie réceptive par sa désorganisation linguistique* » (DSM-5, 2013, p 110). En d'autres termes, la désorganisation psychique peut être tellement soutenue qu'elle se reflète extérieurement par une symptomatique du domaine du langage, parmi lesquels l'auteur évoque, des *néologismes* (nouveaux mots), un *fading* (ralentissement du débit verbal), de répétitions stéréotypées et de barrages (suspension du cours des idées) assez perceptibles lors des échanges avec le patient.

La rupture de l'unité psychique se veut si importante, qu'elle vient s'étendre sur la sphère de l'affectivité et des émotions ressentis par le patient, J.D Guelfi &al. évoque *la dissociation affective*. Celui-ci mentionne « *l'appauvrissement de l'affectivité et des réactions émotionnelles* » (1987, p.194). L'auteur explique qu'elle peut s'accompagner d'une certaine indifférence à autrui avec plus ou moins une froideur affective, tel que la neutralité des affects, voir même d'apparence insensible. Néanmoins,

Des réactions émotionnelles brutales peuvent toujours venir rompre cette neutralité affective : colères violentes lors d'une frustration minime, accès de rire apparemment immotivé, brusque envahissement des affects par d'élation, d'angoisse, de désespoir inexprimable (parathymie). On peut en rapprocher la discordance entre les contenus verbaux et l'expression émotionnelle et le parasitisme de la mimique (J.D Guelfi &al., 1987, p.194)

Parfois, les affects sont inadaptés. L'auteur définit l'*ambivalence affective* comme « *la simultanéité de pulsions et de sentiments contraires* » (J.D Guelfi &al., 1987, p.194). Ainsi, de tels symptômes pouvant être perceptibles chez l'un et absents chez l'autre, montrent l'importance de la désorganisation psychique du sujet.

De plus, la dissociation psychique chez les schizophrènes peut transparaître également, au niveau du comportement de l'individu. Selon le DSM-5 : « *Le comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé peut se manifester de diverses manières, allant de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible* » (2013, p 110). Le comportement du schizophrène est souvent associé à la catatonie, qui se définit comme : « *une réactivité à l'environnement très diminuée. Cela va de la résistance aux instructions (négativisme) au maintien d'une posture rigide, inappropriée ou bizarre et à l'absence totale de réponse verbale ou motrice* » (DSM-5, 2013, p 110). En l'occurrence, ces perturbations psychomotrices, vont se manifester principalement par l'immobilité motrice, un mutisme, une fixité du regard. Selon J.D Guelfi &al., ce désordre comportemental, peut aussi s'exprimer sous forme d'indécision du geste, de maniérisme et bizarrerie, un comportement déconcertant, absurde voir paradoxal dans certains cas. Le retentissement de cette rupture psychique vient également se manifester par le manque d'organisation au quotidien, avec donc des difficultés pour s'organiser dans des tâches de la vie quotidienne. De plus, il peut arriver « *fréquemment un isolement social progressif, un abandon des activités scolaires, professionnelles ou de loisir et une rupture des liens familiaux ou affectifs. L'appauvrissement progressif peut aller jusqu'à un apragmatisme total, avec clinophilie, mutisme, négligence corporelle, refus d'alimentation, et pseudogastisme.* » (J.D Guelfi &al.,

1987, p.195). Le schizophrène peut également rencontrer des difficultés à se contrôler, ce qui peut parfois engendrer *« des comportements impulsifs sur ce fond d'inertie...Les impulsions hétéro-agressives sont rares mais souvent remarquables par leur violence froide, leur imprévisibilité et leur caractère symbolique ou délirant »* (J.D Guelfi &al., 1987, p.195)

L'activité délirante paranoïde

Le délire paranoïde est défini par le DSM 5 *« les idées délirantes sont des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent »* (2013, p.109). En somme, le sujet est persuadé de sa propre vérité, sa conviction est totale. Très souvent les idées délirantes sont verbalisées par le patient, ces convictions erronées sont incessantes et l'envahissent violemment. Ce qui relève pour le patient, d'une réalité absolue mais fausse, marqué par l'insensibilité de toute argumentation allant à l'encontre. Le délire est non systématisé et sans logique correspondant à un discours flou, non structuré et hermétique : *« le délire paranoïde est un délire flou, variable et non systématisé »* (J.D Guelfi &al., 1987, p.218). Ainsi, il est souvent reconnu comme association d'idées illogiques. Chez les schizophrènes, il peut être d'une multitude d'ordre, souvent poly-thématique dont les thèmes les plus fréquents sont d'ordre de la persécution, ils peuvent aussi être mystique, mégalomane, religieux : *« les thèmes délirants sont souvent intriqués ; centré sur des idées de persécution, de menace et influence, le délire peut incorporer des thèmes de catastrophe, de toute puissance, de divination ou d'érotomanie »* (J.D Guelfi &al., 1987, p.196). Le mécanisme le plus fréquent, correspond à la modification des perceptions : les hallucinations. Le sujet est certain de percevoir des choses qui, en réalité, n'existent pas. Alors *« les hallucinations sont des expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe. Elles sont saisissantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales, et elles ne sont pas sous le contrôle de la volonté. »* (DSM-5, 2013, p 109-110). Ces troubles de la perception, peuvent toucher les différents sens, on les distingue de plusieurs sortes tel que, les hallucinations auditives, visuelles, olfactives et gustatives, tactiles et cénesthésiques.

Le repli autistique et les difficultés relationnelles

Le dernier point à aborder est le repli autistique chez le patient schizophrène, défini ainsi par J.D Guelfi & al. : *« la rupture de la vie mentale du sujet avec le monde extérieur, le repliement sur lui-même et la reconstruction d'un monde hermétique à autrui »* (1987, p.218). En effet, de ce repli hors de la réalité aboutissant à l'organisation d'un monde

intérieur fermé : « *les grands schizophrènes vivent dans un monde à eux, où leurs désirs sont exaucés et d'où les obstacles sont exclus* » (J.D Guelfi &al., 1987, p.196), en découle donc une altération des relations sociales. On observe alors, chez le patient schizophrène un retrait vital et une détérioration des relations avec son entourage, qui accentuent l'isolement social du sujet. Le schizophrène rencontre donc, des difficultés à entreprendre ou à maintenir une vie sociale stable : « *organisation d'un monde intérieur fermé à la communication, car constitué par un imaginaire hermétique et incommunicable.* » (C. Versaevel, 2007, p.20). L'auteur évoque également les symptômes négatifs de la maladie, tels que le retrait social, la diminution de la motivation et les difficultés de communication, pouvant contribuer à cet isolement et aux difficultés relationnelles.

2.2 La relation soignant-soigné en psychiatrie

Dans cette seconde partie de mon cadre de référence, j'aborde le concept de la relation soignant-soigné, sujet central de mon mémoire. Ainsi, je commencerai par définir celle-ci, puis nous aborderons le concept des soins relationnels en psychiatrie et tout particulièrement ceux auprès des patients schizophrènes. Enfin, dans la dernière partie, nous traiterons de la notion de juste distance.

2.2.1 Étymologie et premières définitions

Depuis toujours, la profession infirmière fait de la relation de soin une composante essentielle des soins et l'érige en concept de soin. De ce fait, de nombreux auteurs écrivent des ouvrages autour de ce sujet. Mais commençons de manière générale, par définir le terme de relation.

Selon le dictionnaire en ligne Larousse la relation se définit comme : « *l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent, communiquent entre elles* ». En ce sens, cela correspond à la rencontre entre deux personnes et au lien qui s'établit entre elles. Et d'après Alain Rey, créateur du dictionnaire Le Robert (en ligne), la relation se définirait comme : « *lien de dépendance ou d'influence réciproque (entre personnes)* »

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, le Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière la définit comme « *interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient* » (2005, p235). Ainsi, en surface la relation soignant-soigné correspondrait donc simplement à l'ensemble des interactions et des liens établis entre le personnel soignant et les patients dans un contexte de soin.

2.2.2 De l'interaction à la relation de soin

Il existe donc plusieurs niveaux de relation au sein de ce grand concept de *relation soignant-soigné*. Comme le fait remarquer Monique Formarier, formateur pour l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) dans son article : La relation de soin, concepts et finalités : « *cette notion cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et analyser* ». (2007, p.34). Ce qui signifierait qu'en fait plusieurs types de relations s'établissent au sein d'un même contexte de soin, avec un même patient. Alors, le terme *relation soignant-soigné* serait une formulation généraliste et commune regroupant l'ensemble de ces interactions et relations possibles entre le soignant et son patient.

Parmi elles, la principale et la plus connue d'entre elles, est la *relation de soin* : « *elle peut être simple interaction ou relation suivant les interactants, leur connaissance mutuelle, le contexte dans lequel se situe le soin* » (M. Formarier, 2007, p.37). Alors, la relation de soin et avant tout, une relation établie dans un contexte de soin, le plus souvent en milieu hospitalier lors des actes techniques ou de confort prodigués aux patients. Néanmoins, l'auteur précise qu'elle peut « *favoriser la continuité dans les prises en charge des patients... connaissance mutuelle, identification des besoins, demandes, ressources du patients, perception des émotions...* ». (2007, p.37). C'est ainsi, que M. Formarier définit ce qu'est, pour elle, la relation de soin.

Mais il existe également d'autres formes de relation entre les soignants et leurs patients. L'auteur évoque la *relation d'empathie*, concept très important des sciences infirmières :

L'empathie ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages...l'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance. (2007, p.37).

M. Formarier décrit aussi, de la *relation d'aide psychologique* : « *la relation d'aide, qui s'appuie sur la confiance et l'empathie, est une relation à visée thérapeutique qui a pour but d'aider, de façon ponctuelle ou prolongée, un patient à gérer une situation* » (2007, p.38). De ce fait, cette relation n'est pas forcément visible au premier abord, elle se construit entre les

deux protagonistes au vu de ce qu'exprime le patient, celle-ci est singulière et surtout propre à chacun.

M. Formarier cite Carl Roger :

Relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permet à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, attitudes et ses problèmes (2007, p.38).

La *relation éducative*, l'auteur parle d'une démarche fréquemment utilisée en contexte de soins où les patients sont atteints de maladies chroniques, de handicap ou de traitement lourd. Elle se base sur 3 types d'approches : « *comprend à la fois une approche psychologique qui repose sur la connaissance de la personne et de son entourage, une approche cognitive et une approche technique* » (2007, p. 39). Elle a pour principal but l'observance thérapeutique.

Ne relève pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. (2007, p.40)

La *relation de soutien social*, correspond aux liens qui s'établissent entre le soignant et les aidants naturels du patient, tel que sa famille ou son entourage. « *Il peut aussi aider la famille épuisée par son activité de soin et de soutien* » (2007, p. 40).

2.2.3 Les soins relationnels en psychiatrie

On considère souvent la relation comme spécialité des soignants exerçant dans le secteur de la santé mentale. Alors avant toute chose, qu'est-ce qu'un soin relationnel ?

D'après H. Ménaut : « *Un soin relationnel est une relation qui a la prétention de soigner* ». (2009, p.80). De ce fait, il paraît donc important de savoir dans quel but exercer cette relation qui prétend soigner, pour en somme savoir ce qu'elle va permettre d'apporter au patient et comment peut-elle devenir thérapeutique. M. Formarier elle, évoque la *relation thérapeutique*, exprimant que « *cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrants de pathologies mentales ou de conduites addictives. Elle a pour but de soigner le patient* ». (2007, p.39). Par conséquent, H. Ménaut rejoint la pensée de M. Formarier sur l'intention de soigner par la relation. La relation aurait donc une visée thérapeutique. Selon H. Ménaut, pour certains patients elle aurait des enjeux importants. Comme la rupture de l'isolement dans lequel ils sont, elle permettrait également l'évacuation des émotions, mais

aussi la libération de la parole permettant par exemple, de calmer une angoisse présente chez le sujet.

Mais alors, suffit-il qu'il y ait relation pour qu'il y ait soin ? En réalité, d'après les propos de H. Ménaut : « *la relation ne peut soigner seule* » (2009, p80) car en effet, un soin relationnel « *nécessite de réfléchir aux objectifs, aux moyens, aux déroulements, aux techniques qui seront utilisés et aux interactions qui se nouent entre le soignant et le soigné* ». (2009, p80). En fait, l'auteur sous-entend que *les soins relationnels* relèvent d'un processus complexe, qui nécessite un investissement de la part du soignant, avec des objectifs spécifiques et individuels propre à la problématique du patient.

L. Morasz, psychiatre auteur de *L'infirmier en psychiatrie*, qualifie la relation de soin de « *relation 'travaillée', qui requiert formation, réflexion, temporalité et collaboration* » (2012, p.98). Alors pour lui, vouloir identifier l'existence des soins relationnels permettrait de les reconnaître comme des soins nécessitant des compétences. Ce raisonnement est commun avec H. Ménaut qui précise que « *un soin relationnel fait appel à des compétences professionnelles, et pas seulement des aptitudes communicationnelles* » (2009, p80). A l'évidence l'auteur sous-entend, qu'entretenir une relation à visée thérapeutique n'est pas innée à la portée de tous. Cela fait donc appel à une formation et des techniques à acquérir, afin de savoir comment et dans quel sens doit être dirigée cette relation. D'autant plus qu'en secteur psychiatrique auprès des patients schizophrènes, cette relation s'établit difficilement, car les symptômes de la pathologie peuvent rapidement devenir un frein à celle-ci, comme nous avons pu mettre en évidence les difficultés relationnelles rencontrées dans la partie précédente.

Alors, ces constatations nous amènent tout naturellement à nous questionner sur l'élaboration des soins relationnels exercés auprès des patients schizophrènes. D'après Michel Hanus et Vincent Marchal :

La relation doit permettre au patient de restaurer son intimité, de retrouver un équilibre dans ses relations pour vivre le plus près possible de la réalité. C'est la recherche d'une autonomie maximum qui est envisagée et non la disparition de la structure psychotique de la personnalité du schizophrène. (2002, p.152)

En fait, la visée de cette relation thérapeutique serait de corriger cette perturbation des relations sociales causée par sa pathologie, pour aider le patient à retrouver sa place. L'objectif de l'infirmier qui l'accompagne est de l'épauler pour lui permettre de retrouver et maintenir un lien social.

2.2.4 Les entretiens infirmiers en psychiatrie

Les infirmiers sont amenés à créer cette relation le plus souvent, par entretiens menés auprès des patients. Ils se veulent et peuvent se pratiquer de deux manières distinctes mais avec tout de même, un objectif commun. Il y a donc une distinction à faire entre les soins formels et les soins informels.

Les entretiens formels s'inscrivent comme soins dans la prise en charge du patient en psychiatrie. Ils ont une visée thérapeutique et comportent des objectifs préalablement définis. Ils peuvent être de plusieurs nature tel que « *les entretiens d'accueil, entretien initial ou de suivis d'évaluation clinique, entretien de soutien, de recadrage, de crise, de préparation à la sortie, avec la famille...* » (H. Ménaut, 2009, p80). Ils se veulent thérapeutiques grâce aux objectifs, qui pour certains patients permettront l'évaluation des symptômes, la création de liens relationnels et d'une certaine confiance mais également la réhabilitation sociale.

Les entretiens informels à l'inverse, sont ceux non programmés, ils sont ponctuels et ont souvent lieu à la demande du soignant et/ou du patient de façon spontanée. Selon Jean Paul Lanquetin :

L'informel peut devenir alors l'élément support sur lequel se tisse et exerce, touche après touche, micro-actes après mini-actes, une mise en forme de la relation en vue d'un travail de construction de liens, que les infirmiers sont appelés à déployer à l'égard des patients. Le terme d'informel a été retenu sur la base de cinq critères : son usage transdisciplinaire ; sa nature d'activités hors prescription et programmation de tâches ; sa perception aux entrées larges quant aux pratiques concernées (individuelle ou groupale, occasionnelle ou régulière) ; la notion processuelle dans le passage possible parfois de l'informel dans le formel ; et enfin, un continuum d'activité qui lie les activités programmées et contribue à faire le lit du soin. (2013, p.12-13)

Selon l'auteur, sont donc moins conventionnels, c'est un exercice dont le cadre se veut alors moins prégnant, avec une certaine souplesse. Mais par lequel, le soignant garde toujours un œil attentif, un œil thérapeutique permettant d'évaluer la clinique du patient. C'est tout aussi

thérapeutique, car cela peut lui permettre aussi de s'exprimer peut-être plus librement, dans un environnement moins traditionnel. Cela peut également lui permettre de créer du lien et reprendre contact de manière naturelle, dans un contexte plus familial.

Ainsi ces deux types d'entretiens se situent au premier plan des soins relationnels en psychiatrie. Reste alors une dernière question à se poser : quelle est la finalité des soins relationnels ? Car finalement, ou et quand vas s'arrêter cette relation qui a pour but d'être thérapeutique ? Selon L.Morasz : *« l'important du soin est dans le processus qui se déroule entre le malade et le soignant. Ce qui est thérapeutique n'est pas tant l'aboutissement de la relation, que le chemin parcouru ensemble dans ce cadre »*. (2012. p.92)

2.2.5 A la recherche de la juste distance

Dans cette partie, nous verrons le concept de l'équilibre proxémique décrit par le terme de 'juste' ou de 'bonne' distance par les auteurs, puis nous verrons ce que cela implique et l'intérêt de celle-ci en psychiatrie, notamment auprès des patients schizophrènes.

Notion de distance physique

Pour bien comprendre de quelle distance il est question, commençons par définir celle-ci. La distance est définie par le dictionnaire Larousse en ligne, comme : *« écart, différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités »*. Alors, avant toute chose, la distance est donc une unité mesurable physiquement, qui se veut perceptible. Et en effet, le docteur en psychologie clinique et sociale, Pascal Prayez explicite deux notions distinctes concernant la distance. Il évoque dans un premier temps, la distance physique : *« séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable »* (P.Prayez, 2016, p.5). Il cite donc l'auteur E.T Hall dans son ouvrage qui s'intitule : La dimension cachée : *« Il existe 4 distances principales dans l'expérience humaine : publique, sociale, personnelle et intime »* (In P.Prayez, 2016, p.5).

Notion de distance symbolique

En ce qui concerne le cadre de ma situation de départ, il est plutôt question de « *distance symbolique* » comme la qualifie Pascal Prayez (2016, p.5). Nous avons compris dans la partie précédente, que la relation et l'exercice du soin relationnel nous rapproche fortement des patients en psychiatrie, ce qui donne une certaine difficulté pour trouver une distance adapté. Soulevant la question de la relation en psychiatrie, comment trouver un équilibre approprié dans cette relation ? Soit une certaine distance qui se voudrait « *juste* » selon P. Prayez ou « *bonne* » selon L. Morasz.

L. Morasz décrit cette *bonne distance* comme : « *positionnement optimal lui permettant d'être à la fois suffisamment proche du patient pour maintenir un positionnement empathique, et à la fois suffisamment distancé pour garder la distance et le recul nécessaire à une élaboration professionnelle des problématique relationnelles rencontrées* » (2012, p.187). C'est-à-dire que la *bonne distance* serait un comportement de la part du soignant qui semblerait équilibré entre le registre de l'insensibilité voire d'apathie et le registre de l'amicalité voire d'affectivité.

Pour cela, il aborde le concept d'empathie : « *acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans pour autant éprouver les mêmes émotions* » (L. Morasz, 2012, p.107). Pour lui : « *il s'agit d'être proche mais pas collé, en quelque sorte d'être 'à la bonne distance'. Il ne s'agit donc pas d'éprouver avec mais d'être au côté de celui qui éprouve.* » (L. Morasz, 2012, p.108). En fait, l'empathie permettrait donc d'être à bonne distance entre l'excès de proximité et l'excès de neutralité « *cette bonne distance n'est pas celle de la neutralité, ni de la compassion extrême.* » (L. Morasz, 2012, p.107). Il suggère que :

La bonne distance n'est donc pas une distance fixe à trouver, mais un objectif 'théorique' à avoir en tête pour nous rapprocher du patient quand nos 'réactions' humaines nous tendent à nous en éloigner, et à nous en distancier quand ces mêmes 'réactions' nous en rapprochent trop au risque de la confusion. (L. Morasz, 2012, p.187)

Quant à Pascal Prayez, celui-ci définit la *juste distance* comme : « *la capacité à être au contact d'autrui malgré la différence des places. Elle suppose une intelligence sensible des enjeux affectifs à l'œuvre dans la relation, et une conscience du lien social ainsi créé* » (2016, p.75). Il précise également que « *la juste distance ne coupe pas d'autrui, elle construit au contraire un lien de qualité, point essentiel de la relation d'aide.* » (2016, p.75).

Pour résumer les propos de ces deux auteurs, la *juste distance* ou la *bonne distance* fait donc référence à la nécessité pour l'infirmière de maintenir une relation professionnelle avec le patient, tout en étant capable d'établir une connexion empathique et thérapeutique. Pour qu'en somme, la notion d'équilibre se crée en gardant la part de nature humaine qu'offre la profession infirmière afin de ne pas abaisser le patient comme simple objet de soins, tout en sachant doser pour que le rapprochement ne devienne pas trop important.

2.3 L'alliance thérapeutique

Dans cette dernière partie de mon cadre de référence, nous allons aborder le concept d'alliance thérapeutique en psychiatrie, nous mettrons en évidence les différents concepts nécessaires à son instauration, puis nous ferons un point sur la notion de confiance.

2.3.1 Qu'est-ce que l'alliance thérapeutique ?

Afin d'initier cette dernière partie, je vais tenter de définir le concept *d'alliance thérapeutique*. Selon le dictionnaire Le Robert en ligne, *l'alliance* est défini comme : « *union contractée par engagement mutuel* ». Et le terme thérapeutique est défini comme « *apte à guérir ou soulager les maladies* ». De ce fait, l'alliance thérapeutique se définirait alors tout naturellement comme une alliance entre un patient et son soignant, qui a pour objet le traitement de la maladie.

En fait, le concept d'alliance thérapeutique se développe au XXe siècle de par l'histoire de la psychanalyse et notamment par Sigmund Freud neurologue et fondateur de la psychanalyse (cité par Marie Claude Mateo dans les concepts en sciences infirmières). En 1937, celui-ci parle « *d'un pacte avec l'égo du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute* » (2012, p65). Freud parle de « *pacte* » plutôt que d'alliance. En 2001, ce terme est repris par le philosophe Français Paul Ricœur (cité par Marie Claude Mateo, 2012, p.65) :

La relation de soin, singulière dans son instantanéité, peut être définie comme un 'pacte de soins'. Ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie.

L'alliance thérapeutique correspondrait donc à la collaboration, soit un engagement mutuel entre le soignant et le patient face à la maladie.

Le médecin psychiatre Charly Cungi explicite que : « *l'alliance thérapeutique qui se noue dans le cadre d'une thérapie... est appelée « le rapport collaboratif* ». (2006, p18). Et il explique que celui-ci : « *consiste en une relation telle que le patient et le thérapeute travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés* » (2006, p18).

2.3.2 La dimension affective et la dimension professionnelle

Concernant le rapport collaboratif, il existe deux facettes, c'est à dire deux dimensions complémentaires : la dimension affective et la dimension professionnelle. (C.Cungi, 2006, p22). La première facette abordé est la dimension affective, l'auteur suppose qu' : « *une relation thérapeutique doit être empathique, authentique et chaleureuse* » (C.Cungi, 2006, p22). Alors il dit qu' : « *une relation empathique consiste pour le thérapeute à percevoir puis à restituer au patient ce qu'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui-ci fait durant l'entretien* ». (C.Cungi, 2006, p23).

Mais aussi, qu' : « *être authentique, c'est développer la capacité à se sentir à l'aise avec le patient, avec la réalité qu'il vit, la capacité aussi à se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées y compris avec son malaise* » (C.Cungi, 2006, p23).

Il ajoute pour finir qu' : « *établir une relation chaleureuse consiste à développer sa capacité à trouver le patient sympathique* » (C.Cungi, 2006, p24).

Néanmoins, selon l'auteur cette dimension affective n'est pas suffisante pour installer une alliance thérapeutique. C'est la raison pour laquelle, il aborde la dimension professionnelle :

Il est important que le patient sache rapidement à qui il s'adresse : infirmier, psychologue, médecin, etc, et qu'il ait une idée assez précise de ce qu'il peut en attendre. Disposer de ces informations diminue fortement la méfiance et focalise davantage l'attention des patients sur la thérapie plutôt que sur le thérapeute. (C.Cungi, 2006, p24)

2.3.3 Faire alliance en instaurant la confiance

S. Nasielski psychologue et psychothérapeute, exprime lui que : « *c'est la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire* » (2012, p16). En d'autres termes, le socle de l'alliance thérapeutique passe par une confiance nécessaire pour s'allier contre la maladie.

Vincent Magematin exprime que « *la confiance peut être définie comme l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre.* » (in Monique Formarier et al. 2012, p.118). Au sens strict du terme, la confiance renvoie donc au fait de croire avec assurance, de pouvoir se fier à quelqu'un. Ce qui correspondrait donc à se sentir en sécurité dans la relation.

On comprend donc que dans les soins, l'instauration d'un climat de confiance est une notion fondamentale. En effet, les compétences professionnelles du soignant ne suffisent pas exclusivement. Car l'enjeu majeur est de créer ce climat, tel que celui-ci puisse engager la collaboration pour aboutir à un objectif commun. C'est d'ailleurs la pensée de Margot Phaneuf : « *pour avancer, il faut un lien plus important, plus profond que seule une relation de confiance peut apporter* » (2016, p.133). De ce fait : « *la confiance se mérite...lorsque vous lui montrez que l'accepter et percevez ses besoins, il comprend que vous êtes sérieuse, responsable et fiable* » (M. Phaneuf, 2016, p.133).

Selon Bellenger, la relation de confiance est définie comme « *processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre* » (Cité par M.C Mateo. 2012. p66). En fait, le terme de *processus* signifierait donc qu'elle n'est pas figée dans le temps, mais plutôt qu'elle se développe petit à petit par des outils dont l'infirmier dispose et qu'il va devoir mettre à profit. Non seulement, celle-ci peut mettre du temps à s'établir en fonction de chacun, car c'est un processus complexe qui se construit aussi par le temps. Mais, rien ne garantit qu'une fois établie, elle ne se perde pas, car elle est très sensible au contexte de la relation qui est sans cesse en mouvement. C'est ce qu'exprime ainsi l'auteur, en évoquant la notion de *petits risques*. Mais cela pourrait également, faire référence au fait qu'une partie de l'un est confiée à l'autre. Car donner sa confiance, c'est s'attendre à ce que ses comportements envers nous soient bienveillants, s'attendre à ce que la personne agisse comme on l'attend.

Finalement, la relation, le soin et la confiance sont des termes étroitement liés. Laurence Lagarde-Piron développe son point de vue « *qu'il n'y a pas de soin possible sans confiance* » (2016. p242). Car pour elle « *le soin ne peut exister sans relation qui ne peut s'établir sans confiance* ». (2016. p242).

Ainsi selon l'ensemble des auteurs, malgré la distance professionnelle, il est important pour l'infirmière de développer une relation thérapeutique permettant de construire une alliance thérapeutique avec le patient. Celle-ci s'instaurerait de par de nombreux facteurs que nous avons pu expliciter tel que l'empathie, l'authenticité associé à une dimension professionnelle, mais également un climat de confiance, essentiel à la réussite des soins en psychiatrie.

3 Enquête exploratoire

Cette partie est maintenant consacrée à l'enquête exploratoire, je vais dans un premier temps vous soumettre la méthodologie que j'ai souhaité utiliser afin de la réaliser. Puis, nous verrons la réalisation de l'enquête. Pour finir, je présenterai les résultats de l'enquête exploratoire de ce travail à l'issue desquels je ferais une synthèse.

3.1 Méthodologie

Dans cette première partie de la phase exploratoire, nous verrons tout d'abord la méthode de recherche utilisée, puis le choix de l'outil m'ayant permis de la réaliser et enfin le lieu et la population auprès de laquelle j'ai pu conduire cette enquête.

3.1.1 Méthode de recherche

Dans le cadre du travail écrit de fin d'études, il nous ait imposé de réaliser une enquête exploratoire. De ce fait, la méthode qui m'a semblé la plus adaptée pour mener celle-ci est la méthode clinique. Selon Patrick Vantomme la méthode clinique : *« opte pour la vérité du sujet et non pour une vérité en soi. Son projet est la découverte du cas clinique à partir d'un travail d'écoute du récit singulier, le sujet se racontant et ayant la possibilité de s'écouter se raconter. »* d'après son site internet officiel : Le Réservoir.

3.1.2 Choix de l'outil

Concernant l'outil, le plus pertinent pour mener mon enquête exploratoire me paraissait être : l'entretien semi-directif. Celui-ci est défini par L.Jovic : *« La consigne de départ est fixe, puis les divers thèmes du guide d'entretien seront introduits en fonction du déroulement de celui-ci, et s'ils ne sont pas abordés spontanément par le sujet »* (1987, p76). Il est donc dans ce cadre utilisé pour mener une étude qualitative. En effet, l'entretien commencera par un choix de thèmes ou d'idées à aborder telle qu'une question générale pour laisser la réflexion à celui-ci, tout en orientant au préalable, le discours du professionnel de santé interrogé.

Pour ce faire, il me convient de réaliser un guide d'entretien (ANNEXE 1) qui est un outil efficace, constitué de mes principales questions en rapport avec les éléments clés de mon cadre de référence. Puis, je peux envisager des questions de relance par anticipation, concernant les différents points non abordés que je souhaite quand même évoquer avec eux.

3.1.3 Lieux d'enquête et population concerné

Ainsi, j'ai choisi de m'entretenir avec des professionnels de santé afin de confronter mon travail à la réalité du terrain. Au regard de ma situation d'appel, mais également de mon cadre de référence, j'ai trouvé que le plus pertinent serait de réaliser mes entretiens essentiellement avec des infirmiers et infirmières exerçant en secteur psychiatrique. En ce qui concerne le lieu d'investigation, j'ai été orienté en Unité pour Malades Difficiles (UMD). Une unité d'hospitalisation fermée où les patients sont hospitalisés pour une durée minimum de 6 mois. J'ai également pu rencontrer des infirmiers travaillant en service d'hospitalisation aiguë : accueil et crise fermée. Ce choix me semble tout à fait adapté, car nous pouvons argumenter que d'une certaine manière, on y retrouve la pathologie concernée par mon travail de recherche : la schizophrénie. Ainsi, dans la mesure du possible, j'ai souhaité interroger à la fois des infirmiers récemment diplômés et à la fois, des infirmiers expérimentés, c'est à dire avec un certain temps d'ancienneté dans la profession ayant acquis une grande expérience dans le domaine de la psychiatrie. Afin de comparer par la suite, les différents points de vue, mais aussi les différentes expériences de chacun.

3.2 Réalisation de l'enquête

Afin de pouvoir conduire mes entretiens auprès de professionnels de santé, en l'occurrence des infirmiers exerçant en psychiatrie, j'ai sollicité des entretiens sous la forme d'une lettre, au sein d'un centre hospitalier psychiatrique. Pour ce faire, j'ai pu contacter dans un premier temps la directrice des soins de celui-ci pour avoir l'autorisation de mener mes entretiens. (ANNEXE 2). Je dirais que la réponse a été assez rapide, de l'ordre d'une quinzaine de jours environ. La réponse étant favorable (ANNEXE 3), j'ai pu prendre contact avec les cadres de santé des unités concernées. Ainsi, ils m'ont rapidement orienté vers des infirmiers motivés qui semblaient correspondre à mes critères.

J'ai donc pu conduire 4 entretiens, au sein de deux unités distinctes. J'ai eu l'opportunité de rencontrer 2 infirmiers récemment diplômés du diplôme d'État Infirmier, tous deux travaillant en service d'accueil et de crise fermée, mais l'un d'entre eux venant tout juste d'être muté en UMD (entre le temps des réponses et ma venue en service). Puis, deux autres pour lesquels leur carrière professionnelle s'étend à plus de 20 ans d'ancienneté, exerçant actuellement en UMD.

L'ensemble des entretiens effectués se sont réalisés dans les unités de soins des professionnels interrogés, sur leurs temps de poste. A mon arrivé dans le service, mon premier réflexe est de me présenter et d'annoncer la raison de ma présence. J'ai toujours été bien accueillie. Puis, à chaque fois, les infirmiers concernés m'ont proposé de nous mettre à l'écart le temps des entretiens, afin de ne pas être sollicité par l'équipe ou les patients. J'ai ensuite demandé leur autorisation pour utiliser mon téléphone portable afin de pouvoir enregistrer l'entretien en expliquant que cela me faciliterait par la suite la retranscription, ce qu'ils ont tous acceptés. Pour des raisons de respect d'anonymat, je leur ai également imposé de ne pas mentionner le nom des lieux, ainsi que leur nom ou ceux des patients.

3.3 Résultats de l'enquête

Au terme des entretiens nous allons présenter les résultats de cette enquête, j'ai pu entreprendre dans un premier temps, la retranscription que l'on retrouve en ANNEXE 4. Puis, il m'a paru nécessaire de rédiger une présentation synthétique de chaque entretien. Par la suite, j'ai choisi de construire des grilles d'analyses (ANNEXE 5) me permettant ensuite d'effectuer une analyse thématique, c'est-à-dire thème par thème en suivant un certain cheminement, en lien avec les différents concepts abordés lors de mon cadre de référence.

3.3.1 Présentations synthétiques des entretiens

Entretien 1 :

Le premier entretien que j'ai pu conduire s'est déroulé en Unité pour Malades Difficiles (UMD) auprès d'un infirmier diplômé d'état de 1999, que nous appellerons François, pour des raisons de respect d'anonymat. Il a plus d'une vingtaine d'année d'expérience en tant qu'infirmier, ayant exercé dans une multitude de domaines tel que les soins palliatifs, la chirurgie, du libéral ou encore de l'humanitaire. Exerçant de son choix personnel, depuis presque 3 ans dans cette unité. L'entretien a duré un quart d'heure et l'infirmier a pu répondre à toutes mes questions.

Entretien 2 :

Lors de mon second entretien, j'ai pu rencontrer un infirmier que nous appellerons Haris, jeune diplômé de l'an dernier (juillet 2022), qui a auparavant été aide soignant pendant 5 ans, qui a travaillé en service somatique tel que les urgences et la chirurgie, mais également en EHPAD et en géronto-psy. Il occupe son premier poste en unité fermée d'accueil et de crise. L'entretien a duré une quinzaine de minutes.

Entretien 3 :

Pour conduire mon troisième entretien, j'ai eu l'opportunité de rencontrer Mattéo, jeune infirmier diplômé de 2020. Avec un parcours professionnel qui a débuté par un BEP service à la personne, puis après avoir exercé une dizaine d'année en tant qu'aide-soignant en EHPAD, puis en psychiatrie, il a suivi la formation infirmière de 2017 à 2020. C'est d'ailleurs lors de ses stages en tant qu'aide-soignant, qu'il a découvert le secteur de la psychiatrie et c'est la

raison pour laquelle il a voulu s'orienter dans cette typologie de soins par la suite. Après avoir passé plus de 2 ans à exercer dans une unité d'accueil crise fermée, Mattéo vient d'être muté, il y a quelques semaines, en UMD. Il avait donc répondu favorablement à ma candidature d'entretien auparavant dans son service précédent, cependant j'ai pu le rencontrer pour l'entretien, dans sa nouvelle unité en UMD. L'entretien a duré une quinzaine de minutes, nous avons pu balayer l'ensemble de mes questions préparées au préalable dans mon guide d'entretien.

Entretien 4 :

Pour le 4ème et dernier entretien, j'ai eu l'opportunité de rencontrer Nathalie, une infirmière diplômée de 2003 qui a fêté ses 20 ans de carrière cette année, avec un parcours professionnel entièrement psychiatrique. J'ai pu conduire cet entretien dans son service en UMD, auparavant elle a d'abord travaillé en unité de resocialisation durant 1 an puis, en unité fermée d'accueil et de crise pendant plus de 8 ans. Cet entretien fut riche en apport d'expériences lorsqu'elle évoque certaines situations passées. L'entretien a duré une quinzaine de minutes.

3.3.2 Analyse thème par thème

Dans cette partie, nous allons entreprendre l'analyse des entretiens que j'ai pu réaliser. Pour ce faire, j'ai élaboré des grilles d'analyses (ANNEXE 5) qui permettront de mettre en tension chaque réponse donnée par les infirmiers. Cela me permettra en même temps de les mettre en lien avec les diverses recherches effectuées lors de mon cadre de référence.

★ Thème 1 : Les soins relationnels en psychiatrie

Avant d'évoquer la notion de distance dans une seconde partie, j'ai souhaité avec ce premier thème faire un état des lieux sur les connaissances des infirmiers en psychiatrie concernant la relation soignant soigné et les soins relationnels, tout en voulant les amener à réfléchir sur une éventuelle distinction. En effet, la première question à laquelle ils furent confrontés était : « *En psychiatrie, peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?* ». Une question assez générale, mais qui leur laisser développer dans un premier temps, ce qu'est la relation soignant-soigné pour eux, puis comment ils définissent les soins relationnels, dont le but était de comprendre dans un second temps, s'il y a une distinction à faire ou pas entre ces deux concepts.

➤ La relation soignant-soigné :

La plupart des soignants sont en accord sur une même définition, pour François : « *parler de relation soignant soigné ça fait référence aux interactions que les soignants ont avec chaque patient recevant des soins.* » (L-26 à 28.) Il ajoute également que : « *elle reprend chaque concept comme l'empathie, la bienveillance, le respect, la communication et l'écoute* » (L-28 à 29). Pour Nathalie, la relation soignant soigné correspondrait à la relation professionnelle de manière générale, qui s'établit au quotidien entre les soignants et les patients : « *relation soignant-soigné c'est la relation centrale, la relation qu'on entretient avec les patients au quotidien* » (L-24 à 25). Mais pour elle, c'est quelque chose de cadré : « *au niveau du soin, dans un contexte médical* » (L-26) « *ce n'est pas quelque chose de familial, de léger* » (L-27) « *c'est dans un milieu professionnel* » (L-28). Pour Haris, en psychiatrie c'est une relation qui est nécessaire : « *établir une relation de confiance et une relation soignant soigné avec une personne en psychiatrie, où je sais que l'adhésion aux soins va être*

*importante, la relation de confiance va être importante » (L-39 à 41). On remarque qu'un infirmier en l'occurrence Mattéo ne donne pas de définition et n'exprime pas vraiment son point de vue sur la relation soignant-soigné. On observe cependant, que la majorité des infirmiers interrogés se rapprochent presque tous de la définition donnée par le dictionnaire des sciences infirmières qui était rappelons-le : « *interaction entre deux personnes se trouvant dans une situation de soins renouvelée par ce qu'elle offre d'inconnu, de complexe et d'imprévisible. Elle est le fondement de la prise en charge globale du patient* » (2005, p235). C'est donc le terme d'*interactions* qui revient, faisant le lien entre les réponses apportées par les professionnels du terrain, mais également par les auteurs.*

➤ Les soins relationnels :

A propos des soins relationnels maintenant, il va être pertinent de voir comment chaque infirmier les caractérisent et les représentent. Tout d'abord, on remarque que François les inclut tout naturellement à la relation soignant-soigné : « *je pense que les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soignée* » (François, L-23 à 24.). Cependant, il fait la distinction au moment où il explique que les soins relationnels : « *c'est beaucoup plus pousser.* » (François, L-25). Mais il dit que : « *les soins relationnels je pense ça désignent plus les interventions thérapeutiques que nous allons mener avec des objectifs spécifiques comme les entretiens infirmiers quels qu'ils soient, formels ou non* » (François, L29 à 31). Ses propos sont rejoints par Nathalie, qui affirme aussi que les soins relationnels répondent à des objectifs spécifiques pour le patient : « *Alors qu'un soin relationnel c'est quelque chose de plutôt réfléchi, quelque chose de travaillé, avec des objectifs spécifiques.* » (L-31 à 33.). C'est d'ailleurs elle, qui se rapproche le plus de la définition de H. Ménaut : « *la relation ne peut soigner seule* » (2009, p80) car en effet, un soin relationnel « *nécessite de réfléchir aux objectifs, aux moyens, aux déroulements, aux techniques qui seront utilisés et aux interactions qui se nouent entre le soignant et le soigné* ». (2009, p80). Pour Haris, il ne donne pas de définition à proprement parler, mais il explique tout de même que : « *j'ai l'impression d'être plus une personne ressource* » (L-35.) ; « *Parce que, l'enfermement est compliqué parfois, donc ils ont besoin des fois, de plus parler ou autre.* » (L- 33 à 34), il semblerait vouloir indiquer que pour lui, les soins relationnels de fait positionnent le soignant en personne ressource vers qui le patient peut se tourner lorsqu'il en ressent le besoin.

Finalement, les soins relationnels visent à favoriser une amélioration de la clinique du patient en utilisant la relation comme outil de soin, tout en prenant en compte ses besoins individuels, ses objectifs et ses perspectives.

➤ Alors ? Distinction ou complémentarité ?

Or, il est intéressant de voir comment les soignants au fil de leur réflexion en viennent presque à se contredire eux même. Car on note des propos qui vont à l'encontre de ceux qui évoque plus tôt. Par exemple, dans le discours de François au début, il dit : « *Donc oui certes, il y a une distinction à faire* » (L-26.) puis il en vient à dire que : « *les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soigné, mais il y a ce côté soins qu'il ne faut pas oublier.* » (L-42 à 43.). Et c'est la même chose pour Nathalie, qui commence par dire que : « *oui, il y a une différence* » (L-24) et qui finit par dire que : « *Mais je pense que malgré que ça soit deux choses différentes, l'un s'imbrique avec l'autre. Il ne peut pas y avoir de soins relationnels sans un minimum de relation soignant-soigné.* » (L-42 à 44). En fait, ça ne serait pas deux choses divergentes, mais plutôt deux choses complémentaires qui s'associent ensemble. Dans ce cas, la complémentarité entre la relation soignant-soigné et les soins relationnels en psychiatrie pourrait donc résider dans le fait que ces deux éléments se renforcent mutuellement et sont interdépendants dans le soin. La relation soignant-soigné fournit le contexte et les compétences professionnelles nécessaires pour évaluer, diagnostiquer et traiter lors de l'hospitalisation des patients en psychiatrie, tandis que les soins relationnels complètent cette relation en mettant l'accent sur l'importance de qualité de la relation, en ciblant des objectifs précis pour le patient. Ce qui revient à dire que les soins relationnels utilisent la relation comme outil de soin.

★ Thème 2 : la juste distance

Maintenant, que nous avons réfléchi sur la place qu'observe le soin relationnel au sein de la relation soignant-soigné, nous allons à présent nous pencher sur le second thème qui regroupe divers questionnements autour de la juste distance, auquel nous tenterons de répondre.

➤ La représentation de la juste distance :

Dans un premier temps, nous allons analyser la représentation que chacun se fait de la notion juste distance en psychiatrie. On remarque tout d'abord, que les réponses de François, Haris et Nathalie sont assez similaires : « *c'est la bonne distance entre rester professionnel, sans être non plus trop éloigné du patient à cause du professionnel.* » (François, L-47 à 48), pour Haris : « *ça va différer d'une relation amicale, familiale* » (Haris, L-54 à 55). Ce qui ressemble fortement aux propos de Nathalie « *Ce n'est pas une relation amicale, voilà pas du tout familière.* » (Nathalie, L-118 à 119). Ils s'accordent tous pour dire que la juste distance c'est une relation que l'on entretient avec le patient, mais une relation qui ne dépasse pas les limites du cadre professionnel : « *Tu as ton rôle professionnel* » (Nathalie, L-103) et pour Haris c'est semblable : « *ça va rester du professionnel* » (Haris, L-55), de même Nathalie ajoute que « *il faut avoir une certaine ligne de conduite dans la tête* » (Nathalie, L-66), dans ce cas, on en vient à s'interroger sur ce qu'est cette certaine 'ligne de conduite' ? Qui nous l'apprend ? Et comment la respecter ? S'apprend t-elle grâce à l'expérience ?

Mattéo lui évoque quelque chose qui n'est pas beaucoup abordé par les autres infirmiers : la juste distance serait propre à chaque soignant : « *la juste distance elle est très personnelle, c'est-à-dire que d'un soignant à l'autre ça varie.* » (Mattéo, L-43), il ajoute que « *c'est à chaque soignant de se connaître aussi avant tout. Justement pour pouvoir mettre ce qu'on appelle : cette juste distance, cette distance thérapeutique.* » (Mattéo, L-45 à 46). En fait, selon lui, la juste distance peut varier d'un soignant à l'autre, que ce n'est pas quelque chose d'immuable, mais plutôt d'individuel et propre à chacun, et il avance, que pour trouver la juste distance, le soignant doit se connaître lui-même. Ce qui est aussi présenté dans les réponses apportées par Nathalie : « *c'est quand même assez propre à chacun, en fonction de ce que le patient nous renvoie, de notre, de notre stabilité dans le travail et de notre expérience aussi* » (Nathalie, L-120 à 121). Ce qui voudrait dire selon elle, que les soignants sont capables d'adapter cette distance en fonction de leur expérience et de leur ressenti face au patient.

On peut aussi mettre en évidence quelque chose qui ressort chez les infirmiers diplômés depuis plus de 20 ans. En l'occurrence, la place des émotions face aux patients : « *essayer de trouver la bonne distance entre « je » ne m'implique pas trop : parce que je peux être*

débordé par les événements » (François, L-49 à 50) et : *« c'est quelque chose qui ne doit pas nous envahir »* (Nathalie, L-49). On pourrait peut-être parler dans ce cas-là de : *distance émotionnelle*, c'est-à-dire d'une approche équilibrée selon les émotions de chacun, afin de trouver une stabilité qui permette d'offrir des soins empathiques et de qualité tout en préservant son propre bien-être émotionnel.

On comprend également dans le cheminement des infirmiers qui expriment que la juste distance c'est aussi : ne pas trop être éloigné du patient car pour eux, une distance trop importante ne permettrait pas d'établir correctement la relation de confiance essentielle à la prise en soin en psychiatrie : *« mais en même temps, je ne m'enferme pas non plus dans un comportement qui serait trop froid, trop distant, trop professionnel qui ferait qu'il n'y ait pas le lien qui pourrait se créer. »* (François, L-50 à 52). Haris apporte lui aussi cet élément de réponse : *« tout en étant proche du patient (...) parce qu'il faut que le patient puisse nous faire confiance à nous les soignants. »* (Haris, L-52 à 53).

➤ Les éléments qui permettent d'établir une juste distance :

Dans cette sous-partie, nous allons aborder plusieurs éléments clé abordés par les infirmiers, permettant d'établir selon eux, cette juste distance.

Nous allons d'abord revenir sur la place des émotions chez le soignant, selon François l'empathie serait un moyen d'établir cette distance, peut être pour se protéger émotionnellement : *« c'est là que se met en place la fameuse empathie, c'est-à-dire être capable de comprendre, d'entendre et tout ça, mais de garder quand même malgré toute la distance nécessaire à ce que cela ne te déborde pas personnellement. »* (François, L-53 à 55). En fait, l'empathie serait selon lui un outil pour ne pas dépasser la limite émotionnelle. Dans ce cas, l'empathie ne signifie pas se laisser submerger émotionnellement par les souffrances des patients. Au contraire, l'empathie bien développée permet aux soignants de maintenir une distance émotionnelle appropriée pour préserver leur bien-être et continuer à offrir des soins de qualité. C'est d'ailleurs, quelque chose que nous avons mis en évidence dans le cadre de référence dont l'auteur L. Morasz parle concernant la juste distance à propos du concept d'empathie, pour lui : *« il s'agit d'être proche mais pas collé, en quelque sorte d'être 'à la bonne distance'. Il ne s'agit donc pas d'éprouver avec, mais d'être au côté de celui qui éprouve. »* (L. Morasz, 2012, p.108).

Toujours à propos des émotions, François explique que la juste distance pourrait aussi être la capacité à déléguer quand on se sent trop impliqué émotionnellement : *« c'est donc à un moment être capable, la juste distance, de passer la main, en disant que là ce patient 'je me sens trop impliquer, c'est trop difficile' et donc passer la main à un collègue, en réalisant que là c'est trop compliqué pour moi. Ça peut être aussi ça la juste distance. »* (François, L-76 à 79). Il le reprend un peu plus tard : *« c'est d'être capable de voilà, de passer la main, quand tu sens que tu es débordé par la situation, par le patient : émotionnellement on va dire. Ça peut être aussi un moyen de justement garder la juste distance. »* (François, L-101 à 103). François nous fait donc comprendre que lorsqu'un soignant s'investit de trop émotionnellement dans la prise en charge d'un patient, il peut être confronté à des émotions intenses, à une compassion excessive et une charge émotionnelle résultante. Et que cela pourrait avoir un impact négatif sur son bien-être émotionnel et sa capacité à dispenser des soins efficaces. La délégation peut donc être une solution pour éviter l'épuisement émotionnel et maintenir une qualité de soin optimale. On remarque cependant qu'aucun auteur ne fait référence à cette sorte de délégation émotionnelle, alors c'est peut-être quelque chose de propre au terrain, qui se ferait de manière instinctive.

Ensuite, un élément qui revient dans l'ensemble des réponses données par les infirmiers interrogés est : l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement qui permettrait d'adapter cette distance. On soulignera qu'aucun auteur n'avait évoqué ce concept lorsqu'il était question de la juste distance. Un seul d'entre eux estime que pour lui le vouvoiement est nécessaire pour garder une distance adaptée, comme l'évoque Haris : *« moi j'ai tendance à les appeler par leur prénom déjà, c'est quelque chose que je fais assez facilement. Par contre, je vais utiliser leur prénom, mais les vouvoyer quand même (...) c'est un entre 2 »* (Haris, L-76 à 77). C'est ainsi que le plus jeune d'entre eux, explique que pour lui cela permet de maintenir une certaine distance : *« le vouvoiement, ça met de la distance en fait, quand tu vouvoies quelqu'un déjà tu mets une barrière. »* (Haris, L-85 à 86). A l'inverse, les 3 autres infirmiers interrogés affirment eux, utiliser le tutoiement pour s'adresser aux patients en psychiatrie et que cela n'empêche pas de respecter le patient : *« Alors ce n'est pas parce qu'on tutoie un patient qu'on ne le respecte pas »* (Nathalie, L-116). Mais on peut alors s'interroger sur son utilité et ce que cela peut apporter à la prise en soin des patients en psychiatrie ? François le justifie de telle sorte que cela permettrait de créer du lien en effaçant un peu le statut hiérarchique du soignant et du patient : *« il y a certains patients avec lesquels moi je vais utiliser le tutoiement (...) Pour voilà, créer ce lien qui fait qu'ils n'ont pas peur de parler,*

qu'ils se sentent capables de parler » (François, L-34 à 36). Ce raisonnement est partagé par Nathalie qui dit que : *« d'autres on peut les tutoyer il y a quand même la juste distance ou ça n'empêchera rien en fait, il y aura toujours ce respect, il n'y aura pas la déconnade, il n'y aura pas cette notion de copain copine »* (Nathalie, L-56 à 58). On comprend qu'avec leur expérience, les infirmiers nous expliquent qu'il se peut que certains patients préfèrent être tutoyés ou du moins en ont la nécessité, car cela peut aider à créer une atmosphère plus informelle et de proximité, ce qui faciliterait selon eux, la relation de confiance et la communication ouverte. Néanmoins, ils n'hésitent pas à repasser au vouvoiement quand cela est nécessaire, comme dans le cas où ils sont face à un nouveau patient : *« Avec d'autres, je vais utiliser le vouvoiement, davantage avec les nouveaux patients quand aucun lien n'est encore présent. »* (François, L-37 à 38) , ou alors dans le cas où il c'est nécessaire pour marquer la distance avec un patient qui se montre trop intrusif : *« Certaines fois le vouvoiement est nécessaire voilà, pour marquer justement la distance »* (Nathalie, L-53 à 54). On comprend dans le cheminement de François et Nathalie que c'est plutôt une question de ressentis et qu'il n'y a pas vraiment de règles à proprement parler dans l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement : *« Mais voilà, c'est une sensation que j'ai par rapport aux patients (...) Avec d'autres, je vais forcément utiliser le vouvoiement, et certains ça sera plus du tutoiement, ce n'est pas figé, c'est surtout selon mon ressenti. »* (François, L-90 à 92). De ce fait, l'utilisation du tutoiement et du vouvoiement dans la communication avec les patients en psychiatrie, y compris les patients schizophrènes, reste une question complexe qui nécessite une approche plutôt individualisée, selon l'unanimité des soignants interrogés. Et il n'y a pas de réponse unique ou universelle, cela dépend plutôt de la préférence, des besoins et du ressenti de chaque soignant et de chaque patient, ce qui rejoindrait finalement les propos de certains dans leur représentation de la juste distance : qu'elle serait peut-être propre à chacun.

Dans la question concernant les moyens et les outils pour établir une juste distance, une autre réponse est commune à deux infirmiers : Haris le plus jeune diplômé et à l'inverse Nathalie une des plus anciennes. Il s'agit de la blouse, qui pour eux est un élément essentiel marquant cette distance entre le patient et le soignant. C'est pour eux, un objet représentatif voir symbolique permettant de poser une barrière physique : *« je suis pour la blouse intégrale »* (Haris, L-83) et *« En tant que professionnel déjà la blouse ! La tenue vestimentaire, la blouse, parce que visuellement parlant, c'est la seule qui distingue les patients des soignants. »* (Nathalie, L-112). Pour Nathalie, elle incarne donc l'identité professionnelle de

l'infirmière et favorise une distinction claire entre le rôle du soignant et celui du patient : « *Elle pose directement une certaine barrière, elle pose le cadre institutionnel* » (Nathalie, L- 113 à 114). Pour Haris on comprend qu'elle est bien plus qu'un objet permettant de créer de la distance pour le patient, d'après lui elle lui permet de se 'protéger': « *j'ai toujours ma blouse complète et c'est le moment où voilà j'endosse mon rôle de soignant, je me protège.* » (Haris, L-98 à 99). Mais la question que l'on peut se poser est : se protéger de quoi ? Peut-être émotionnellement ? Comme on en a parlé plus tôt dans notre analyse, car il dit : « *quand je repars (...) j'enlève ma blouse, je laisse mon 'fardeau' dans mon casier (...) toutes les émotions qui peuvent être envoyées, tout cet affect, (...) qui peuvent venir entacher ta vie privée et je n'ai pas envie ça soit le cas pour moi, donc je pose ma blouse, je laisse le travail, au travail* » (Haris, L-100 à 103). La blouse aurait pour lui une signification assez personnelle, lui permettant de ne pas être impliqué émotionnellement à l'extérieur du lieu de soins.

Avant de clôturer cette partie sur les éléments permettant d'établir une distance adaptée, il paraît nécessaire de souligner un point qui apparaît chez plusieurs des infirmiers. La question du 'feeling' et du ressenti professionnel dans la notion de juste distance. Un mot familier qui se traduirait comme la manière de ressentir une situation, telle une intuition. Un terme employé d'abord par François : « *c'est toi qui le sens, au feeling, avec l'expérience, avec certains, tu vas être plus proche que d'autres. Et puis, ça dépend de toi ce que tu as envie aussi* » (François, 122 à 124). Un mot également repris par Mattéo : « *Donc le : tu, c'est voilà instinctivement, c'est plus au feeling.* » (Mattéo, L-133 à 134). Ce qui rejoint les propos d'Haris : « *patient dépendant (...) Il y a des familiarités que tu peux te permettre avec certains patients* » (Haris, L-71). Selon lui, la juste distance pourrait varier d'un patient à l'autre, ce qui nécessiterait préalablement une réflexion et une évaluation des besoins du patient. D'après la majorité des infirmiers, la juste distance requiert une réflexion constante et une adaptation en fonction de chaque situation et de chaque patient. Ce qui pourrait sous-entendre qu'il est important pour le soignant d'être attentif aux signaux verbaux et non verbaux du patient, à ses besoins de proximité ou de distance émotionnelle, et de s'ajuster en conséquence.

Et pour finir cette réflexion dans la recherche de ce qui contribue à instaurer une distance adéquate, nous allons nous pencher sur l'impact de l'expérience professionnelle. Car ces termes reviennent également chez plusieurs infirmiers : « *avec un peu plus d'expériences, un*

peu plus de connaissances aussi dans la pathologie, on sait à peu près où il faut la placer, c'est-à-dire à peu près où placer ce curseur (...) l'avantage c'est que derrière on affine un peu plus cette distance » (Mattéo, L-54 à 56). Et François pense de la même façon car il affirme : *« mais ça c'est pareil c'est avec l'expérience »* (François, L-108). Nous pouvons constater que peu importe le nombre d'années exercées, la pensée des soignants reste assez similaire, car selon eux l'expérience professionnelle joue un rôle crucial pour un équilibre proxémique conforme aux besoins du patient. Ils estiment que celle-ci offre des opportunités d'apprentissage, de réflexion et de remise en question. Et que les soignants peuvent donc se baser sur les expériences passées pour ajuster leur approche et leur niveau d'implication émotionnelle, afin de trouver un équilibre dans la relation établie.

➤ **L'intérêt de maintenir la juste distance**

Pour commencer, Nathalie et Haris explique que l'intérêt de maintenir cette distance est nécessaire avec certains patients en psychiatrie qui peuvent en avoir besoin. Car en effet, certains peuvent se montrer intrusif et peuvent dépasser les limites professionnelles de la relation soignant-soigné, de par leur pathologie ou leur personnalité : *« on n'est pas des collègues, il y a certains c'est nécessaire (...) certains patients voilà n'ont pas de limites »* (Nathalie, L-58). Ainsi, Nathalie et Haris s'entendent sur le fait qu'il est impératif de faire attention à la distance pour ne pas *« dépasser cette limite tu sais de soignant et d'amis »* (Haris, L-81).

Ensuite, François et Nathalie les infirmiers ayant de nombreuses années d'expérience, évoquent que l'intérêt est dans les deux sens, à la fois pour le patient mais également pour le soignant. Dans un premier temps, en psychiatrie entretenir un équilibre proxémique adapté serait pour le patient un enjeu primordial au niveau de sa prise en soin, pour établir cette relation de confiance : *« l'intérêt, il est : et pour le patient dans le sens où le lien se créer quand on est dans la juste distance : comme il peut venir se confier à toi, il y a une confiance qui peut s'établir, qui fait qu'ont travaillé avec lui certains problèmes de sa pathologie. »* (François, L-69 à 71). On comprend dans cette réflexion, qu'en accordant une attention particulière à la juste distance, cela pourrait permettre de favoriser une relation de soin basée sur la confiance. L'intérêt peut aussi être au niveau de la clinique du patient schizophrène, comme l'explique Nathalie, car une importante proximité : *« ça peut venir alimenter son délire »* (Nathalie, L-73). Elle explique que c'est quelque chose de spécifique à la

schizophrénie : *« c'est propre à la pathologie de la schizophrénie particulièrement, parce que tu peux vite devenir l'élément persécuteur. T'es le bon objet, tu peux passer bon objet au mauvais objet, d'un jour à l'autre (...) c'est pour ça qu'on dit qu'il faut garder sa juste distance. »* (Nathalie, L-98-101) et qu'un défaut de proximité peut donc venir compromettre la relation établie avec le patient et donc la qualité des soins. Elle met en évidence que certains signes cliniques de la pathologie peuvent altérer la relation, elle évoque que : *« chez un schizophrène quand tu ne mets pas de distance ça peut être vite mal interprété. »* (Nathalie, L-123 à 124). Pour elle, entretenir une relation avec le patient schizophrène, il est nécessaire de toujours se poser la question de la juste distance et d'évaluer avec une certaine objectivité la nécessité et le besoin du patient concernant cette proximité, et faire attention à son comportement pour ne pas biaiser la relation, car : *« cela pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge »* (Nathalie, L-64).

Par ailleurs, l'ensemble des réponses apportées par les infirmiers concernant l'intérêt de maintenir une distance adaptée converge vers un thème mutuel : la gestion de leurs émotions. Car nous avons vu dans la partie précédente que l'empathie est un moyen pour les soignants d'établir cette distance permettant tout de même au patient de se sentir en confiance, écouter et compris. Maintenant on peut se questionner sur l'intérêt de maintenir cette distance émotionnelle pour le soignant ? Quel est le risque finalement pour le soignant d'exercer une proximité émotionnelle trop importante ?

Quelques éléments de réponse sont apportés par Nathalie qui dit qu'*« on pourrait être envahi, je pense, au niveau des émotions, au niveau du comportement »* (Nathalie, L-65). Des propos rejoints par Mattéo, qui affirme que l'intérêt de la distance c'est pour pas *« que ça nous impacte trop. »* (Mattéo, L-59). Et d'après Haris certaines de ses émotions peuvent être tellement importantes qu'elles pourraient venir détériorer notre santé mentale car : *« c'est difficile parfois, selon les cas »* (Haris, L-115) ce qui pourrait être responsable d'un certain épuisement professionnel par la suite : *« toutes les émotions qui peuvent être envoyées, tout cet affect, qui peuvent, qui peuvent être là et qui peuvent venir entacher ta vie privée »* (Haris, L-101 à 102).

De ce fait, on comprend à travers les différentes réponses exprimées par les infirmiers, que maintenir une distance professionnelle adaptée est nécessaire tant pour le patient que pour le soignant qui le prend en soin.

★ Thème 3 : l'alliance thérapeutique

➤ La conception de l'alliance thérapeutique

En ce qui concerne le thème de l'alliance thérapeutique, rappelons-nous de la définition de celle-ci proposée par C. Cungi : elle « *consiste en une relation telle que le patient et le thérapeute travaillent ensemble pour résoudre les problèmes posés* » (2006, p18). Nous avons également relevé que : « *l'alliance thérapeutique qui se noue dans le cadre d'une thérapie (...) est appelée 'le rapport collaboratif'*. » (2006, p18).

On remarque notamment que les infirmiers interrogés évoquent à leur tour la notion de *travail collaboratif* lorsqu'ils donnent leur conception de l'alliance thérapeutique : « *c'est une question de collaboration entre lui et nous, pour attendre un objectif commun tel que l'adhésion aux traitements, la compréhension de sa maladie ou encore sa participation aux activités thérapeutiques* » (Nathalie, L-142 à 144) ou encore : « *un travail collaboratif auquel les soignants doivent constamment faire attention, très important* » (François, L-144) , et il rajoute même qu'elle : « *est nécessaire pour entamer ce travail avec lui par la suite, autour de sa pathologie, avec un plan adapté à lui* » (François, L-156 à 157). Concernant l'infirmier Haris, il rejoint plutôt la définition donnée par S. Freud : « *d'un pacte avec l'égo du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute* » (2012, p65), en évoquant le terme 'accord' : « *l'alliance thérapeutique c'est un accord entre le patient et le soignant où les deux sont acteurs de la prise en soins.* » (Haris, L-109 à 110). De plus, lors des questions concernant le thème de l'alliance thérapeutique la majorité des infirmiers sont en accord en explicitant que la qualité de la relation est essentielle pour construire une alliance thérapeutique : « *une bonne relation, va permettre une bonne alliance thérapeutique de la part du patient* » (Mattéo, L-183 à 184) il ajoute à cela : « *Mais aussi l'adhésion aux soins et ça ne peut que passer par un bon relationnel.* » (Mattéo, L-161) et on remarque que Nathalie rejoint ce point de vue car elle dit : « *Et je pense que la qualité de notre relation fait le plus gros de l'alliance, c'est un facteur essentiel !* » (Nathalie, L-144 à 145).

➤ Les conditions à son instauration

Un élément fondamental qui ressort tant chez les auteurs que pour l'ensemble des infirmiers interrogés est la notion de confiance, c'est-à-dire faire alliance en instaurant la confiance. Définie auparavant dans le cadre de références par Vincent Magematin comme « *l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre* » (in Monique Formarier et al. 2012, p.118). Et comme le dit François : « *surtout, la confiance ça me paraît essentiel ! Sans elle il n'y a pas d'alliance qui se crée. Parce que c'est un équilibre, le patient doit sentir qu'il peut compter sur nous s'il en ressent le besoin, qu'on est là pour le soutenir, qu'il peut venir nous trouver en cas de besoin.* » (François, L-134 à 137). Quant à Nathalie, elle explique que pour elle, la confiance s'instaure dès l'accueil du patient dans l'unité : « *Pour moi, ça part de là : un bon accueil, fait la moitié de la bonne alliance thérapeutique. Ça va permettre d'instaurer un climat de confiance* » (Nathalie, L-146 à 147). Mattéo lui, évoque les difficultés que peuvent rencontrer les soignants pour établir cette confiance face aux patients en psychiatrie et notamment les schizophrènes : « *la relation de confiance est délicate chez des patients, en plus ça qui sont hospitalisés sous contraintes. Donc c'est à dire : qu'il faut créer depuis le début cette relation de confiance là, cette adhésion aux soignants.* » (Mattéo, L-158 à 160). Mais également Haris, qui évoque la confiance quand il explique l'importance du non-jugement en psychiatrie : « *Ne pas juger peut lui permettre d'avoir plus facilement confiance et du coup construire une alliance thérapeutique solide.* » (Haris, L-130 à 132). Ainsi, l'ensemble des soignants interrogés sont en accord avec la théorie des auteurs concernant l'importance d'établir une relation de confiance, qui est essentielle pour construire l'alliance entre le soignant et le patient en psychiatrie. Mais ils sont aussi d'accord qu'il n'y a pas que la confiance qui joue un rôle.

Notamment, l'empathie qui fait partie des conditions nécessaires à l'instauration de cette alliance. Pour François elle correspond à : « *notre capacité à se mettre à la place du patient en fait, être capable de comprendre ce qu'il ressent sur le moment, ses émotions tout ça. L'empathie sert aussi à renforcer le lien, si le patient il ressent qu'il est compris et qu'en plus de ça il a confiance en nous, alors là c'est le grâle* » (François, L-139 à 142.). Et pour Nathalie : « *Il faut aussi savoir se montrer empathique* » (L-148). Ce qui rejoint en effet, la pensée de l'auteur C. Cungi : « *une relation thérapeutique doit être empathique, authentique et chaleureuse* » (2006, p22). Alors « *une relation empathique consiste pour le thérapeute à*

percevoir puis à restituer au patient ce qu'il comprend de sa réalité, en tenant compte des retours que celui-ci fait durant l'entretien » (C.Cungi, 2006, p23).

Or, un seul des infirmiers a évoqué la notion d'authenticité dont fait référence C. Cungi : *« être authentique, c'est développer la capacité à se sentir à l'aise avec le patient, avec la réalité qu'il vit, la capacité aussi à se sentir à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées y compris avec son malaise »* (2006, p23). En effet, pour Haris une des conditions essentielles est : *« l'authenticité »* (Haris, L-121) et il appuie ses propos en expliquant que *« si tu n'es pas authentique, si le patient tu lui fais transparaître des choses fausses, tôt ou tard ça va se sentir. »* (L-121 à 123). L'authenticité se réfère donc à la capacité du professionnel de la santé à être lui-même, à être transparent, honnête et congruent dans sa communication et son comportement auprès des patients qu'il prend en soin favorisant davantage la construction de l'alliance.

Néanmoins, les infirmiers François et Haris évoquent une notion particulière pour l'élaboration de l'alliance qui n'est pas mise en évidence par les auteurs lors de mes lectures : celle du *non-jugement*. En effet, comme le dit François parmi les conditions il y a : *« le non-jugement avec l'acceptation de la maladie et de ses symptômes ou de ses troubles »* (François, L-133). Haris y fait aussi référence : *« Le non-jugement parce que, je ne suis pas là pour juger, parce que ce n'est pas moi le juge par rapport à leurs affaires qui sont en cours la plupart du temps ici »* (Haris, L-125 à 127). Il ajoute que : *« le non-jugement, c'est la base surtout dans les idées illogiques, délirantes, psychotiques, ou lors de gros passages à l'acte. Ne pas juger peut lui permettre d'avoir plus facilement confiance et du coup construire une alliance thérapeutique solide. »* (Haris, L-130 à 132). Il explique donc que : *« Donc, c'est pour ça que moi je n'ai pas d'appréhension à soigner les patients quoi qu'ils aient fait »* (Haris, L-123 à 124). Ainsi, le concept de *non-jugement* permet d'instaurer une atmosphère de confiance, de ce fait la relation de soin qui crée un environnement propice à l'ouverture, à l'honnêteté et à la collaboration. Il permet donc au patient de se sentir entendu, respecté et compris favorisant la confiance envers le soignant.

Parmi les réponses des infirmiers, on remarque également deux critères qui émergent : *le temps et l'effectif soignant*. Deux facteurs dont les auteurs ne font pas référence dans leurs ouvrages. Or, on sait que le système de santé Français est cruellement en manque de personnel soignant parmi lequel les infirmiers sont les plus touchés, ce qui a des

répercussions sur la notion du temps pour la dispensation des soins, tous secteurs confondus. En effet, Mattéo y fait référence principalement lorsqu'il évoque les conditions qui « *elles vont être au niveau institutionnel déjà, surtout en ce moment où c'est délicat (...) C'est-à-dire être relativement assez un nombre en tant que soignant, pour permettre (...) une présence aussi soignante avec les patients.* » (Mattéo, L-148 à 150) et il ajoute que : « *principalement ça va être notre présence auprès du patient* » qui permet d'établir un lien (Mattéo, L-153). François lui parle d'« *un effectif soignant évidemment qui permet de passer du temps avec eux pour avoir le temps de créer du lien* » (François, L-147). Mais les deux infirmiers évoquent également « *le temps passé avec eux par le biais d'activités thérapeutiques aussi* » (Mattéo, L-154). François parle également de ce temps car : « *ce qui fonctionne beaucoup aussi grâce à certaines activités thérapeutiques que l'on propose aussi, c'est un bon moyen d'échanger et de créer du lien avec eux sans forcément être assis autour d'une table en entretien, c'est les temps informels qui font la richesse de cette relation* » (François, L-147 à 151). En faite, les deux soignants parlent du temps passé auprès des patients via les activités thérapeutiques, ces activités peuvent être utilisées comme outil d'approche, offrant aux soignants et aux patients un temps d'échange permettant naturellement de créer du lien et d'approfondir la relation. En somme, le temps est une ressource précieuse qui favorise l'établissement d'une relation de soin qualitative en psychiatrie, permettant ainsi une approche thérapeutique adaptée et personnalisée pour établir par la suite une alliance thérapeutique.

➤ La prépondérance de l'alliance thérapeutique

A propos de la prépondérance de l'alliance thérapeutique en psychiatrie, l'ensemble des infirmiers ont répondu des choses assez similaires. Il est important de mentionner que je n'ai trouver aucun ouvrage mentionnant son importance auprès des patients schizophrènes, et du coup je n'ai pas de recul par rapport à mon cadre de référence, c'est la raison pour laquelle j'ai souhaité poser la question directement aux infirmiers sur le terrain.

Pour François : « *Je pense qu'en psychiatrie elle est essentielle pour la simple et bonne raison que ça permet au patient de devenir l'acteur de sa prise en charge, parce qu'une maladie comme l'est la schizophrénie, c'est-à-dire une maladie chronique, dont on ne guérit pas, dont il y a besoin d'un suivi à long terme, et bien on peut quand même la stabiliser, en impliquant au maximum le patient dans ce processus* » (François, L-163 à 167). Ces propos sont rejoints principalement par Nathalie : « *en fait, l'ensemble va aider, je pense : à ce que le patient se mette au travail ! (...) C'est à dire : être acteur de sa prise en charge, s'engager*

activement ! » (L-162). De ce fait, pour ces deux infirmiers l'alliance thérapeutique favorise de manière cruciale l'engagement et l'implication du patient dans ses soins. Quant à Haris : « *elle est importante parce que beaucoup de patients, en tout cas ici, ont un déni de leurs troubles.* » (L-138 à 139). Selon lui : « *je pense que les négociations peuvent commencer sur l'acceptation de la maladie. Les patients ont souvent une anosognosie et connaissent mal leur maladie. Donc la première étape est de leur faire accepter qu'ils sont malades et qu'ils vont avoir besoin d'un traitement.* » (L-114 à 117).

De plus, Mattéo fait remarquer une chose importante : « *essayer aussi d'accompagner le patient pour avoir un accès à insight, c'est-à-dire : une certaine autocritique, de ses troubles, sa personnalité, de ses passages à l'acte, d'essayer de chercher avec lui aussi le pourquoi ?* » (L-185 à 187). On comprend qu'avec une relation plutôt axée sur la collaboration et la confiance on permet au patient de se sentir davantage engagé dans le processus de soins, ce qui permet : « *une meilleure adhésion aux soins, meilleure adhésion aux traitements, une meilleure connaissance de leur maladie aussi.* » (Haris, L-143 à 144.)

Pour finir, deux des infirmiers : François et Haris parle de l'importance de l'alliance thérapeutique auprès des patients schizophrènes, pour le *risque de rechute* étant donné que la schizophrénie est une pathologie chronique qui ne guérit pas comme nous l'avons vu dans le cadre de référence. François estime que « *le patient conscient de ses troubles (...) peut prévenir voire même savoir quoi faire en cas de rechute.* » (François, L-167 à 169) et pour Haris : « *ils ont tendance à arrêter les traitements, reprendre des toxiques et retourner à la case départ.* » (Haris, L-140 à 141), il ajoute : « *Donc je pense que s'il y a une bonne alliance thérapeutique, ça peut aider à éviter la rechute de certains patients* » (Haris, L-142 à 143). Ainsi, il n'y a pas de méthode infaillible pour éviter la rechute des patients schizophrènes, mais une alliance thérapeutique impliquant fortement le patient dans la compréhension de sa pathologie, peut aider à réduire les risques, c'est la raison pour laquelle la relation de soin et la confiance sont des facteurs essentiels à l'instauration de l'alliance thérapeutique.

3.4 Synthèse et limites de l'enquête

Mener une enquête exploratoire est un processus complexe, qui nécessite une multitude d'étapes et surtout beaucoup de temps. Je suis assez satisfaite de l'enquête que j'ai pu conduire et m'estime assez chanceuse d'avoir eu l'opportunité de rencontrer des soignants motivés et impliqués par mon travail de recherche. Concernant les résultats que j'ai obtenus, certains coïncident avec mon cadre de référence et d'autres diffèrent, ce qui met en évidence les limites du terrain. Cependant, il faut garder à l'esprit, que ce n'est qu'un petit échantillon et que cela reste peu représentatif à l'échelle numérique de l'ensemble des soignants qui exercent en psychiatrie. En effet, en raison de leur nature, les résultats d'une enquête exploratoire ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de la population. Car les échantillons utilisés sont souvent petits et non représentatifs, ce qui limite donc la portée des conclusions. Malgré ces limites, les enquêtes exploratoires ont une valeur importante dans le processus de recherche, car elles permettent d'explorer de nouveaux sujets, de générer des idées et de poser les bases pour des recherches futures plus approfondies.

4 De la problématique à la question de recherche

Partie d'une situation vécue en stage en secteur de psychiatrie, avec laquelle j'ai dû faire face non loin sans difficultés et qui avait suscité beaucoup de questionnement chez moi, j'ai pu construire un cheminement partant d'une question de départ. Après avoir dégagé les trois grands axes de réflexion qui étaient pour rappel : le patient schizophrène, la juste distance dans relation soignant-soigné en psychiatrie et l'alliance thérapeutique. J'ai eu l'opportunité de mener une enquête exploratoire me permettant de confronter la pensée des auteurs à la réalité du terrain. Les entretiens terminés et les résultats présentés désormais, il est temps de soulever une certaine problématique à l'issue de laquelle il émanera d'une question de recherche pertinente.

Je souhaite mettre en exergue les réponses qui m'ont été apportées par deux des infirmiers interrogés, lorsqu'ils ont évoqué les conditions permettant d'établir une alliance thérapeutique. Il s'agit tout naturellement de la question du temps, à laquelle j'avais omis de porter attention. Les infirmiers ont souligné que dans le domaine de la psychiatrie, le temps revêt une importance capitale lorsqu'il s'agit d'établir une relation de soin efficace. La nature des troubles exige souvent une approche plus complexe et nuancée que dans d'autres domaines médicaux. Il permet au soignant de créer un espace où le patient peut se sentir en confiance. En consacrant du temps à la relation soignant-soigné comme l'écoute, à l'observation attentive et à la compréhension empathique, le soignant peut recueillir des informations essentielles sur la clinique pour cibler davantage les objectifs spécifiques de soin du patient. Malheureusement, la réalité du manque de personnel et de temps est une réalité courante dans de nombreux établissements de santé Français. Problématique institutionnelle ou organisationnelle, tous les soignants s'y retrouvent confrontés, alors qu'à l'inverse, le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie ne cesse d'augmenter. Ce sont les circonstances sanitaires abordées par Maxime, un des jeunes diplômés lors de son entretien. Mais c'est dans ce contexte de temps limité pour les interactions, que les soignants doivent tout de même tenter d'établir une relation de soin. C'est la raison pour laquelle, si je devais poursuivre ce travail je m'intéresserai à la notion et à l'importance que l'on accorde au temps en psychiatrie. Et la question de recherche serait donc la suivante :

En psychiatrie, dans quelle mesure une relation de soin peut s'établir lorsque le temps consacré aux interactions est restreint ?

Conclusion

Ce travail de recherche touche à présent à sa fin, il met en lumière l'importance de la relation soignant-soigné précisant comment celle-ci en devient un soin dans le domaine de la psychiatrie, en mettant l'accent sur les patients schizophrènes. J'ai exploré la notion de la juste distance et de l'équilibre proxémique, cherchant à trouver le point où les soignants peuvent établir une relation de confiance et construire une alliance thérapeutique solide.

Dans le cas des patients schizophrènes, il paraît essentiel de reconnaître les particularités de cette condition et d'adapter notre approche en conséquence. De ce fait, la construction d'une relation de confiance et d'une alliance thérapeutique peut nécessiter du temps et de la patience, de l'expérience, ainsi qu'une compréhension approfondie des besoins individuels de chaque patient.

Ainsi s'achèvent mes trois années d'études supérieures, pour me laisser prendre mon envol en tant que professionnel de santé. Elles m'ont permis d'évoluer aussi bien professionnellement que personnellement et cette expérience humaine restera en moi pour toujours. Ce mémoire aura forcément un impact sur ma future posture professionnelle, car ce sera très prochainement à moi d'essayer de trouver une distance adaptée me permettant d'établir une relation de confiance avec les patients que je prendrai en soin.

Bibliographie

Cungi, C. (2006). *L'alliance thérapeutique*.

Dictionnaire en ligne <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> consulté le 03/02/23

Dictionnaire en ligne <https://dictionnaire.lerobert.com/> consulté le 03/02/2023

Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières: 2ème édition*. Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, N° 89(2), 33-42. <https://doi.org/10.3917/rsi.089.0033>

Guelfi, J. D., Boyer, P., Consoli, S., & Olivier-Martin, R. (1987). *PSYCHIATRIE. 6ème édition*. Presses Universitaires de France - PUF.

Guelfi, J. D., & Crocq, M. A. (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson.

Hanus, M., & Marchal, V. (2002). *Psychiatrie et soins infirmiers*.

Jovic, L. (1987). L'entretien de recherche. p.75-81.

Lagarde-Piron, L. (2016). Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers: Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. Dans : Richard Delaye éd., *La confiance: Relations, organisations, capital humain* (pp. 242-256). Caen: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.delay.2016.01.0242>

L.,Morasz, C., Perrin-Niquet, A., Barbot, C., & Livet, M. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes du soin en psychiatrie*. Elsevier Gezondheidszorg.

Lanquetin Jean Paul. (2013). Les soins informels en psychiatrie. *Soins Psychiatrie*, N°284, p.12-32

Menaut, H. (2009). Les soins relationnels existent-ils ? *VST - Vie sociale et traitements*, 101(1), 78. <https://doi.org/10.3917/vst.101.0078>

Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, N° 144, p12-40.

Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné*. CHENELIERE.

Prayez, P. (2016). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Lamarre.

Recherche, A. (2005). *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. Elsevier Masson.

Site internet du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) - <https://www.camh.ca/fr/>

Site officiel de l'Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.who.int/fr> consulté le 10/01/23

Site de référence de la langue française <https://dictionnaire.lerobert.com> consulté le 03/02/23

Vantomme Patrick, site internet officiel: <http://www.lereservoir.eu/COURSPV%20CADRES.html>

Versaevel, C. (2007). Prendre en charge la schizophrénie. *Soins Psychiatrie*, N°249, p.18-40.

Illustration :

Image page de garde - 2023 - <https://www.pinterest.fr/>

Table des matières

Annexe 1 : Guide d'entretien.....	51
Annexe 2 : Demande d'autorisation des entretiens.....	52
Annexe 3 : Autorisation d'entretien en établissement de soins.....	53
Annexe 4 : Retranscription littérale des entretiens.....	54
Annexe 5 : Grilles d'analyses des entretiens.....	73
Annexe 6 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude.....	90

Annexe 1 : Guide d'entretien

Le professionnel interrogé : Pouvez vous me décrire votre parcours professionnel ?		
Question inaugurale	➔ Parlez-moi de votre pratique de soin avec les patients schizophrènes...	
Les soins relationnels en psychiatrie	➔ Par cette question je cherche à savoir le point de vue de l'infirmier interrogé, concernant leur définition de la relation soignant-soigné et si il l'a distingué des soins relationnels en psychiatrie.	En psychiatrie, peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?
La juste distance	➔ Avec la première question, je cherche à savoir ce que la notion de « juste distance » leur évoque.	Qu'est-ce que la notion de « juste distance » avec les patients vous évoque de manière générale ?
	➔ On s'interroge aussi sur l'intérêt en psychiatrie de maintenir une distance adaptée	Quel est l'intérêt de maintenir celle-ci ?
	➔ Puis à l'aide de la dernière, je souhaite quel éléments permet d'établir / maintenir celle-ci avec les patients schizophrène ? Comment est ce qu'il procède.	Comment vous y prenez-vous pour établir la juste-distance avec les patients schizophrènes ?
L'alliance thérapeutique	➔ Je souhaite recueillir leur conception de l'alliance thérapeutique	Quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ?
	➔ Je cherche à comparer les outils utilisés par les infirmiers pour instaurer une alliance thérapeutique avec les patients schizophrènes, ➔ Je souhaite savoir quelle est l'importance pour eux d'établir une relation de confiance et donc une alliance thérapeutique	Quel est son intérêt et pourquoi est-elle si importante ?

Annexe 2 : Demande d'autorisation des entretiens



INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Mme AUBERY Faustine
Étudiante en soins infirmiers IFSI Avignon

à Madame la Directrice des Soins
Monsieur le Directeur des soins

Adresse:

[REDACTED]

Téléphone: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

Avignon, le 20/03/2023

Madame, Monsieur,

□ Dans le cadre de mon travail de fin d'études, j'ai l'honneur de solliciter de votre bienveillance l'autorisation de réaliser des entretiens auprès d'infirmiers diplômés d'état en UMD dans l'unité [REDACTED] et en service d'accueil et crise fermé. □

Le thème de mon travail est « la juste distance, la relation de soin et le travail de l'alliance thérapeutique auprès des patients atteints de schizophrénie ». Veuillez trouver ci-après le guide d'entretien validé par mon Directeur de Mémoire :

En psychiatrie, peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?

Qu'est-ce que la notion de « juste distance » avec les patients vous évoque de manière générale ?

Comment vous y prenez-vous pour établir la juste-distance avec les patients schizophrènes ?

Quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ? Quel est son intérêt et pourquoi est-elle si importante ?

En vous remerciant de la considération que vous porterez à cette demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma respectueuse considération.

|

Annexe 3 : Autorisation d'entretien en établissement de soins

DIRECTION DES SOINS,

[REDACTED]

Avignon, le 24 Mars 2023

Madame Faustine AUBERY

[REDACTED]

Réf. : [REDACTED]

Objet : Demande d'autorisation d'entretiens infirmiers

Monsieur,

En réponse à votre demande, je vous informe que je vous donne mon accord pour que vous puissiez réaliser des entretiens auprès d'infirmiers de l'établissement dans le cadre de votre travail de fin d'études.

Votre demande a été transmise aux Cadres Paramédicaux du Pôle Unités pour Malades Difficiles. Vous serez contacté directement pour définir les modalités de ces entretiens dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Monsieur, à l'assurance de mes salutations distinguées.

Coordinatrice Générale des Soins,

[REDACTED]

Annexe 4 : Retranscription littérale des entretiens

Entretien N°1 : Fabrice

Faustine : Bien, tout d'abord je souhaite vous remercier de prendre le temps de vous entretenir avec moi. Pour placer un peu le contexte mon travail de recherches traite de la relation de soin, particulièrement axé sur la notion de juste distance et d'alliance thérapeutique en psychiatrie, et notamment avec les patients schizophrènes.

Afin d'avoir un peu plus d'informations vous concernant, je vais commencer par demander quel est votre parcours professionnel et en quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'État ?

François : 1999, depuis mai 2020 je travaille aux UMD et sinon j'ai fait des soins palliatifs, de la chirurgie, de l'addictologie, du secteur libéral, et de l'humanitaire

Faustine : Je vous remercie, donc ma première question c'est : en psychiatrie, peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?

François : Bah il y a une différence dans le sens ou, même si dans les deux cas, tu dois garder le respect, la bienveillance tout ça... Il peut y avoir une nécessité d'adapter ton discours, en psychiatrie en fonction de la pathologie que tu as en face de toi, parce que certains patients peuvent vite devenir interprétatifs sur ta façon de te comporter. Donc il faut toujours être attentif à ça, il y a forcément une distinction à faire sur certains moments dans la relation. Je n'irai pas jusqu'à dire qu'il y a une différence, mais je pense que les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soignée qui est spécifique particulièrement à la psychiatrie, mais je dirais qu'en psychiatrie notamment, c'est beaucoup plus pousser. Déjà, parce qu'on a le temps, on s'adapte aux besoins spécifiques du patient. Donc oui certes, il y a une distinction parce que de parler de relation soignant soigné ça fait référence aux interactions que les soignants ont avec chaque patient recevant des soins. Comme je disais au début, en fait elle reprend chaque concept comme l'empathie, la bienveillance, le respect, la communication et l'écoute. Alors que les soins relationnels je pense ça désignent plus les interventions thérapeutiques que nous allons mener avec des objectifs spécifiques comme les entretiens infirmiers quels qu'ils soient, formels ou non je veux dire. C'est plutôt à ce niveau là axé sur le développement, la qualité et le travail des objectifs pour le patient, ça nécessite donc d'adapter ton discours selon les besoins du patient à ce moment là.

Par exemple, quelqu'un qui est angoissé qui nécessite un soutien émotionnel à ce moment là ce sera plutôt du soin relationnel. Mais on ne va pas travailler à ce moment-là, la relation avec lui, de la même manière que quelqu'un qui est agité, c'est tout un travail d'ajustement en fonction de l'état clinique du patient. C'est très individualisé comme relation et c'est ça qui en fait la particularité d'être un soin. On ne va pas rassurer quelqu'un de la même manière que l'on va désamorcer une agitation donc, la relation devient un soin à ce moment-là, en fait c'est un outil pour nous et elle répond à des besoins propres à sa pathologie. En psychiatrie, la relation est un support de soin, si on l'enlève et qu'on ne fait que distribuer des

médicaments, je ne sais pas ce que ça donnera, mais en tout cas ça ne ressemblerait pas à grand-chose. Donc, en résumé, les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soigné, mais il y a ce côté soins qu'il ne faut pas oublier.

Faustine : D'accord, donc ensuite je parle de la juste distance, pouvez-vous me dire ce que la notion de « juste distance » avec les patients vous évoque personnellement ?

François : Juste distance ? Euhh... Alors quand tu dis ça, moi, j'ai envie de dire, c'est la bonne distance entre rester professionnel, sans être non plus trop éloigné du patient à cause du professionnel. C'est à dire que tu dois essayer de trouver la bonne distance entre « je » ne m'implique pas trop : parce que je peux être débordé par les événements, mais en même temps, je ne m'enferme pas non plus dans un comportement qui serait trop froid, trop distant, trop professionnel qui ferait qu'il n'y ait pas le lien qui pourrait se créer. C'est peut-être là qu'en psychiatrie, c'est peut-être plus compliqué pour certains. Mais aussi, c'est là que se met en place la fameuse empathie, c'est à dire être capable de comprendre, d'entendre et tout ça, mais de garder quand même malgré toute la distance nécessaire à ce que cela ne te déborde pas personnellement.

Quand même, tu vois quand tu vas en soins généraux, enfin tu peux tomber sur des infirmières, peu importe le milieu, mais qui viennent du somatique, qui ne connaissent rien en psychiatrie au début c'est compliqué pour eux. Puis tu vois quand même, des fois la psychiatrie pour certains, c'est un autre monde pour eux hein, ce n'est pas possible. Parce que la psychiatrie, c'est quand même le domaine qui se rapproche le plus du personnel et que tu ne maîtrise pas, comme cela se passe dans le cerveau. Tu peux vite te projeter : « ah mais moi aussi j'ai ce problème-là, moi aussi je suis intolérant face à cette situation, ou je ne supporte pas telle frustration... ». Du coup, et bien des fois la distance, est compliquée. Et c'est pour ça que, ça fait peur parfois la psychiatrie. C'est ce qui se rapproche le plus de toi. La plupart des gens en ont la trouille, hein parce que, c'est ce qui se rapproche le plus de toi en fait, de ce que tu es.

Faustine : Et d'après vous, quel est l'intérêt de maintenir celle-ci, dans le soin ?

François : Bah l'intérêt, il est : et pour le patient dans le sens où le lien se crée quand on est dans la juste distance : comme il peut venir se confier à toi, il y a une confiance qui peut s'établir, qui fait qu'ont travaillé avec lui certain problème de sa pathologie. Et c'est aussi utile par rapport à toi, pour encore une fois, ne pas, ce qu'on appelle: ramener le travail à la maison, c'est à dire être capable à un moment même si dans ce métier c'est extrêmement difficile, et qu'on a tous des moments dans notre carrière où, tu rentres le soir et tu cogites sur ce que tu as fait, et pourquoi t'as fait ça, et pourquoi et pourquoi, tu te remets en cause, tu te dis: « j'aurais peut-être pas dû réagir comme ça » et tout ça, mais on peut pas être parfait. Mais c'est donc à un moment être capable, la juste distance, de passer la main, en disant que là ce patient « je me sens trop impliqué, c'est trop difficile » et donc passer la main à un collègue, en réalisant que là c'est trop compliqué pour moi. Ça peut être aussi ça la juste distance.

Faustine : Et du coup, concernant la prise en charge des patients en psychiatrie notamment les patients schizophrènes, comment vous y prenez-vous pour établir la juste-distance ?

François : Hum alors après, tout le monde ne va pas être d'accord là-dessus, mais, il y a certains patients avec lesquels, moi je vais utiliser le tutoiement. Pour voilà, créer ce lien qui fait qu'ils n'ont pas peur de parler, qu'ils se sentent capables de parler, dans une relation avec moi. Avec d'autres, je vais utiliser le vouvoiement, davantage avec les nouveaux patients quand aucun lien n'est encore présent. Par exemple, là en ce moment avec une patiente reçu il y a peu de temps, pour l'instant, j'utilise le vouvoiement parce que, voilà je ne sais pas pourquoi, mais ce n'est pas forcément calculé de ma part. Mais voilà, c'est une sensation que j'ai par rapport aux patients. Avec d'autres, je vais forcément utiliser le vouvoiement, et certain ça sera plus du tutoiement, ce n'est pas figé, c'est surtout selon mon ressenti. Voilà certains patients comme ça, je ne sais pas pourquoi je les vouvoie. Mais voilà, en général, quand même c'est le tutoiement qui est utilisé en psychiatrie pour justement qu'il n'y est pas trop de distance entre les 2. Mais ! tout le monde n'est pas d'accord avec ça, il y en a qui vont dire qu'il faut se vouvoyer parce que ça permet de garder la bonne distance... donc s'il y a une si un moyen ça va être ça je pense.

(Réfléchit)

Il y a aussi la disponibilité ! mais pas non plus une disponibilité à 100 %, c'est à dire être capable à un moment de dire : non, écoute je t'ai répondu une fois 2 fois ça suffit maintenant faut passer à autre chose.

Pour revenir aussi à ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est d'être capable de voilà, de passer la main, quand tu sens que tu es débordé par la situation, par le patient : émotionnellement on va dire. Ça peut être aussi un moyen de justement garder la juste distance.

Mais aussi, il ne faut pas forcément toujours rechercher à remettre en cause le délire, pour ne pas créer la distance. Parce qu'avec certains patients, il y a des moments si tu remets trop en cause le délire, tu perds le patient quoi, parce qu'il s'enfonce dans son délire. Et tu deviens ou tu peux devenir le persécuteur, alors que tu n'étais pas le persécuteur au départ. Donc il faut voilà, c'est compliqué, mais ça c'est pareil c'est avec l'expérience, ne pas être trop intrusif, accueillir le délire ça peut aussi être une manière de garder la bonne distance. C'est à dire, même si évidemment, je n'y crois pas, je l'accepte, parce que comme ça le patient va se confier plus facilement, que s'il sent que toi, s'il vient te parler, tu lui dis non mais c'est des bêtises que tu me racontes, ouais, à ce moment-là tu perds, ou plutôt tu crées la distance. C'est compliqué, c'est compliqué, parce que c'est toujours le juste milieu. Les moments où tu dois l'accueillir et puis des moments, où tu dois remettre en cause parce que ça va trop loin quand même. Par exemple, tout à l'heure un patient qui est sorti de sa chambre, il m'a dit « par contre faut absolument que t'arrêtes de faire des clins d'œil, ce n'est pas possible, c'est trop intrusif ». Alors que moi, j'étais pas du tout dans ce truc-là, et bien à ce moment-là, j'ai remis en cause son délire. Je lui ai dit non non, c'est toi, c'est toi qui vois des clins d'œil, c'est ton délire, mais moi, je n'ai pas fait de clin d'œil voilà. Et puis faire un clin d'œil, ce n'est pas pour regarder ce qui se passe dans ton cerveau. Fin voilà en bref, j'ai remis en cause son délire en disant « il faut que tu acceptes que ce soit ta pathologie, là cette pathologie qui guide les choses, ce n'est pas la réalité » puis, il est passé à autre chose.

Après, je pense qu'il n'a pas vraiment de moyen, d'outils, c'est toi qui le sens, au feeling, avec l'expérience, avec certains, tu vas être plus proche que d'autre. Et puis, ça dépend de toi ce que tu as envie aussi, tu vois moi par exemple, je n'aime pas quand les patients me touchent, même une tape sur l'épaule, et bien je n'aime pas ça le contact physique. C'est toi, c'est comme toi tu le ressens, ça dépend beaucoup de toi. Je pense que chacun à ses propres mécanismes qui se construisent au fur et à mesure.

Faustine : Selon vous, quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ?

François : Alors c'est bateau, mais je dirais : l'empathie, la bienveillance, l'écoute, le non-jugement avec l'acceptation de la maladie et de ses symptômes ou de ses troubles. La patience et aussi quand même une bonne connaissance sur la clinique. Mais dans un premier temps surtout, la confiance ça me paraît essentiel ! Sans elle il n'y a pas d'alliance qui se crée. Parce que c'est un équilibre, le patient doit sentir qu'il peut compter sur nous s'il en ressent le besoin, qu'on est là pour le soutenir, qu'il peut venir nous trouver en cas de besoin. Et c'est d'autant plus difficile avec un patient qui est délirant, qui est persécuté par un ou plusieurs membres de l'équipe, la confiance devient un fil sensible, on marche sur des ronces. Et comme je disais, il y a aussi l'empathie, c'est-à-dire, notre capacité à se mettre à la place du patient en fait, être capable de comprendre ce qu'il ressent sur le moment, ses émotions tout ça. L'empathie sert aussi à renforcer le lien, si le patient ressent qu'il est compris et qu'en plus de ça il a confiance en nous, alors là c'est le grâ. Voilà, j'espère que cela te va comme réponse, je pense avoir fait le tour des points essentiels, mais surtout surtout la confiance ! Qui ne se gagne pas facilement mais qui permet un travail collaboratif auquel les soignants doivent constamment faire attention, très important. Mais je pense que c'est un travail qui demande qui demande énormément de temps, l'alliance ne se construit pas en quelque jour, c'est quelque chose de sensible et qui va demander un certain travail temporel. Et surtout un effectif soignant évidemment qui permet de passer du temps avec eux pour avoir le temps de créer du lien, ce qui fonctionne beaucoup aussi grâce à certaines activités thérapeutiques que l'on propose aussi, c'est un bon moyen d'échanger et de créer du lien avec eux sans forcément être assis autour d'une table en entretien, c'est les temps informels qui font la richesse de cette relation. Par exemple, un café dans la cour de l'unité, va permettre peut-être même, permettre d'en savoir plus, sur son état clinique, d'échanger sur son état du jour, observer son faciès, les propos qu'il tient etc. Pour derrière avoir la confiance, c'est ça l'objectif principal, que le patient se sente à l'aise, qu'il puisse communiquer avec nous, qu'il s'exprime librement, dans un espace qu'on peut qualifier de 'détendu', ce qui est nécessaire pour entamer ce travail avec lui par la suite, autour de sa pathologie, avec un plan adapté à lui, en fait.

Et ma dernière question qui traite toujours de l'alliance thérapeutique d'ailleurs qui reprend ce que vous étiez entrain de dire : quel est son intérêt ? Pourquoi est-elle si importante en psychiatrie ?

173 François : Je pense qu'en psychiatrie elle est essentielle pour la simple et bonne raison que ça
174 permet au patient de devenir l'acteur de sa prise en charge, parce qu'une maladie comme l'est
175 la schizophrénie, c'est-à-dire une maladie chronique, dont on ne guérit pas, dont il y a besoin
176 d'un suivi à long terme, et bien on peut quand même la stabiliser, en impliquant au maximum
177 le patient dans ce processus, on multiplie les chances ou les facteurs qui évite la rechute. En
178 fait, patient conscient de ses troubles, avec lequel il y a un vrai travail, qui peut être long
179 certes, mais un vrai travail peut prévenir voire même savoir quoi faire en cas de rechute. Je
180 ne sais pas si c'est clair ce que j'essaye de dire mais tient un exemple : si un patient vient à
181 décompenser une fois au domicile, s'il a suffisamment travaillé sur sa pathologie, qui sait
182 reconnaître quand ça ne va pas, quand les symptômes sont trop présents, quand l'angoisse
183 monte etc., ce sera beaucoup plus simple pour lui de venir demander de l'aide dans un CMP
184 par exemple, il aura déjà travaillé en amont sur celle-ci grâce à l'alliance thérapeutique avec
185 l'équipe qui l'a pris en charge. C'est tout un travail de fond.

186

187 **Faustine : Je vois c'est assez clair expliqué de cette manière. Et pensez-vous à autre**
188 **chose ?**

189

190 François : (Réfléchit)

191 Si ! Il y a un dernier point essentiel que je n'ai pas abordé qui pourrait être, que l'alliance
192 thérapeutique renforce l'estime de soi et l'autonomie du patient, ça va ensemble, de la
193 manière où celle-ci peut l'encourager à développer ou maintenir ses capacités, ou la
194 confiance qu'on lui donne lui permet de renforcer et de participer le plus possible à sa prise
195 en charge. Ce qui revient à ce que j'expliquais tout à l'heure, l'impliquer et à ce qu'il
196 participe davantage à sa prise en charge.

197

198 **Faustine : D'accord, et bien avez- vous quelque chose à rajouter ?**

199

200 François : Non je pense avoir dit l'essentiel, si tu as besoin je reste à ta disposition.

201

202 **Faustine : Très bien, merci d'avoir répondu à mes questions et pour votre temps.**

1 **Entretien N°2 : Haris**

2
3 **Faustine : Bien, tout d'abord je souhaite vous remercier de prendre le temps de vous**
4 **entretenir avec moi. Pour placer un peu le contexte, mon travail de recherches traite de**
5 **la relation de soin, particulièrement axé sur la notion de juste distance et d'alliance**
6 **thérapeutique en psychiatrie, et notamment avec les patients schizophrènes.**

7 **Afin d'avoir un peu plus d'informations vous concernant, je vais commencer par vous**
8 **demander quel est votre parcours professionnel et en quelle année avez-vous obtenu**
9 **votre diplôme d'État ?**

10
11 Haris : Alors mon parcours professionnel, alors j'ai arrêté le lycée après la seconde déjà, donc
12 j'ai un parcours un peu différent du parcours classique, parce que je n'ai pas le bac. Ensuite,
13 j'ai été diplômé aide-soignant en 2014. J'ai donc travaillé pendant 5 ans en tant qu'aide-
14 soignant dans plusieurs services somatiques, en EHPAD et en géronto-psy. Puis, j'ai rejoint
15 l'école d'infirmier de 2019 à 2022. Je suis diplômé depuis juillet 2022 en tant qu'infirmier,
16 donc ça fait moins d'un an que j'occupe mon premier poste.

17
18 **Faustine : Ah oui d'accord, donc tu es jeune diplômé mais en même temps tu as déjà**
19 **une certaine expérience professionnelle.**

20
21 Haris : Exactement ! Tout à fait. (Rire)

22
23 **Faustine : Alors, ma première question est : en psychiatrie, peut-on faire la distinction**
24 **entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non**
25 **pourquoi ?**

26
27 Haris : Alors, oui pour moi il y a une différence. Humm... Quand j'ai travaillé en tant
28 qu'aide-soignant, le contact que j'avais avec les patients, je dirais que je mettais quand même
29 une certaine distance. Parce que : ben... en-tout-cas quand j'étais en chirurgie ou aux
30 urgences, mais surtout en chirurgie car c'était une clinique privée donc les patients clairement
31 on sentait qu'il n'y avait pas de vraies relations avec eux. Même s'ils avaient besoin de nous
32 sur un instant T, une fois qu'ils allaient euh... ils allaient relativement bien en tout cas, j'avais
33 l'impression en tout cas d'être plus une gêne, voire de m'introduire vraiment dans leur espace
34 privé. Alors qu'ici en tout cas, en unité fermée, les relations que j'ai avec les patients, j'ai
35 l'impression d'être plus un soutien pour eux. Parce que, l'enfermement est compliqué parfois,
36 donc ils ont besoin des fois, de plus parler ou autre. Donc, j'ai l'impression d'être plus une
37 personne ressource ici en tout cas, que ce que j'ai pu avoir comme expérience dans d'autres
38 lieux : plus somatiques on va dire.

39 Donc pour moi oui en tout cas, c'est ma vision des choses. Après ça va beaucoup dépendre,
40 car c'est 'patients dépendant' ouais pareil. Mais en tout cas, j'ai plus de possibilités enfin, je
41 me sens plus à l'aise : d'essayer d'établir une relation de confiance et une relation soignant
42 soigné avec une personne en psychiatrie, où je sais que l'adhésion aux soins va être
43 importante, la relation de confiance va être importante, tu sais tout... tout ce système-là.
44 Alors que l'adhésion aux soins pour une à une personne en somatique, une fois que son soin

45 est fini, voilà, (après ça dépend bien sûr de la maladie qu'elle a ou autre) mais exemple,
46 quelqu'un qui a un bras cassé, qui a mal sur l'instant T, tu lui poses sa perf d'antidouleur, elle
47 va moins avoir besoin de toi derrière. Alors qu'en psychiatrie, il y a vraiment tout un travail
48 sur la maladie à faire, en tout cas qui est déjà beaucoup plus long, car c'est quelque chose de
49 chronique.

50 **Faustine : Ma prochaine question : pouvez-vous me dire ce que la notion de « juste »**
51 **distance avec les patients vous évoque personnellement ?**

52

53 Haris : Alors quelques secondes pour y réfléchir hein...Je pense que la juste distance pour
54 moi, c'est de ne pas rentrer dans la familiarité de trop avec les patients, tout en gardant, enfin,
55 tout en étant proche du patient sans être familier. Voilà, c'est pour moi là juste distance, parce
56 qu'il faut que le patient puisse nous faire confiance à nous les soignants. Donc, pour se
57 confier, s'il a quelque chose à te dire... mais sans pour autant dépasser le cadre de la relation
58 soignant soignée, ça va différer d'une relation amicale, familiale, c'est pas du tout ça, ça va
59 rester du professionnel mais ! Mais quand même proche ! Parce qu'il faut que le patient se
60 sente à l'aise de pouvoir nous parler de quelque chose. Voilà si exemple, il a des
61 hallucinations, mais qu'il n'ose pas nous le dire, ça va poser problème dans la prise en soin.

62

63 **Faustine : Ah, Et bien, c'était ma question suivante, en fait la prochaine question était :**
64 **et d'après vous, quel peut être l'intérêt de maintenir celle-ci ? Donc tu y as déjà**
65 **répondu, veut-tu rajouter quelque chose ?**

66

67 Haris : Non, du moins pour moi c'est ça l'intérêt, ce que je t'expliquais à l'instant.

68

69 **Faustine : D'accord peut être qu'on y reviendra alors, et du coup, concernant la prise**
70 **en charge des patients en psychiatrie notamment les patients schizophrènes, comment**
71 **vous y prenez-vous pour établir la juste-distance ?**

72

73 Haris : C'est à nouveau très patient dépendant, je pense que tu as dû le remarquer en
74 psychiatrie. Il y a des familiarités que tu peux te permettre avec certains patients, selon la
75 forme de schizophrénie, parce qu'il y a des schizophrénies différentes aussi. Tu ne vas pas
76 réagir pareil avec un patient qui a une schizophrénie paranoïde qu'avec quelqu'un d'autre, qui
77 a juste que des hallucinations. Ça ne va pas être du tout la même relation. Pour moi, oui, c'est
78 très patient dépendant et par contre un moyen. (Réfléchis)

79 Alors, moi j'ai tendance à les appeler par leur prénom déjà, c'est quelque chose que je fais
80 assez facilement. Par contre, je vais utiliser leur prénom, mais les vouvoyer quand même.
81 Ouais, c'est un entre 2, en fait, c'est un peu bizarre, mais c'est la manière pour moi en tout cas
82 maintenant à l'instant T que j'ai trouvé le plus... le plus correct, parce que si on les tutoie
83 (alors eux ils peuvent me tutoyer je n'ai pas de souci avec ça) mais par exemple, si je les
84 tutoie aussi ça va rapprocher encore un peu le lien et j'ai peur de dépasser cette limite tu sais
85 de soignant et d'amis entre guillemets. Parce qu'on n'est pas là pour être leur ami justement,
86 vraiment il faut qu'on garde cette posture-là. C'est pour ça qu'on a notre blouse, et que voilà,
87 moi d'ailleurs, je suis pour la blouse intégrale mais après c'est plus personnel, mais voilà.
88 Donc, c'est pour ça que je les vouvoie, mais je les appelle par leur prénom, c'est l'entre deux

que j'ai trouvé. Ouais donc le vouvoiement, ça met de la distance en fait, quand tu vouvoies quelqu'un déjà tu mets une barrière. Même si elle n'est pas... pas franche parce que tu les appelles par leur prénom, donc tu peux construire des phrases sans tutoyer ou vous vouvoyer, juste avec leur prénom... tu vois ou alors c'est que : comment allez-vous ? Avec le prénom à la fin, tu vois c'est juste à la fin, je fais ça. Exemple, comment allez-vous Alain ? Par exemple, ce n'est pas comment vas-tu ? Il y a une petite distance, elle est supprimée un peu en partie parce que t'as mis le prénom de la personne, donc c'est quand même personnel mais ça reste professionnel voilà. C'est rare que je les appelle par leur nom de famille, mais voilà c'est le prénom avec le vouvoiement.

Sinon, moi mon sas de décompression pour, pour rien ramener à la maison ou autre c'est mon trajet en voiture tout bêtement. Depuis, des années où je travaille en fait j'ai toujours eu le temps, un certain temps en voiture plus ou moins long et c'est mon sas de décompression. Donc, quand je pars de chez moi, je suis en mode pour le travail, je mets ma musique, je fais un temps de trajet, j'arrive sur place, je prends, je mets ma blouse, je ne suis jamais avec un pantalon, mon pantalon normal civil, tu vois j'ai toujours ma blouse complète et c'est le moment où voilà j'endosse mon rôle de soignant, je me protège. Voilà je ne laisse pas transparaître mes émotions plus que ça, je ne le fais pas voilà. Et à l'inverse, quand je repars et bah j'enlève ma blouse, je laisse mon 'fardeau' dans mon casier, entre guillemets 'fardeau' parce que tu vois, toutes les émotions qui peuvent être envoyées, tout cet affect, qui peuvent, qui peuvent être là et qui peuvent venir entacher ta vie privée et je n'ai pas envie ça soit le cas pour moi, donc je pose ma blouse, je laisse le travail, au travail et je rentre chez moi.

Faustine : Et ma dernière question : selon vous, quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ?

Haris : Je dirais déjà que pour moi, l'alliance thérapeutique c'est un accord entre le patient et le soignant où les deux sont acteurs de la prise en soins sur les modalités d'action. Le soignant doit être à l'écoute du patient, faire preuve d'empathie et essaye de comprendre le point de vue du patient. Le patient de son côté doit essayer de comprendre les différentes thérapies possibles, accepter de continuer les soins, accepter les négociations avec les soignants. Mais pour l'alliance thérapeutique en psychiatrie, c'est un peu différent je pense que les négociations peuvent commencer sur l'acceptation de la maladie. Les patients ont souvent une anosognosie et connaissent mal leur maladie. Donc la première étape est de leur faire accepter qu'ils sont malades et qu'ils vont avoir besoin d'un traitement. Les patients en psychiatrie une fois stabilisés pensent être guéris et arrêtent leurs traitements ce qui les conduit à une rechute, donc il faut faire de l'éducation thérapeutique pour parvenir à leurs faire comprendre qu'ils ont une maladie chronique et que le traitement doit être maintenu une longue période.

Alors, je pense que pour y arriver c'est l'authenticité du soignant qui joue. Si tu n'es pas authentique, si le patient tu lui fais transparaître des choses fausses, tôt ou tard ça va se sentir. Je pense qu'il faut être authentique. Donc, c'est pour ça que moi je n'ai pas d'appréhension à soigner les patients quoi qu'ils aient fait, en fait de base. Parce que, toujours pareil ce temps de trajet, j'arrive je suis en mode soignant, je les prends en soins. Le non-jugement parce que,

133 je ne suis pas là pour juger, parce que ce n'est pas moi le juge par rapport à leur affaire qui
134 sont en cours la plupart du temps ici, donc euh voilà. C'est difficile parfois, selon les cas, s'il
135 y a eu des patients qui ont été agressifs envers les soignants avec qui on est en bon terme,
136 voilà ça te renvoie beaucoup de choses mais justement c'est pour ça, que j'essaie de rester, de
137 garder cette distance là quand même et par contre, c'est d'être authentique avec eux. Puis,
138 surtout le non-jugement, c'est la base surtout dans les idées illogiques, délirantes
139 psychotiques, ou lors de gros passage à l'acte. Ne pas juger peut lui permettre d'avoir plus
140 facilement confiance et du coup construire une alliance thérapeutique solide.

141

142 **Faustine : Et donc quel est l'intérêt de créer cette alliance thérapeutique ? Que va-t-elle**
143 **apporter, enfin je veux dire : quel est l'intérêt pour le patient finalement ? Pourquoi en**
144 **psychiatrie est -elle si importante ?**

145

146 Haris : Pour moi, elle est importante parce que beaucoup de patients, en tout cas ici, ont un
147 déni de leurs troubles. Et une fois chez eux, en fait, une fois qu'ils sont repartis dans le
148 service d'origine, un service simplement moins contenant, ils ont tendance à arrêter les
149 traitements, reprendre des toxiques et retourner à la case départ. C'est-à-dire, ré-
150 hospitalisation, à nouveau en unité fermée pour certains, enfin voilà. Donc je pense que s'il y
151 a une bonne alliance thérapeutique, ça peut aider à éviter la rechute de certains patients. Avec
152 une meilleure adhésion aux soins, meilleure adhésion aux traitements, une meilleure
153 connaissance de leur maladie aussi. Parce que, un patient qui est dans le déni de ses troubles,
154 s'il ne te fait pas confiance quand tu vas lui parler de sa maladie, il ne va pas faire attention à
155 ce que tu lui dis, pour lui ça va être faux. Alors que, s'il a confiance en toi, peut-être, je dis
156 peut-être parce que voilà, ça ne fait pas longtemps que je suis là, peut-être que je n'ai pas
157 assez d'expérience aussi. Mais peut-être qu'il y a une petite chance, qu'ils se disent : ok s'il
158 me dit ça, c'est peut-être pour moi, et que ce n'est pas juste pour dire que je suis malade, que
159 ce n'est pas un complot... Tu vois il y a peut-être une petite chance qu'il arrive à sentir que
160 c'est pour lui, en tout cas.

161

162 **Faustine : Très bien. Si vous avez d'autres choses à rajouter n'hésitez pas.**

163

164 Haris : Euh non ben écoute... c'est tout pour moi.

165

166 **Faustine : D'accord, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de répondre à mes**
167 **questions. Et vous souhaite une bonne journée.**

168

169 Haris : Merci, de même.

1 **Entretien 3 : Mattéo**

2
3 **Faustine : Bien, tout d'abord je souhaite vous remercier de prendre le temps de vous**
4 **entretenir avec moi. Pour placer un peu le contexte mon travail de recherches traite de**
5 **la relation de soin, particulièrement axé sur la notion de juste distance et d'alliance**
6 **thérapeutique en psychiatrie, et notamment avec les patients schizophrènes.**

7
8 Mattéo : J'espère pouvoir répondre à tes questions et surtout pas trop m'éloigner du sujet.
9 Aller, je t'écoute.

10
11 **Faustine : Afin d'avoir un peu plus d'informations vous concernant, je vais commencer**
12 **par demander quel est votre parcours professionnel, en quelle année avez-vous obtenu**
13 **votre diplôme d'État, et depuis quand exercez vous dans ce service ?**

14
15 Mattéo : Alors mon parcours, mon parcours pour la faire très brièvement. J'ai fait un BEP
16 service à la personne, qui m'a orienté donc dans les soins à la base pour être infirmier en
17 gériatrie, et avant d'être infirmier, j'ai décidé d'être aide-soignant avant tout pour connaître le
18 rôle propre de l'infirmier et voilà. Donc, je suis diplômé aide-soignant depuis 2011, donc au
19 début pour travailler en EHPAD et ensuite pendant ma formation, j'ai découvert la
20 psychiatrie et je me suis orienté une année après en psychiatrie. Donc, cela fait depuis
21 septembre 2012 que je travaille en psychiatrie, d'abord en tant qu'aide-soignant et
22 maintenant en tant qu'infirmier depuis bientôt 2ans. J'ai commencé par travailler dans une
23 unité d'accueil crise depuis que j'ai mon diplôme infirmier et maintenant je suis dans cette
24 unité UMD depuis 3 semaines.

25
26 **Faustine : D'accord donc un parcours professionnel assez riche finalement, même si tu**
27 **n'as eu ton diplôme infirmier il y a seulement deux ans.**

28 **Alors la première question qui va venir introduire cet entretien est : en psychiatrie,**
29 **peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui**
30 **laquelle ? Si non pourquoi ?**

31
32 Mattéo : Donc ta question c'est ce qu'il y a une différence entre la relation soignante soignée
33 de manière générale et les soins relationnels en psychiatrie ? Euh une différence ? Alors euh
34 comme ça... D'instinct non, à la base non. Mais malheureusement, quand après on connaît
35 un petit peu plus la spécificité de la psychiatrie et tout ce qui doit engendrer dans la prise en
36 charge du patient, en fait, ouais. Donc dans la théorie on va dire : non car c'est le soin le
37 relationnel, l'accompagnement aux autres et puis tout ça, cela doit être fait peu importe la
38 spécialité. Mais en psychiatrie, il y a quand même la particularité de la psychopathologie,
39 donc qu'il faut avoir un minimum de base pour permettre la relation et l'accompagnement au
40 patient.

41
42 **Faustine : Ma prochaine question : pouvez-vous me dire ce que la notion de « juste »**
43 **distance avec les patients vous évoque personnellement ?**

Mattéo : Ben la juste distance elle est très personnelle, c'est-à-dire que d'un soignant à l'autre ça varie. Surtout en psychiatrie, on va dire générale, où justement le soin est basé avant tout sur le relationnel. Donc, la juste distance elle est, elle est très personnelle et c'est à chaque soignant de se connaître aussi avant tout. Justement pour pouvoir mettre ce qu'on appelle : cette juste distance, cette distance thérapeutique. Il faut avant tout se connaître soi. Se connaître soi et de savoir jusqu'à où on peut placer un certain curseur pour pas que cette relation soit trop délétères pour le patient. Parce que c'est avant tout le patient dont on parle. Nous c'est sûr dans notre métier c'est clair, mais c'est avant tout le patient qu'il faut remettre au centre de tout.

Donc le mot distance il évoque plein de choses... Mais d'un premier abord c'est : de toujours placer le patient loin de soi, on pourrait penser ça : c'est de mettre cette distance, comme si... comme si le patient voilà il a une maladie, donc on met de la distance au cas où. Ensuite, avec un peu plus d'expériences, peu plus de connaissances aussi dans la pathologie, on sait à peu près où il faut la placer, c'est à dire à peu près où placer ce curseur. Et quand on a ces connaissances là et ces connaissances aussi sur soi-même, l'avantage c'est que derrière on affine un peu plus cette distance, elle qui est vouée à être thérapeutique avant tout. Et l'importance là-dedans, c'est justement de toujours toujours se positionner pour le bien-être du patient. Savoir ce qui, ce qui est bénéfique pour lui, sans forcément non plus que ça nous impacte trop. Parce qu'il faut qu'on ait une vision générale, certes individualiser des prises en charge, mais si une prise en charge nous impacte de trop, comment après par la suite, on peut essayer d'accompagner les autres patients... cette distance-là elle est certes très personnelle aussi, en lien avec ces connaissances cliniques, donc en particulier en psychiatrie de la psychopathologie, et en plus de ça... Faut jamais avoir comme autre objectif que le bien-être du patient.

Faustine : D'accord donc après ça répond un peu à la question d'après qui était quel est l'intérêt de maintenir celle-ci ?

Mattéo : Oui c'est vrai que ça répond, mais voilà pour la faire plus courte : c'est maintenir cette distance, plus ou moins proche, tout dépend... c'est toujours l'intérêt du patient ! Savoir qu'est-ce que... (réfléchis un instant). Savoir qu'est-ce qu'on peut lui apporter, qu'est-ce que cette distance, cette relation, ces échanges... peuvent lui apporter. Que ce soit bénéfique ou négatif, ce que ça peut aussi lui apporter... c'est aussi de toujours faire ce petit jeu-là.

Faustine : Et du coup, concernant la prise en charge des patients en psychiatrie notamment les patients schizophrènes, comment vous y prenez-vous pour établir la juste-distance ?

Mattéo : Avant tout, avant tout... c'est la psychopathologie, hum, c'est un grand mot, mais de la connaissance clinique en soi, on va dire de la pathologie en général... Par la suite, c'est aussi la connaissance du patient. Alors à travers les dossiers ok c'est bien beau... mais avant tout c'est aussi ce que tu peux ressentir auprès du patient. Il y a la connaissance, ce que tu peux mettre en pratique... et après il y a aussi ce feeling, ce ressenti que tu peux avoir avec le patient. Qui peut être aussi...par rapport à ton expérience, aussi les services par lesquels tu es

89 passé... ça c'est clair voilà. Si tu as fait aussi beaucoup d'accueil crise fermée, tu vas pouvoir
 90 sentir (pour prendre un exemple) pouvoir sentir... à un moment... tu vas pouvoir ressentir la
 91 crise, l'agitation interne, qui va monter chez le patient. Mais par contre, il ne faut jamais
 92 oublier une chose c'est que... au plus tu penses connaître ton patient mais aussi en plus, tu
 93 penses savoir connaître la psychopathologie... c'est là où tu vas faire des erreurs ! C'est là où
 94 tu feras des erreurs qui seront délétères pour le patient. Il ne faut jamais oublier une chose
 95 c'est que : ok il y a la psychopathologie : il y a toutes ces théories... il y a toutes cette étude
 96 de la pathologie des patients... mais avant tout : ça va être des êtres humains ! Avec leur
 97 propre fonctionnement, leur propre personnalité, leur propre mécanisme. Et ça ne faut jamais
 98 oublier aussi. Donc de penser tout savoir, c'est... ouais ça c'est une bêtise. Et ça ne s'applique
 99 pas qu'en psychiatrie évidemment.
 100 Euh. Après, voilà ça va être un mélange de plusieurs choses. Là, par exemple, je viens de
 101 commencer dans un nouveau service. Donc j'ai ok les connaissances cliniques, l'expérience
 102 qui fait qu'aussi, puis après avant tout ça va être ce relationnel...
 103 C'est d'abord commencé avec une distance : qui est 'très' on va dire 'très' formelle. Tu
 104 présentes, ton nom, ta fonction, mais après le fait de rester ici, puis après au travers des
 105 activités thérapeutiques, c'est là où tu vas commencer à rentrer un peu plus en relation avec le
 106 patient, ça c'est certain. Puis après voilà. Il y a aussi le patient qui vient échanger avec toi,
 107 donc tu vois : entre guillemets : rentrez voilà dans cette sphère relationnelle là. D'abord, en
 108 laissant... (c'est ma manière de fonctionner), ça sera d'abord de laisser le patient (en temps
 109 normal hein) attention bien sûr : hors crise, hors d'angoisse, or aux sollicitations d'entretien
 110 réassurance ou autre... mais en temps normal ça va être de vraiment laisser le patient venir
 111 petit à petit. Puis à moi d'essayer... voilà de lancer de façon très métaphorique... de lancer
 112 des petits hameçons à droite à gauche selon. Parce qu'ok avant de connaître les dossiers des
 113 patients par cœur par cœur, j'attends aussi d'abord de connaître un petit peu le patient, d'être
 114 rentré en relation avec lui, au moins un minimum. Juste le minimum. Pour ensuite, vraiment
 115 aller plus loin et en savoir plus. Et surtout dans une unité comme celle-ci, de savoir ce qu'il
 116 l'a amené à être hospitalisé, pourquoi, sa pathologie, je ne veux pas voir la personne comme
 117 une pathologie à part entière, ni comme un ensemble de symptômes. C'est la personne ce
 118 qu'elle est, au-delà de la maladie, bien sûr en l'incluant mais voilà, aller au-delà ouais. Mais
 119 c'est plusieurs outils, l'observation, le relationnel, l'écoute, l'échange, enfaîte, c'est un
 120 échange. C'est un échange entre deux personnes, parce que c'est... ok certes je suis là, je suis
 121 soignant, je suis là pour les soigner tout ce que tu veux mais avant tout c'est un être humain,
 122 et je suis un être humain aussi, donc c'est un échange entre deux êtres humains. Et tout vas
 123 dépendre aussi, ça va dépendre : de l'état du patient du jour évidemment, si je sens que le
 124 patient est fermé, je ne vais pas aller le sursolliciter... hum... voilà par contre lui montrer
 125 avec une phrase un peu type, on vas dire un peu clé, lui montrer qu'on est là, qu'on est là
 126 pour l'écouter, peut pour que... fin, pas peut-être, c'est sure même, pour que le patient puisse
 127 entendre ça, et puisse après travailler leur relation de confiance, ça aussi c'est compliqué, ça
 128 aussi c'est une autre thématique mais la confiance, c'est compliqué.
 129 Hum. Alors mais aussi autre chose à laquelle je pense... Je vais mettre cette distance avec le :
 130 vous, dans un premier temps évidemment pour justement éviter aussi d'être trop intrusif avec
 131 le patient. Parce que... parce que ça peut être aussi interprété comme ça de la part des
 132 patients. Donc le : vous va toujours être le premier abord. Hum la première, la première

relation c'est toujours le vouvoiement, et même par la suite, j'attends quelques... quelques temps... Selon le patient aussi, selon son état du jour, ça c'est clair selon son état du jour. Par exemple, tout à l'heure un patient qui n'allait vraiment pas bien, de façon un peu... certes dissociées, mais on sentait quelques signes cliniques de fléchissements thymiques. Et là justement, le : tu, vas briser un peu cette barrière. Du mois, ce que je pense, c'est que cela va permettre aux patients aussi, de pouvoir échanger un peu plus sur son état, se confier voilà. Parce qu'il ne me connaît pas bien non plus... il me voit, je fais partie entre guillemets aussi de son paysage, mais est ce que je suis identifié comme personne ressources ? Je ne sais pas. Il est venu, ben j'étais disponible pour l'écouter et échanger avec lui sur son état. Donc le : tu, c'est voilà instinctivement, c'est plus au feeling. Ouais, il y a une sorte de feeling... Après il y a aussi une chose... ça dépend aussi de certains patients. Par exemple, les patients avec un fonctionnement plutôt psychopathique... je vais essayer de toujours garder le vouvoiement. Quand il y a voilà, c'est peut-être d'ailleurs une possibilité : où le patient va... va essayer de recréer une relation avec toi... Bon de façon un peu... un peu perverse parfois, mais pour essayer de voir, ou pour obtenir quelque chose, donc essayer d'être dans cette forme de manipulation, voire dans le clivage. Là le : vous, est de mise. Mais... je ne suis pas infaillible hein. Le : tu, peux glisser, je suis voilà, je suis loin d'être infaillible, loin d'être parfait, j'en ai bien conscience donc voilà. Après c'est ma manière de fonctionner en général, mais est ce que je fonctionne tous les jours comme ça ? Bah non... moi aussi, j'ai mes mauvaises journées comme les patients... (rire)

Faustine : Et ma dernière question : selon vous, quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ?

Mattéo : Ben les bonnes conditions après... elles vont être au niveau institutionnel déjà, surtout en ce moment où c'est délicat... C'est-à-dire être relativement assez un nombre en tant que soignant, pour permettre justement une... une présence aussi soignante avec les patients. Qui pourra créer à un moment ou un à un autre : une certaine forme de proxémie. Qui va ensuite, pouvoir glisser vers justement, du relationnel, enfin voilà tous... tous ces aspects-là qu'on a traités juste avant. Il y a plusieurs choses mais principalement ça va être notre présence auprès du patient principalement ouais ! Le temps. Le temps passé avec eux par le biais d'activités thérapeutiques aussi, qui peut être un outil d'ailleurs... je ne sais pas si j'en ai parlé, il ne me semble pas, mais ça peut être un très très bon outil un bon levier relationnel ça évidemment. Mais la présence avec le patient, même s'il n'y a pas forcément un échange verbal etc., mais peut être présent et qu'il sache que ben voilà, on est là pour eux. Tout à l'heure, je parlais de relation de confiance... du coup ça doit rentrer aussi hein, mais la relation de confiance est délicate chez des patients, qui en plus de ça qui sont hospitalisés sous contraintes. Donc c'est à dire : qu'il faut créer depuis le début cette relation de confiance là, cette adhésion aux soignants. Mais aussi l'adhésion aux soins et ça ne peut que passer par un bon relationnel. Et en soit, il ne faut pas non plus oublier que le gros gros avantage du travail en équipe, c'est qu'il y a des patients, pour lesquels ils vont plus se sentir en confiance avec certains soignants. Et d'autres que ce soit de nature délirante ou non, peu importe, mais le but n'est pas de faire rentrer de l'égo là-dedans. C'est voilà, c'est d'être objectif, c'est de

savoir aussi ben parfois, le patient : je suis mauvais objet pour lui, la relation est compliquée et potentiellement conflictuelle... ce sera à mes collègues. Je vais déléguer volontiers, parce qu'on ne va peut-être pas avoir la même, la même relation avec le patient et le même lien. Donc le but, voilà c'est aussi ça, mais toujours dans le cadre du soin finalement. Et à aucun moment, il faut essayer de forcer les relations. Au contraire ! Surtout en psychiatrie et surtout chez un patient schizophrène, délirant avec des symptômes psychotiques, avec la dissociation et même parfois ce repli autistique aussi. Vraiment ! Et en même temps, chez cette typologie de patients : d'être le trop 'bon objet' comme on le dit souvent : ça peut amener des difficultés par la suite. Parce que de très bon objet, tu peux passer aussi à mauvais, avec l'élément persécuteur... voilà avec ces chocs émotionnels qu'ils peuvent avoir entre autres. Mais tu peux voilà, basculer et vite, ça, il faut en avoir conscience.

Faustine : Et donc pour vous quel est l'intérêt de créer cette alliance thérapeutique ? Que va-t-elle apporter ? Enfin je veux dire : quel est l'intérêt pour le patient finalement ? Et pourquoi en psychiatrie est-elle si importante ?

Ah bah une bonne alliance thérapeutique, elle va permettre, par la suite de développer, enfin d'accompagner le patient et d'essayer de développer avec lui beaucoup plus de choses donc euh... la relation va permettre, enfin... une bonne relation, va permettre une bonne alliance thérapeutique de la part du patient, en lien avec le traitement : l'importance qu'ils prennent son traitement, pour le patient schizophrène en particulier, d'essayer aussi d'accompagner le patient pour avoir un accès à insight, c'est-à-dire : une certaine autocritique, de ces troubles, sa personnalité, de ses passages à l'acte, d'essayer de chercher avec lui aussi le pourquoi ? Et pour ça, il faut qu'il soit en état évidemment. Ce n'est pas un patient qui complètement dissocié, délirant où tu vas pouvoir aller là. Donc tout est là l'intérêt finalement, d'une alliance thérapeutique en psychiatrie.

Faustine : Très bien, est ce que vous auriez quelque chose à rajouter ?

Mattéo : Non, je pense avoir fait le tour, si tu n'as pas d'autre questions.

Faustine : C'est tout pour moi. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions.

Mattéo : Et bien avec plaisir, et bon courage pour toi surtout.

Faustine : Merci !

Entretien 4 : Nathalie

Faustine : Bien, tout d'abord je souhaite vous remercier de prendre le temps de vous entretenir avec moi. Pour placer un peu le contexte, mon travail de recherches traite de la relation de soin, particulièrement axé sur la notion de juste distance et d'alliance thérapeutique en psychiatrie, et notamment avec les patients schizophrènes.

Nathalie : D'accord c'est un sujet intéressant, j'espère pouvoir répondre à tes questions.

Faustine : Afin d'avoir un peu plus d'informations vous concernant, je vais commencer par vous demander quel est votre parcours professionnel, en quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'État, et depuis quand exercer vous dans ce service ?

Nathalie : Alors, j'ai eu mon bac ensuite, j'ai passé le concours d'infirmière, diplômé de 2003. J'ai travaillé un an et demi en resocialisation, 8 ans et demi et accueil et crise, et là cela fait 10 ans que je suis aux UMD.

Faustine : Et bien ! Donc un parcours cent pour cent psychiatrie, avec pas mal d'expérience j'imagine de ce que je comprends.

Ma première question est : en psychiatrie, peut-on faire la distinction entre la relation soignant-soigné et le soin relationnel ? Si oui laquelle ? Si non pourquoi ?

Nathalie : Ah oui, il y a une différence ! Parce que, quand on parle de relation soignant-soigné c'est la relation centrale, la relation qu'on entretient avec les patients au quotidien au niveau du soin, dans un contexte médical tout simplement. Ce n'est pas la même relation qu'on pourrait avoir avec une personne lambda en dehors, ce n'est pas quelque chose de familier, de léger. Déjà, la relation soignant-soigné c'est dans un milieu professionnel, avec des patients, des soignants, règlementé, on ne fait pas tout et n'importe quoi. Ça doit aussi être dans le respect, il y a certaines choses qu'on ne fait pas, parce qu'on se trouve dans le milieu du soin, voilà. En fait, on peut dire que c'est la relation en générale que l'on entretient avec eux au quotidien, lors des levées, des repas, des soins, des activités etc. Alors qu'un soin relationnel c'est quelque chose de plutôt réfléchi, quelque chose de travaillé, avec des objectifs spécifiques. Par exemple, un patient qui vient te solliciter pour te dire qu'il ne se sent pas bien, angoissé tout ça, et bien ton objectif ça va être la réassurance, par l'échange, lui permettre d'évacuer, de se livrer émotionnellement à toi, toi tu es à l'écoute en fait, l'importance elle est dans l'aspect du soin. En fait, tu peux très bien pratiquer les soins relationnels de manière formelle, avec un cadre, c'est-à-dire, autour d'une table dans un bureau, si le patient accepte de venir parler avec toi. Mais tu peux très bien aller échanger avec lui dans sa chambre, dans la salle télé, dans la cour, et ça s'approprie plus à de l'informel, mais tu réalises toujours un échange de telle sorte que l'objectif est élaboré à un contexte. Mais les soins relationnels ça peut très bien être aussi de l'observation, sans qu'il n'y ait forcément ou trop d'échanges, tu arrives à visualiser cliniquement le patient, à analyser. Et comme ça tu peux derrière construire l'objectif, ça aussi c'est le soin relationnel.

44 Mais je pense que malgré que ça soit deux choses différentes, l'un s'imbrique avec l'autre. Il
45 ne peut pas y avoir de soins relationnels sans un minimum de relation soignant-soigné.

46

47 **Faustine : Ensuite pouvez-vous me dire ce que la notion de juste distance avec les**
48 **patients vous évoque personnellement ?**

49

50 Nathalie : Alors la juste distance, c'est quelque chose qui ne doit pas nous envahir, c'est-à-dire
51 que la relation avec l'autre ne doit pas nous envahir, doit rester respectueuse, ne doit pas
52 échapper à certaines limites. Il faut que ça reste dans un cadre professionnel pour moi. Pour
53 moi, il y a, il y a des limites à ne pas dépasser. Voilà on est dans un cadre, on ne peut pas
54 laisser tout et n'importe quoi dans cette relation en fait, entre soignants soignés voilà.
55 Certaines fois le vouvoiement est nécessaire voilà, pour marquer justement la distance entre
56 le patient pour qu'il marque bien. En fait, je ne sais pas comment l'expliquer mais pour qu'il
57 marque bien cette différence entre lui et moi d'accord. Voilà on n'est pas des collègues, il y a
58 certains c'est nécessaire. D'autres on peut les tutoyer il y a quand même la juste distance ou
59 ça n'empêchera rien en fait, il y aura toujours ce respect, il n'y aura pas la déconnade, il n'y
60 aura pas cette notion de copain copine, enfin tu vois... Alors que certains patients voilà n'ont
61 pas de limites. Donc pour moi la juste distance c'est ça : une relation qui doit rester dans le
62 cadre du soin.

63

64 **Faustine : Et du coup quel est l'intérêt de maintenir celle-ci ?**

65

66 Nathalie : Ah euh... (réfléchit)

67 Cela pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge hein. On pourrait être envahi, je
68 pense, au niveau des émotions, au niveau du comportement, voilà du patient ou du mien.
69 Enfin, voilà, je crois qu'à un moment donné : il faut avoir une certaine ligne de conduite dans
70 la tête en fait. Et surtout pour moi ça va dans les deux sens. La juste distance ça va dans les
71 deux sens ! C'est aussi bien toi : qui va la mettre pour le patient et ensuite, le patient l'aura
72 envers toi enfin, ça me paraît évident.

73 Pour te prendre un exemple, un patient Mr X, si je ne garde pas ma distance avec lui, il va
74 commencer à me demander si j'ai des enfants ? Si je suis mariée ? Plein de questions sur ma
75 vie personnelle. Mais ça, ça ne le regarde pas ! Donc moi il ne faut pas que je rentre là-
76 dedans, tu vois ? Pour ne pas ouvrir certaines failles, pour pas qu'ils me connaissent, pour pas
77 que quand il délire par exemple, parce que ça, ça arrive hein ! Moi j'ai déjà vu en service
78 d'accueil et crise, tu vois ? ça peut venir alimenter son délire voilà. Et après ça peut te
79 menacer aussi : 'attends à ma sortie de toute façon ta fille, ton fils ou si ou ça...' Tu vois ?
80 Donc ça, non ! Ça doit rester vraiment secret.

81 Tu n'as pas rentré là-dedans et c'est en ça que tu dois garder aussi ta distance, tu vois ? Voilà
82 ne pas étaler ta vie privée... non jamais jamais ! C'est pour ça que quand on me demande
83 'alors t'as des enfants ?' Je sais plus qui c'est qui m'a posé ça comme question la dernière
84 fois... Bah moi en rigolant, tu vois, parce que j'avais répondu avec de l'humour en disant
85 'non mais t'es bien curieux ? mais ça ne se demande pas'. Tu vois ? Voilà voilà donc tu
86 détournes un petit peu le sujet pour ne pas rentrer, ta vie privée ne les regarde pas et il ne faut
87 surtout pas rentrer là-dedans. Donc ça, c'est une distance à garder par exemple tu vois ? Moi,

88 je n'en parle pas. Par rapport à mon expérience en accueil et crise : je n'en parle pas. Je ne
89 donne pas d'éléments sur ma vie, on me demande : 'où tu habites ?' et ben moi, je ne dis rien
90 et s'ils me disent 'Avignon ?' Je dis 'ouais Avignon' voilà point barre.
91 Un autre exemple, d'un patient que j'avais en accueil crise. C'était un, soi-disant 'artiste
92 peintre' : il se prenait pour Picasso enfin, tu vois le truc... Et donc il faisait des tableaux, il
93 dessinait voilà et il vendait ces tableaux. Je n'ai jamais voulu accepter d'acheter un tableau,
94 ou de voilà... Et donc, et donc un jour : il me l'a offert ! Et j'ai accepté, je n'aurais jamais dû...
95 Parce que le jour où il a déliré, il m'a dit : 'oui tu m'as volé le tableau, tu ne m'as jamais payé,
96 et si et ça...' Et c'est là, donc là, j'ai compris qu'il fallait que je garde ma distance
97 professionnelle. Et que je n'accepte rien de lui.

98
99 Sinon aussi, un autre patient ici, il m'a fait un cadeau une fois en début d'année : un chat qu'il
100 avait dessiné à l'ergothérapie. Il me l'a offert, un mois après, j'étais l'élément persécuteur :
101 'Ah oui, je t'ai offert le chat, regarde comment tu es avec moi...' Enfin bon, ça a été tout un
102 truc et je comptais lui rendre et l'occasion ne s'est jamais représentée. Mais ce chat, je l'ai
103 dans mon petit casier là, si un jour, il me reparle de ça je lui rends, je suis prête à lui rendre.
104 Voilà, donc en fait voilà, il y a ça aussi. C'est ça, aussi : la juste distance, en fait c'est, c'est
105 vague c'est, c'est vaste. Je pourrais te donner d'autres exemples. Mais ça fait partie de ça
106 aussi : la juste distance. Et là, c'est propre à la pathologie de la schizophrénie
107 particulièrement, parce que tu peux vite devenir l'élément persécuteur. T'es le bon objet, tu
108 peux passer bon objet au mauvais objet, d'un jour à l'autre. Enfin, tu vois, donc voilà, c'est
109 pour ça qu'on dit qu'il faut garder sa juste distance.

110 Pareil, quand tu joues aux cartes, tu ne joues pas aux cartes pour jouer aux cartes, ni pour
111 gagner, ni pour copiner. Tu as ton rôle professionnel, tu ne joues pas pour jouer. On n'est pas
112 des potes, moi, je suis là, je joue au rami oui certes, mais pour évaluer certains
113 comportements, certains signes cliniques, enfin voilà tu vois, je reste professionnel. Enfin
114 voilà voilà, j'ai des exemples comme ça.

115

116 **Faustine : D'accord, les exemples que vous me donnez me permettent vraiment**
117 **d'imager certaines situations, c'est très riche et ça illustre bien cette notion.**

118 **Et du coup, concernant la prise en charge des patients en psychiatrie notamment les**
119 **patients schizophrènes, comment vous y prenez-vous pour établir la juste-distance ?**

120

121 Nathalie : En tant que professionnel déjà la blouse ! La tenue vestimentaire, la blouse, parce
122 que visuellement parlant, c'est la seule qui distingue les patients des soignants. Elle pose
123 directement une certaine barrière, elle pose le cadre institutionnel, en fait. Et physiquement
124 elle crée cette distance à l'autre.

125 Le vouvoiement et le tutoiement le vouvoiement comme on en a parlé tout à l'heure. Alors ce
126 n'est pas parce qu'on tutoie un patient qu'on ne le respecte pas. Tu peux le respecter en
127 tutoyant mais faut arriver à voilà faut pas que ça devienne familier. Ce n'est pas une relation
128 amicale, voilà pas du tout familière.

129 Mais après, c'est quand même assez propre à chacun, en fonction de ce que le patient nous
130 renvoie, de notre, de notre stabilité dans le travail et de notre expérience aussi. Voilà, je
131 n'aurais pas la même attitude qu'un jeune diplômé c'est évident.

Il y aussi une notion importante en psychiatrie, chez un schizophrène quand tu ne mets pas de distance ça peut être vite mal interprété. Un exemple, quand on te fait un compliment : tu ne dis pas merci. En fait, dans la relation à l'extérieur oui tu dirais merci. Mais là, en tant que professionnel, tu ne dis pas merci, en fait, tu reprends. En remettant bien en position de patient, le patient. C'est-à-dire, que tu ne dois pas laisser passer ça. On n'est pas là pour recevoir des compliments. Et puis si, si en plus, tu laisses passer, il peut après ensuite en faire un délire érotomane d'accord ? En pensant qu'en fait, tu es attiré par lui... Donc il faut tout de suite remettre dans le cadre. Voilà reprendre, ne jamais laisser passer ! Sinon c'est la porte ouverte à tout. Tu peux dire : 'ce n'est pas très adapté' ou 'ce n'est pas un comportement adapté', tu comprends ?

Faustine : Et ma dernière question, elle va aborder le concept de l'alliance thérapeutique : selon vous, quelles sont les conditions à l'instauration de l'alliance thérapeutique en psychiatrie et notamment avec un patient schizophrène ?

Nathalie : Alors déjà l'alliance thérapeutique pour moi c'est quelque chose de très personnel autant que la juste distance je dirais, elle est propre à chaque soignant en fonction du lien et de la relation que tu as avec lui. Ensuite, je dirais que c'est une question de collaboration entre lui et nous, pour atteindre un objectif commun tel que l'adhésion aux traitements, la compréhension de sa maladie ou encore sa participation aux activités thérapeutiques. Et je pense que la qualité de notre relation fait le plus gros de l'alliance, c'est un facteur essentiel ! Mais déjà au niveau de l'accueil, ça part de là. Pour moi, ça part de là : un bon accueil, fait la moitié de la bonne alliance thérapeutique. Ça va permettre d'instaurer un climat de confiance selon moi. Voilà un bon accueil, un climat de confiance, le respect ce sont les notions essentielles. Il faut aussi savoir se montrer empathique et se montrer attentif aux besoins du patient en fait, tout simplement.

Après je ne sais pas comment expliquer, ça me paraît tellement évident...

Faustine : Je comprends, est ce que vous voulez que je complète avec ma question suivante pour, qu'on reprenne le sujet ?

Nathalie : Oui, je veux bien ça va peut, peut-être m'aider à compléter.

Faustine : Donc je parle toujours de l'alliance thérapeutique, quel est son intérêt ? Pourquoi est-elle si importante ?

Nathalie : Le climat de confiance c'est un élément essentiel pour construire une alliance thérapeutique solide, parce que en fait, l'ensemble va aider, je pense : à ce que le patient se mette au travail ! C'est à dire : être acteur de sa prise en charge, s'engager activement ! Voilà, on peut même dire à ce qu'il soit adhésif aux soins. Tu vois, ça va favoriser la compliance aux traitements par exemple. Voilà, un exemple, après c'est quelque chose de vaste, que l'on pratique nous au quotidien, tous les jours, nous les soignants en psychiatrie.

Faustine : Est-ce que vous avez quelques choses à rajouter ?

176 Nathalie : Non je crois que j'ai tout dit, pas plus pour moi, en tout cas j'espère avoir été
177 claire et pas trop longue.
178
179 **Faustine : D'accord, merci d'avoir répondu favorablement à ma demande d'entretien,**
180 **je vous souhaite une excellente journée.**
181
182 Nathalie : Merci à toi aussi ! Bon courage pour la fin de ton mémoire.

Annexe 5 : Grilles d'analyses des entretiens

Grilles d'analyses des entretiens				
Thème : Connaissance des infirmiers rencontrés				
	Entretien 1 François	Entretien 2 Haris	Entretien 3 Mattéo	Entretien 4 Nathalie
Année de diplôme	1999 (IDE)	2014 (AS) 2022 (IDE)	2011 (AS) 2021 (IDE)	2003 (IDE)
Parcours professionnel	• Parcours avec plusieurs services somatiques et psychiatriques: soins palliatifs, chirurgie, libéral, humanitaire, addictologie, • Depuis Mai 2020 en UMD	• 5 ans AS plusieurs services somatiques : chirurgie, urgences, EHPAD, géronto-psy • 1 an en Accueil et crise fermée	• 1 an EHPAD et 6 ans en psychiatrie (AS) • 2 ans en psychiatrie accueil et crise (IDE) • 3 semaines en UMD	• 1 an et demi en resocialisation • 8 ans et demi en accueil et crise • 10 ans en UMD

Grilles d'analyses des entretiens				
Thème 1 : Les soins relationnels en psychiatrie				
Sous thèmes :	Entretien 1 François	Entretien 2 Haris	Entretien 3 Mattéo	Entretien 4 Nathalie
Définition de la relation de soin	« parler de relation soignant soigné ça fait référence aux interactions que les soignants ont avec chaque patient recevant des soins. » L-26 à 28. « elle reprend chaque concept comme l'empathie, la bienveillance, le respect, la communication et l'écoute » L-28 à 29.	« établir une relation de confiance et une relation soignant soigné avec une personne en psychiatrie, où je sais que l'adhésion aux soins va être importante, la relation de confiance va être importante » L-39 à 41.		« relation soignant-soigné c'est la relation centrale, la relation qu'on entretien avec les patients au quotidien » L-24 à 25. « au niveau du soin, dans un contexte médical » L-26. « ce n'est pas quelque chose de familial, de léger » L-27. « c'est dans un milieu professionnel » L-28. « réglementé, on ne fait pas tout et n'importe quoi » L-28 à 29. « Ça doit aussi être dans le respect, il y a certaine chose qu'on ne fait pas, parce qu'on se trouve dans le milieu du soin » L-29 à 30. « c'est la relation en générale que l'on entretien avec eux au quotidien, lors des levées, des repas, des soins, des activités etc. » L-30 à 31.

Définition des soins relationnels	« je pense que les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soignée » L-23 à 24. « c'est beaucoup plus poussé. » L-25. « les soins relationnels je pense ça désignent plus les interventions thérapeutiques que nous allons mené avec des objectifs spécifiques comme les entretiens infirmiers quels qu'ils soient, formels ou non »L-29 à 31. « axé sur le développement, la qualité et le travail des objectifs pour le patient » L-32 à 33. « ça nécessite donc d'adapter ton discours selon les besoins du patient à ce moment là. » L-33. « C'est très individualisé comme relation et c'est ça qui en fait la particularité d'être un soin. »L-37 à 38. « On ne va pas rassurer quelqu'un de la même manière que l'on va désamorcer une agitation donc, la relation devient un soin »L-38 à 39. « c'est un outil pour nous et elle répond à des besoins propres à sa pathologie (...) la relation est un support de soin »L-39 à 40.	« j'ai l'impression d'être plus un soutien pour eux » L-33. « Parce que, l'enfermement est compliqué parfois, donc ils ont besoin des fois, de plus parler ou autre. » L- 33 à 34. « j'ai l'impression d'être plus une personne ressource » L-35.		« Alors qu'un soit relationnel c'est quelque chose de plutôt réfléchi, quelque chose de travaillé, avec des objectifs spécifiques. » L-31 à 33. « les soins relationnels de manière formel, avec un cadre, c'est-à-dire, autour d'une table dans un bureau, si le patient accepte de venir parler avec toi. » L-36 à 37. « Mais tu peux très bien aller échanger avec lui dans sa chambre, dans la salle télé, dans la cour, et ça s'approprie plus a de l'informel, mais tu réalises toujours un échange de telle sorte que l'objectif est élaboré à un contexte. » L-38 à 40. « ça peut très bien être aussi de l'observation, sans qu'il n'y est forcément ou trop d'échanges » L-40. « tu arrives à visualiser cliniquement le patient, à analyser. Et comme ça tu peux derrière construire l'objectif » L-41 à 42.
--	--	--	--	--

Distinctions	« Donc oui certes, il y a une distinction à faire » L-26. « les soins relationnels font partie intégrante de la relation soignant-soigné, mais il y a ce côté soins qu'il ne faut pas oublier. » L-42 à 43.	« Alors, oui pour moi il y a une différence. » L-26. « Parce que (...) quand j'étais chirurgie ou aux urgences, mais surtout en chirurgie car c'était une clinique privée donc les patients clairement on sentait qu'il n'y avait pas de vraies relations avec eux. » L- 28 à 30. « j'avais l'impression en tout cas d'être plus une gêne, voire de m'introduire vraiment dans leur espace privé. » L-31 à 32. « Alors qu'ici en tout cas, en unité fermée, les relations que j'ai avec les patients, j'ai l'impression d'être plus un soutien pour eux. » L-32 à 33.	« à la base non. Mais malheureusement, quand après on connaît un petit peu plus la spécificité de la psychiatrie et tout ce qui doit engendrer dans la prise en charge du patient, en fait, ouais. » L-33 à 34. « Donc dans la théorie on va dire : non car c'est le soin le relationnel, l'accompagnement aux autres et puis tout ça, cela doit être fait peu importe la spécialité. Mais en psychiatrie, il y a quand même la particularité de la psychopathologie » L- 35 à 37. « la particularité de la psychopathologie, donc qu'il faut avoir un minimum de base pour permettre la relation et l'accompagnement au patient. » L-37 à 38.	« oui, il y a une différence » L-24. « Mais je pense que malgré que ça soit deux choses différentes, l'un s'imbrique avec l'autre. Il ne peut pas y avoir de soins relationnels sans un minimum de relation soignant-soigné. » L-42 à 44.
--------------	---	---	---	---

Exemples cliniques		« exemple, quelqu'un qui a un bras cassé, qui a mal sur l'instant T, tu lui poses sa perf d'antidouleur, elle va moins avoir besoin de toi derrière. Alors qu'en psychiatrie, il y a vraiment tout un travail sur la maladie à faire, en tout cas qui est déjà beaucoup plus long, car c'est quelque chose de chronique. » L-43 à 46.		
--------------------	--	--	--	--

Grilles d'analyses des entretiens				
Thème 2 : La juste distance				
Sous thèmes :	Entretien 1 François	Entretien 2 Haris	Entretien 3 Mattéo	Entretien 4 Nathalie
Représentation de la juste distance	« c'est la bonne distance entre rester professionnel, sans être non plus trop éloigné du patient à cause du professionnel. » L-47 à 48. « essayer de trouver la bonne distance entre « je » ne m'implique pas trop : parce que je peux être débordé par les événements » L-51. « mais en même temps, je ne m'enferme pas non plus dans un comportement qui serait trop froid, trop distant, trop professionnel qui ferait qu'il n'y ait pas le lien qui pourrait se créer. » L-52. « c'est peut-être plus compliqué pour certains. » L-53.	« la juste distance pour moi, c'est de ne pas rentrer dans la familiarité de trop avec les patients » « tout en étant proche du patient (...) parce qu'il faut que le patient puisse nous faire confiance à nous les soignants. » L-52 à 53. « ça va différer d'une relation amicale, familiale » L-54 à 55. « ça va rester du professionnel » L-55. « Mais quand même proche ! Parce qu'il faut que le patient se sente à l'aise de pouvoir nous parler » L-56. « Parce qu'on n'est pas là pour être leur ami justement, vraiment il faut qu'on garde cette posture-là. » L-82.	« la juste distance elle est très personnelle, c'est-à-dire que d'un soignant à l'autre ça varie. » L-43 « Surtout en psychiatrie, on va dire générale, où justement le soin est basé avant tout sur le relationnel. » L-44 « c'est à chaque soignant de se connaître aussi avant tout. Justement pour pouvoir mettre ce qu'on appelle : cette juste distance, cette distance thérapeutique. » L-45 à 46. « Mais d'un premier abord c'est : de toujours placer le patient loin de soi, on pourrait penser ça : c'est de mettre cette distance, comme si... comme si le patient voilà il a une maladie, donc on met de la distance au cas où. » L-52. « qui est vouée à être thérapeutique » L-57. « très personnelle aussi, en lien avec ces connaissances cliniques, donc en particulier en psychiatrie de la psychopathologie » L-62 à 63.	« c'est quelque chose qui ne doit pas nous envahir » L-49. « la relation avec l'autre ne doit pas nous envahir, doit rester respectueuse, ne doit pas échapper à certaines limites. » L-50 à 51. « il y a des limites à ne pas dépasser. » L-51 à 52. « on est dans un cadre, on ne peut pas laisser tout et n'importe quoi dans cette relation » L-52 à 53. « il faut avoir une certaine ligne de conduite dans la tête » L-66. « La juste distance ça va dans les deux sens ! » L-67. « C'est aussi bien toi : qui va la mettre pour le patient et ensuite, le patient l'aura envers toi » L-67 à 68. « ne pas étaler ta vie privée » L-76 à 77. « Tu as ton rôle professionnel » L-103. « Ce n'est pas une relation amicale, voilà pas du tout familière. » L-118 à 119. « c'est quand même assez propre à chacun, en fonction de

				ce que le patient nous renvoie, de notre, de notre stabilité dans le travail et de notre expérience aussi » L-120 à 121.
Leur pratique pour une juste distance : moyens, outils	« c'est là que se met en place la fameuse empathie, c'est à dire être capable de comprendre, d'entendre et tout ça, mais de garder quand même malgré toute la distance nécessaire à ce que cela ne te déborde pas personnellement. » L-53 à 55. « il y a certains patients avec lesquels, moi je vais utiliser le tutoiement (...) Pour voilà, créer ce lien qui fait qu'ils n'ont pas peur de parler, qu'ils se sentent capables de parler » L-34 à 36. « Avec d'autres, je vais utiliser le vouvoiement, davantage avec les nouveaux patients quand aucun lien n'est encore présent. » L-37 à 38. « c'est donc à un moment être capable, la juste distance, de passer la main, en disant que là ce patient « je me sens trop impliquer, c'est trop difficile » et donc passer la main à un collègue, en réalisant que là c'est trop compliqué pour moi. Ça peut être aussi ça la juste distance. » L-76 à 79.	« patient dépendant » L-70. « Il y a des familiarités que tu peux te permettre avec certains patients » L-71. « moi j'ai tendance à les appeler par leur prénom déjà, c'est quelque chose que je fais assez facilement. Par contre, je vais utiliser leur prénom, mais les vouvoyer quand même (...) c'est un entre 2 » L-76 à 77. « je suis pour la blouse intégrale » L-83. « le vouvoiement, ça met de la distance en fait, quand tu vouvoies quelqu'un déjà tu mets une barrière. » L-85 à 86. « moi mon sac de décompression pour, pour rien ramener à la maison ou autre c'est mon trajet en voiture (...) Depuis, des années où je travaille en fait j'ai toujours eu le temps, un certain temps en voiture plus ou moins long et c'est mon sac de décompression. » L-93 à 95. « je ne laisse pas transparaître mes émotions plus que ça » L-99.	« Il faut avant tout se connaître soi. Se connaître soi et de savoir jusqu'où on peut placer un certain curseur » L-47 à 48. « avec un peu plus d'expériences, peu plus de connaissances aussi dans la pathologie, on sait à peu près où il faut la placer, c'est à dire à peu près où placer ce curseur » L-54 à 55. « quand on a ces connaissances là et ces connaissances aussi sur soi-même, l'avantage c'est que derrière on affine un peu plus cette distance » L-55 à 56. « toujours se positionner pour le bien-être du patient. » L-58. « c'est aussi la connaissance du patient. » L-81. « il y a aussi ce feeling, ce ressenti que tu peux avoir avec le patient » L-83. « Je vais mettre cette distance avec le : vous, dans un premier temps évidemment pour justement éviter aussi d'être trop intrusif avec le patient. » L-122 à 123.	« Certaines fois le vouvoiement est nécessaire voilà, pour marquer justement la distance » L-53 à 54. « D'autres on peut les tutoyer il y a quand même la juste distance ou ça n'empêchera rien en fait, il y aura toujours ce respect, il n'y aura pas la déconnade, il n'y aura pas cette notion de copain copine » L-56 à 58. « Alors ce n'est pas parce qu'on tutoie un patient qu'on ne le respecte pas. Tu peux le respecter en tutoyant mais faut arriver à voilà faut pas que ça devienne familier. » L-116 à 118. « Je ne donne pas d'éléments sur ma vie » L-83. « En tant que professionnel déjà la blouse ! La tenue vestimentaire, la blouse, parce que visuellement parlant, c'est la seule qui distingue les patients des soignants. » L-112 à 113. « Elle pose directement une certaine barrière, elle pose le

	« Mais voilà, c'est une sensation que j'ai par rapport aux patients (...) Avec d'autres, je vais forcément utiliser le vouvoiement, et certain ça sera plus du tutoiement, ce n'est pas figé, c'est surtout selon mon ressenti. » L-90 à 92. « en général, quand même c'est le tutoiement qui est utilisé en psychiatrie pour justement qu'il n'y est pas trop de distance entre les 2. » L-93 à 94. « Il y a aussi la disponibilité ! mais pas non plus une disponibilité à 100 %, c'est à dire être capable à un moment de dire : non, écoute je t'ai répondu une fois 2 fois ça suffit maintenant faut passer à autre chose. » L-98 à 100. « c'est d'être capable de voilà, de passer la main, quand tu sens que tu es débordé par la situation, par le patient : émotionnellement on va dire. Ça peut être aussi un moyen de justement garder la juste distance. » L-101 à 103. « mais ça c'est pareil c'est avec l'expérience, ne pas être trop intrusif, accueillir le délire ça peut aussi être une manière de garder la bonne distance. C'est à dire, même si évidemment, je	« j'ai toujours ma blouse complète et c'est le moment où voilà j'endosse mon rôle de soignant, je me protège. » L-98 à 99. « quand je repars (...) j'enlève ma blouse, je laisse mon 'fardeau' dans mon casier (...) toutes les émotions qui peuvent être envoyées, tout cet affect, (...) qui peuvent venir entacher ta vie privée et je n'ai pas envie ça soit le cas pour moi, donc je pose ma blouse, je laisse le travail, au travail » L-100 à 103.	« Donc le : vous va toujours être le premier abord. » L-124 à 125. « la première relation c'est toujours le vouvoiement, et même par la suite, j'attends quelques temps (...) Selon le patient aussi, selon son état du jour » L- 125 à 127.	cadre institutionnel » L- 113 à 114. « Et physiquement elle créer cette distance à l'autre. » L-114 à 115.
--	---	---	--	--

	n'y crois pas, je l'accepte, parce que comme ça le patient va se confier plus facilement » L-108 à 110. « c'est toi qui le sens, au feeling, avec l'expérience, avec certains, tu vas être plus proche que d'autre. Et puis, ça dépend de toi ce que tu as envie aussi, » 122 à 124.			
L'intérêt de la juste distance	« Parce que la psychiatrie, c'est quand même le domaine qui se rapproche le plus du personnel et que tu ne maîtrise pas, comme cela se passe dans le cerveau. Tu peux vite te projeter : « ah mais moi aussi j'ai ce problème-là, moi aussi je suis intolérant face à cette situation, ou je ne supporte pas telle frustration... ». Du coup, et bien des fois la distance, est compliquée. Et c'est pour ça que, ça fait peur parfois la psychiatrie. C'est ce qui se rapproche le plus de toi. » L-59 à 64. « l'intérêt, il est : et pour le patient dans le sens ou le lien se créer quand on est dans la juste distance : comme il peut venir se confier à toi, il y a une confiance qui peut s'établir, qui fait qu'on travaille avec lui certain problème de sa	« dépasser cette limite tu sais de soignant et d'amis » L-81. « toutes les émotions qui peuvent être envoyées, tout cet affect, qui peuvent, qui peuvent être là et qui peuvent venir entacher ta vie privée » L-101 à 102. « C'est difficile parfois, selon les cas, s'il y a eu des patients qui ont été agressifs envers les soignants avec qui on est en bons terme, voilà ça te renvoie beaucoup de choses mais justement c'est pour ça, que j'essaie de rester, de garder cette distance là quand même » L-115 à 117.	« pour pas que cette relation soit trop délétères pour le patient. » L-48. « sans forcément non plus que ça nous impacte trop. » L-59. « si une prise en charge nous impacte de trop, comment après par la suite, on peut essayer d'accompagner les autres patients » L-60 à 61.	« on n'est pas des collègues, il y a certains, c'est nécessaire. » L-56. « certains patients voilà n'ont pas de limites » L-58. « Cela pourrait avoir des conséquences sur la prise en charge » L-64. « On pourrait être envahi, je pense, au niveau des émotions, au niveau du comportement, voilà du patient ou du mien. » L-65. « ça peut venir alimenter son délire » L-73. « Et après ça peut te menacer aussi » L-74. « c'est propre à la pathologie de la schizophrénie particulièrement, parce que tu peux vite devenir l'élément persécuteur. T'es le bon objet, tu peux passer bon objet au mauvais objet, d'un jour à l'autre (...) c'est pour ça qu'on dit qu'il

	pathologie. » L-69 à 71. « Et c'est aussi utile par rapport à toi, pour encore une fois, ne pas, ce qu'on appelle : ramener le travail à la maison » L-71 à 72.			faut garder sa juste distance. » L98-101. « chez un schizophrène quand tu ne mets pas de distance ça peut être vite mal interprété. » L-123 à 124. « si en plus, tu laisses passer, il peut après ensuite en faire un délire érotomaniac (..) en pensant (...) que tu es attiré par lui » L-127 à 129.
Exemples cliniques	« Par exemple, là en ce moment avec une patiente reçu il y a peu de temps, pour l'instant, j'utilise le vouvoiement parce que, voilà je ne sais pas pourquoi, mais ce n'est pas forcément calculé de ma part. » L-38 à 39. « Mais aussi, il ne faut pas forcément toujours rechercher à remettre en cause le délire, pour ne pas créer la distance. Parce qu'avec certains patients, il y a des moments si tu remets trop en cause le délire, tu perds le patient quoi, parce qu'il s'enfonce dans son délire. Et tu deviens ou tu peux devenir le persécuteur, alors que tu n'étais pas le persécuteur au départ. » L-104 à 107. « que s'il sent que toi, s'il vient te parler, tu lui dis non mais c'est des bêtises que tu me racontes, ouais, à ce moment-là	« Voilà si exemple, il a des hallucinations, mais qu'il n'ose pas nous le dire, ça va poser problème dans la prise en soin. » L-57. « Par exemple, ce n'est pas comment vas-tu ? Il y a une petite distance, elle est supprimée un peu en partie parce que t'as mis le prénom de la personne, donc c'est quand même personnel mais ça reste professionnel voilà. C'est rare que je les appelle par leur nom de famille, mais voilà c'est le prénom avec le vouvoiement. » L-89 à 92.	« Là, par exemple, je viens de commencer dans un nouveau service. Donc j'ai ok les connaissances cliniques, l'expérience qui fait qu'aussi, puis après avant tout ça va être ce relationnel...C'est d'abord commencé avec une distance : qui est 'très' on va dire 'très' formelle. Tu présentes, ton nom, ta fonction, mais après le fait de rester ici, puis après au travers des activités thérapeutiques, c'est là où tu vas commencer à rentrer un peu plus en relation avec le patient, ça c'est certain. Puis après voilà. Il y a aussi le patient qui vient échanger avec toi, donc tu vois : entre guillemets : rentrez voilà dans cette sphère relationnelle là. (...) ça sera d'abord de laisser le patient (...) attention bien sûr : hors crise, hors d'angoisse, or	« Pour te prendre un exemple, un patient Mr X, si je ne garde pas ma distance avec lui, il va commencer à me demander si j'ai des enfants ? Si je suis mariée ? Plein de questions sur ma vie personnelle. Mais ça, ça ne le regarde pas ! Donc moi il ne faut pas que je rentre là-dedans, tu vois ? Pour ne pas ouvrir certaines failles, pour pas qu'ils me connaissent, pour pas que quand il délire par exemple, parce que ça, ça arrive » L-69 à 73. « C'est pour ça que quand on me demande 'alors t'as des enfants ?' (...) moi en rigolant, tu vois, parce que j'avais répondu avec de l'humour en disant 'non mais t'es bien curieux ? mais ça ne se demande pas'. Tu vois ? Voilà voilà donc tu détournes un petit

	tu perds, ou plutôt tu crées la distance. C'est compliqué, c'est compliqué, parce que c'est toujours le juste milieu. Les moments où tu dois l'accueillir et puis des moments, où tu dois remettre en cause parce que ça va trop loin quand même. Par exemple, tout à l'heure un patient qui est sorti de sa chambre, il m'a dit « par contre faut absolument que t'arrêtes de faire des clins d'œil, ce n'est pas possible, c'est trop intrusif ». Alors que moi, j'étais pas du tout dans ce truc-là, et bien à ce moment-là, j'ai remis en cause son délire. Je lui ai dit non non, c'est toi, c'est toi qui vois des clins d'œil, c'est ton délire, mais moi, je n'ai pas fait de clin d'œil voilà. Et puis faire un clin d'œil, ce n'est pas pour regarder ce qui se passe dans ton cerveau. Fin voilà en bref, j'ai remis en cause son délire en disant « il faut que tu acceptes que ce soit ta pathologie, là cette pathologie qui guide les choses, ce n'est pas la réalité » puis, il est passé à autre chose. » L-110 à 121. « tu vois moi par exemple, je n'aime pas quand les patients me touchent, même une tape sur l'épaule, et bien je n'aime pas ça		aux sollicitations d'entretien réassurance ou autre... mais en temps normal ça va être de vraiment laisser le patient venir petit à petit. Puis à moi d'essayer... voilà de lancer de façon très métaphorique... de lancer des petits hameçons à droite à gauche » L- 95 à 106. « ça va dépendre : de l'état du patient du jour évidemment, si je sens que le patient est fermé, je ne vais pas aller le sursolliciter » L-116 à 117. « Par exemple, tout à l'heure un patient qui n'allait vraiment pas bien, de façon un peu... certes dissocié, mais on sentait quelques signes cliniques de fléchissements thymiques. Et là justement, le : tu, vas briser un peu cette barrière. Du moins, ce que je pense, c'est que cela va permettre aux patients aussi, de pouvoir échanger un peu plus sur son état, se confier » L-127 à 131. « Par exemple, les patients avec un fonctionnement plutôt psychopathique... je vais essayer de toujours garder le vouvoiement. Quand il y a voilà, c'est peut-être d'ailleurs une possibilité : où le patient va... va essayer de recréer une	peu le sujet pour ne pas rentrer, ta vie privée ne les regarde pas et il ne faut surtout pas rentrer là-dedans. Donc ça, c'est une distance à garder par exemple tu vois ? » L-77 à 82. « Un autre exemple, d'un patient que j'avais en accueil crise. C'était un, soi-disant 'artiste peintre' : il se prenait pour Picasso (...) Et donc il faisait des tableaux, il dessinait voilà et il vendait ces tableaux. Je n'ai jamais voulu accepter d'acheter un tableau (...) et donc un jour : il me l'a offert ! Et j'ai accepté, je n'aurais jamais dû. Parce que le jour où il a déliré, il m'a dit : 'oui tu m'as volé le tableau, tu ne m'as jamais payé, et si et ça...' Et c'est là, donc là, j'ai compris qu'il fallait que je garde ma distance professionnelle. Et que je n'accepte rien de lui. » L-85 à 90. « Sinon aussi, un autre patient ici, il m'a fait un cadeau une fois en début d'année : un chat qu'il avait dessiné à l'ergothérapie. Il me l'a offert, un mois après, j'étais l'élément persécuteur : 'Ah oui, je t'ai offert le chat, regarde comment tu es avec moi...' (...) C'est ça, aussi : la
--	---	--	--	--

	le contact physique. C'est toi, c'est comme toi tu le ressens, ça dépend beaucoup de toi. » L-124 à 126.		relation avec toi... Bon de façon un peu... un peu perverse parfois, mais pour essayer de voir, ou pour obtenir quelque chose, donc essayer d'être dans cette forme de manipulation, voire dans le clivage. »	juste distance, en fait » L-92 à 97. « Un exemple, quand on te fait un compliment : tu ne dis pas merci. En fait, dans la relation à l'extérieur oui tu dirais merci. Mais là, en tant que professionnel, tu ne dis pas merci, en fait, tu reprends. En remettant bien en position de patient, le patient. C'est-à-dire, que tu ne dois pas laisser passer ça. » L-124 à 127
--	---	--	--	--

Grilles d'analyse des entretiens				
Thème 3 : L'alliance thérapeutique				
Sous thèmes :	Entretien 1 François	Entretien 2 Haris	Entretien 3 Mattéo	Entretien 4 Nathalie
Conception de l'alliance thérapeutique	« un travail collaboratif auquel les soignants doivent constamment faire attention, très important » L-153 à 154. « est nécessaire pour entamer ce travail avec lui par la suite, autour de sa pathologie, avec un plan adapté à lui » L-156 à 157. « l'alliance thérapeutique renforce l'estime de soi mais aussi l'autonomie du patient, ça va ensemble, de la manière où celle-ci peut l'encourager à développer ou maintenir ses capacités, ou la confiance qu'on lui donne lui permet de renforcer et de participer le plus possible à sa prise en charge. » L-179 à 182.	« l'alliance thérapeutique c'est un accord entre le patient et le soignant où les deux sont acteurs de la prise en soins sur les modalités d'action. » L-109 à 110. « Le soignant doit être à l'écoute du patient, faire preuve d'empathie et essaye de comprendre le point de vue du patient. » L-110 à 112. « Le patient de son côté doit essayer de comprendre les différentes thérapeutiques possibles, accepter de continuer les soins, accepter les négociations avec les soignants. » L-112 à 113.	« une bonne relation, va permettre une bonne alliance thérapeutique de la part du patient, » L-183 à 184.	« l'alliance thérapeutique pour moi c'est quelque chose de très personnel autant que la juste distance je dirais, elle est propre à chaque soignant en fonction du lien et de la relation que tu as avec lui. » L-140 à 142. « c'est une question de collaboration entre lui et nous, pour attendre un objectif commun tel que l'adhésion aux traitements, la compréhension de sa maladie ou encore sa participation aux activités thérapeutiques. » L-142 à 144. « Et je pense que la qualité de notre relation fait le plus gros de l'alliance, c'est un facteur essentiel ! » L-144 à 145. « après c'est quelque chose de vaste, que l'on pratique nous au quotidien, tous les jours, nous les soignants en psychiatrie. » L-164 à 165.

Conditions à son instauration	« je dirais : l'empathie, la bienveillance, l'écoute, le non-jugement avec l'acceptation de la maladie et de ses symptômes ou de ses troubles. La patience et aussi quand même une bonne connaissance sur la clinique. » L-132 à 134. « un travail qui demande (...) énormément de temps, l'alliance ne se construit pas en quelque jour, c'est quelque chose de sensible et qui va demander un certain travail temporel. » L-154 à 156. « surtout, la confiance ça me paraît essentiel ! Sans elle il n'y a pas d'alliance qui se crée. Parce que c'est un équilibre, le patient doit sentir qu'il peut compter sur nous s'il en ressent le besoin, qu'on est là pour le soutenir, qu'il peut venir nous trouver en cas de besoin. » L-134 à 137. « Et c'est d'autant plus difficile avec un patient qui est délirant, qui est persécuté par un ou plusieurs membres de l'équipe, la confiance devient un fil sensible, on marche sur des ronces » L-137 à 139. « l'empathie, c'est-à-dire, notre capacité à se mettre à la place du patient en fait, être capable de	« donc il faut faire de l'éducation thérapeutique pour parvenir à leur faire comprendre qu'ils ont une maladie chronique et que le traitement doit être maintenu une longue période. » L-118 à 120. « l'authenticité » L-121. « Si tu n'es pas authentique, si le patient tu lui fais apparaître des choses fausses, tôt ou tard ça va se sentir. » L-121 à 123. « Donc, c'est pour ça que moi je n'ai pas d'appréhension à soigner les patients quoi qu'ils aient fait » L-123 à 124. « Le non-jugement parce que, je ne suis pas là pour juger, parce que ce n'est pas moi le juge par rapport à leur affaire qui sont en cours la plupart du temps ici » L-125 à 127. « le non-jugement, c'est la base surtout dans les idées illogiques, délirantes psychotiques, ou lors de gros passage à l'acte. Ne pas juger peut lui permettre d'avoir plus facilement confiance et du coup construire une alliance thérapeutique solide. » L-130 à 132.	« elles vont être au niveau institutionnel déjà, surtout en ce moment où c'est délicat (...) C'est-à-dire être relativement assez un nombre en tant que soignant, pour permettre (...) une présence aussi soignante avec les patients. » L-148 à 150. « une certaine forme de proxémie. Qui va ensuite, pouvoir glisser vers justement, du relationnel, » L-151 à 152. « principalement ça va être notre présence auprès du patient » L-153. « Le temps passé avec eux par le biais d'activités thérapeutiques aussi » L-154. « la relation de confiance est délicate chez des patients, en plus ça qui sont hospitalisés sous contraintes. Donc c'est à dire : qu'il faut créer depuis le début cette relation de confiance là, cette adhésion aux soignants. » L-158 à 160. « Mais aussi l'adhésion aux soins et ça ne peut que passer par un bon relationnel. » L-161. « le gros gros avantage du travail en équipe » L-162. « Et à aucun moment, il faut essayer de forcer les relations (...) surtout chez un patient schizophrène » L-169.	« Mais déjà au niveau de l'accueil » L-146. « Pour moi, ça part de là : un bon accueil, fait la moitié de la bonne alliance thérapeutique. Ça va permettre d'instaurer un climat de confiance » L-146 à 147. « Voilà un bon accueil, un climat de confiance, le respect ce sont les notions essentielles. » L-148. « Il faut aussi savoir se montrer empathique et se montrer attentif aux besoins du patient en fait, tout simplement. » L-148 à 149. « Le climat de confiance c'est un élément essentiel pour construire une alliance thérapeutique solide » L-160 à 161.
-------------------------------	---	---	--	--

	comprendre ce qu'il ressent sur le moment, ses émotions tout ça. L'empathie sert aussi à renforcer le lien, si le patient ressent qu'il est compris et qu'en plus de ça il a confiance en nous, alors là c'est le grâle » 139 à 142. « surtout la confiance ! Qui ne se gagne pas facilement » L-144. « un effectif soignant évidemment qui permet de passer du temps avec eux pour avoir le temps de créer du lien, ce qui fonctionne beaucoup aussi grâce à certaines activités thérapeutiques que l'on propose aussi, c'est un bon moyen d'échanger et de créer du lien avec eux sans forcément être assis autour d'une table en entretien, c'est les temps informels qui font la richesse de cette relation » L-147 à 151. « avoir la confiance, c'est ça l'objectif principal, que le patient se sente à l'aise, qu'il puisse communiquer avec nous, qu'il s'exprime librement, dans un espace qu'on peut qualifier de 'détendu' » L-154 à 156.		« Ce n'est pas un patient qui complètement dissocié, délirant où tu vas pouvoir aller là. » L-188.	
--	--	--	---	--

Prépondérance en psychiatrie	« Je pense qu'en psychiatrie elle est essentielle pour la simple et bonne raison que ça permet au patient de devenir l'acteur de sa prise en charge, parce qu'une maladie comme l'est la schizophrénie, c'est-à-dire une maladie chronique, dont on ne guérit pas, dont il y a besoin d'un suivi à long terme, et bien on peut quand même la stabiliser, en impliquant au maximum le patient dans ce processus » L-163 à 167. « on multiplie les chances ou les facteurs qui évite la rechute. » L-167. « le patient conscient de ses troubles (...) peut prévenir voire même savoir quoi faire en cas de rechute. » L-167 à 169.	« elle est importante parce que beaucoup de patients, en tout cas ici, ont un déni de leurs troubles. » L-138 à 139. « je pense que les négociations peuvent commencer sur l'acceptation de la maladie. Les patients ont souvent une anosognosie et connaissent mal leur maladie. Donc la première étape est de leur faire accepté qu'ils sont malades et qu'ils vont avoir besoin d'un traitement. » L-114 à 117 « ils ont tendance à arrêter les traitements, reprendre des toxiques et retourner à la case départ. » L-140 à 141. « Donc je pense que s'il y a une bonne alliance thérapeutique, ça peut aider à éviter la rechute de certains patients » L-142 à 143. « Avec une meilleure adhésion aux soins, meilleure adhésion aux traitements, une meilleure connaissance de leur maladie aussi. » L-143 à 144. « s'il a confiance en toi, peut-être (...) qu'il y a une petite chance qu'ils se disent : ok s'il me dit ça, c'est (...) pour moi, et que ce n'est pas juste pour dire que je suis malade, que ce n'est pas un complot. Tu vois il y a peut-être une petite chance, qu'il	« une bonne alliance thérapeutique, elle va permettre, par la suite de développer, enfin d'accompagner le patient et d'essayer de développer avec lui beaucoup plus de choses » L-181 à 182. « en lien avec le traitement : l'importance qu'il prenne son traitement, pour le patient schizophrène en particulier » L-184 à 185. « essayer aussi d'accompagner le patient pour avoir un accès à insight, c'est-à-dire : une certaine autocritique, de ses troubles, sa personnalité, de ses passages à l'acte, d'essayer de chercher avec lui aussi le pourquoi ? » L-185 à 187.	« en fait, l'ensemble va aider, je pense : à ce que le patient se mette au travail ! » L-161. « C'est à dire : être acteur de sa prise en charge, s'engager activement ! » L-162. « Voilà, on peut même dire à ce qu'il soit adhésif aux soins. Tu vois, ça va favoriser la compliance aux traitements » L-162 à 163.
-------------------------------------	--	---	---	--

		arrive à sentir que c'est pour lui, en tout cas.» L-146 à 149.		
Exemples cliniques	« Par exemple, un café dans la cour de l'unité, va permettre peut-être même, permettre d'en savoir plus, sur son état clinique, d'échanger sur son état du jour, observer son faciès, les propos qu'il tient etc. » L-151 à 153. « un exemple : si un patient vient à décompenser une fois au domicile, s'il a suffisamment travaillé sur sa pathologie, qui sait reconnaître quand ça ne va pas, quand les symptômes sont trop présents, quand l'angoisse monte etc., ce sera beaucoup plus simple pour lui de venir demander de l'aide dans un CMP » L-170 à 173.	« Parce que, un patient qui est dans le déni de ses troubles, s'il ne te fait pas confiance quand tu vas lui parler de sa maladie, il ne va pas faire attention à ce que tu lui dis, pour lui ça va être faux. » L-144 à 146..	« il y a des patients, pour lesquels ils vont plus se sentir en confiance avec certains soignants. Et d'autres que ce soit de nature délirante ou non, peu importe, mais le but n'est pas de faire rentrer de l'égo là-dedans. C'est voilà, c'est d'être objectif, c'est de savoir aussi ben parfois, le patient : je suis mauvais objet pour lui, la relation est compliquée et potentiellement conflictuelle... ce sera à mes collègues. Je vais déléguer volontiers » L-162 à 167. « chez cette typologie de patients : d'être le trop 'bon objet' comme on le dit souvent : ça peut amener des difficultés par la suite. Parce que de très bon objet, tu peux passer aussi à mauvais, avec l'élément persécuteur... voilà avec ces chocs émotionnels qu'ils peuvent avoir entre autres. » L-171 à 174.	

Annexe 6 : Autorisation de diffusion du travail de fin d'étude



AUTORISATION DE DIFFUSION DU TRAVAIL DE FIN D'ÉTUDES

Annexe de la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE.

Ne peut être diffusé qu'un travail de fin d'études ayant obtenu une note supérieure ou égale à 15/20 à l'écrit, sous réserve d'être sélectionné par l'équipe pédagogique.

Remarque : aucun étudiant ne peut s'opposer à la conservation (archivage) par l'E.R.F.P.P. de son travail de fin d'études en version papier (5 ou 10 ans) et en version numérique (illimitée).

Je soussignée (Prénom, NOM) : AUBERY Faustine

Promotion : 2020 - 2023

Autorise, sans limitation de temps, l'IFSI - E.R.F.P.P. G.I.P.E.S d'Avignon et du Pays de Vaucluse

à diffuser le travail de fin d'étude que j'ai effectué en tant qu'étudiant en soins infirmiers :

(Titre du TFE) **Entre alliance et distance : au cœur de la relation de soin en psychiatrie.**

En version papier (au centre de documentation de l'E.R.F.P.P.)

☒ oui

non ☐

En version numérique - PDF (sur le catalogue en ligne du centre de documentation)

☒ oui

non ☐

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des conditions d'intégration, de diffusion et de conservation de mon travail de fin d'études par l'E.R.F.P.P. G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays de Vaucluse et les accepter sans limite de temps. Ces conditions sont précisées dans la procédure relative à la conservation et à la diffusion des TFE consultable en annexe du cahier des charges du travail de fin d'étude.

Avignon, le ... 15/05/2023 Signature : *Aubéry Faustine*

Titre : Entre alliance et distance au cœur de la relation de soin en psychiatrie

La relation soignant-soigné en psychiatrie est une relation complexe et importante qui nécessite une attention particulière à la notion de juste distance. Il s'agit d'un élément clé en psychiatrie, et notamment auprès des patients schizophrènes. En effet, trouver un équilibre approprié dans cette relation afin d'établir une alliance thérapeutique stable est le thème central de mon mémoire. Ainsi, question de départ est la suivante : **Dans quelle mesure un équilibre proxémique se révèle-t-il précieux dans la relation de soin avec un patient schizophrène pour qu'une alliance thérapeutique s'instaure ?** Mon cadre de référence repose sur une exploration approfondie de diverses lectures et articles scientifiques qui ont élargi ma compréhension des aspects fondamentales de la relation soignant-soigné en psychiatrie, abordant notamment les concepts de relation de soin, de soins relationnels, de juste distance et d'alliance thérapeutique. Dans le contexte de ma recherche, j'ai choisi de mener une enquête exploratoire basée sur une méthode clinique afin de recueillir des informations sur le terrain. Pour cela, j'ai réalisé quatre entretiens semi-directifs auprès d'infirmiers exerçant en psychiatrie. Je vous propose donc une analyse approfondie des données recueillies permettant par la suite de poser ma question de recherche et de conclure ce travail.

Nombre de mots : 198

Mots clés : schizophrénie, relation soignant-soigné, soins relationnels, juste distance, alliance thérapeutique.

Title: Between alliance and distance at the heart of the psychiatric care relationship

The relationship between the carer and the patient in psychiatry is a complex and important relationship that requires special attention to the notion of right distance. This is a key element in psychiatry, especially with schizophrenic patients. Indeed, finding an appropriate balance in this relationship in order to establish a therapeutic alliance is the central theme of my work. Thus, the initial question is the following : **To what extent is a balance in proxemics valuable in the care relationship with a schizophrenic patient for a sound therapeutic alliance ?**

My reference framework is based on an in-depth exploration of various scientific articles and readings that have broadened my understanding of the fundamental aspects of the relationship between the carer and the patient in psychiatry, including concepts of caregiving relationships, relational care, right distance and therapeutic alliance. In the context of my research, I chose to conduct an exploratory investigation based on a clinical method in order to gather information in the field.

For this, I conducted four semi-structured interviews with psychiatric nurses. Once the semi-directional interviews were completed, I carried out a thorough analysis of the data collected in order to identify and compare these results with my theoretical reference framework.

Number of words : 202

Key words : schizophrenia, relationship between the carer and the patient, care relationship, right distance, therapeutic alliance.